



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Τσαντίλη Ιωάννα

**Μελέτη του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (burnout) στους
εργαζόμενους του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικής «ΚΑΤ»**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Τσαντίλη Ιωάννα

Μελέτη του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (burnout) στους εργαζόμενους του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικής «ΚΑΤ»

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Κα Χατζηδήμα Σ.

Καθηγήτρια

Πανεπιστημίου Πειραιώς

**Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

Πειραιάς, 2013



**UNIVERSITY
OF PIRAEUS**

**POSTGRADUATE PROGRAMME
IN HEALTH MANAGEMENT**



**TEI
OF PIRAEUS**

Tsantili Ioanna

**A study on the Syndrome of
Burnout
Case study “ KAT Hospital”**

**Dissertation Thesis for the Postgraduate Degree
in Health Management**

Piraeus, 2013



**UNIVERSITY
OF PIRAEUS**

**POSTGRADUATE PROGRAMME
IN HEALTH MANAGEMENT**



**TEI
OF PIRAEUS**

Tsantili Ioanna

**A study on the Syndrome of
Burnout
Case study “KAT Hospital”**

Supervisor:

S. Hadjidema,

Professor

University of Piraeus

**Dissertation Thesis for the Postgraduate Degree
in Health Management**

Piraeus, 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η μελέτη αυτή διεξήχθη στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς σε σύμπραξη με το ΤΕΙ Πειραιά.

Θα ήθελα, στην παρούσα διπλωματική εργασία, να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Χατζηδήμα Σταματίνα για την βοήθεια και την πλήρη επιστημονική καθοδήγησή της.

Επίσης ευχαριστώ την διοίκηση του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικής «ΚΑΤ», που μου ενέκρινε την διεξαγωγή της έρευνας στο Νοσοκομείο, καθώς και όλους τους εργαζόμενους που απάντησαν πρόθυμα στα ερωτηματολόγια.

Ακόμα, ευχαριστώ τις κυρίες Μπελεχρή Έφη και Κατσιφαράκη Αργυρώ για την πολύτιμη βοήθειά τους στη συλλογή των ερωτηματολογίων.

**Αφιερωμένη στους γονείς μου
Λευτέρη & Έφη**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Διπλωματική Εργασία για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση της Υγείας»

Πανεπιστήμιο Πειραιά – Τ.Ε.Ι. Πειραιά

Τίτλος εργασίας: Μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) στους εργαζόμενους του ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΚΑΤ»

Της: Τσαντίλη Ιωάννας

Επιβλέπουσα: Χατζηδήμα Σταματίνα

Ημερομηνία: Σεπτέμβριος 2013

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων (ιατρών, νοσηλευτών, διοικητικού προσωπικού, τεχνικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού) του Νοσοκομείου ΚΑΤ καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν.

Η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως σωματική και συναισθηματική εξάντληση, όπου ο επαγγελματίας χάνει το ενδιαφέρον του για το αντικείμενο της δουλειάς του με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της εργασίας του.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται η θεωρητική ανάλυση του συνδρόμου και διαρθρώνεται ως εξής:

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στους ορισμούς και στην εννοιολογική περιγραφή του burnout. Περιλαμβάνεται επίσης μια βιβλιογραφική ανασκόπηση στο διεθνή χώρο. Τα θεωρητικά μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης παραθέτονται στο δεύτερο κεφάλαιο. Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται οι αιτίες εμφάνισης του συνδρόμου, καθώς και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή τους. Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης παραθέτονται στο τέταρτο κεφάλαιο, ενώ στο τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους αναφέρονται τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης.

Ακολουθεί το ερευνητικό μέρος της εργασίας με την ανάλυση ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε σε 156 εργαζόμενους του Νοσοκομείου «ΚΑΤ». Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου καθώς και ο σκοπός, ο στόχος και η μέθοδος της έρευνας. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται στο έβδομο κεφάλαιο. Στο όγδοο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης, καθώς και προτάσεις που είναι αναγκαίες για την πρόληψη του συνδρόμου.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μέτριο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης σε όλους τους εργαζόμενους του ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΚΑΤ».

Συμπερασματικά, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος αλλά και η λήψη μέτρων βοηθούν στον περιορισμό των επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΕΡΩΝ

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Επαγγελματική εξουθένωση

Επαγγελματίες υγείας

Στρες

Εργασιακό περιβάλλον

Νοσοκομείο ΚΑΤ

Ερωτηματολόγιο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

RESUME

Mémoire de fin d'études du programme de Master 2 « Administration de la Santé »

Université du Pirée – TEI du Pirée

Titre du mémoire: Etude du syndrome d'épuisement professionnel (Burnout)
auprès des employés de l'HOPITAL GENERAL
REGIONAL « KAT »

De: Ioanna Tsantili

Sous la direction de : Stamatina Chatzidima

Date : Septembre 2013

L'objectif du présent mémoire de fin est d'étudier le niveau actuel du syndrome d'épuisement professionnel des employés (médecins, infirmiers, personnel administratif, techniciens et employés d'exploitation) de l'Hôpital « KAT » et les facteurs qui influent sur ce syndrome.

L'épuisement professionnel est défini comme un état de fatigue physique et émotionnelle, dans lequel le professionnel perd tout intérêt pour l'objet de son travail, ce qui le conduit à ne pas plus pouvoir répondre aux exigences de son poste.

Dans la première partie de notre mémoire, nous présentons l'analyse théorique du syndrome et décompose comme suit :

Dans le premier chapitre, nous nous référons aux définitions et à la description conceptuelle du burnout ainsi qu'à un aperçu bibliographique international. Les modèles théoriques de l'épuisement professionnel se trouvent dans le second chapitre. Dans le troisième chapitre, les raisons de l'apparition de ce syndrome et les facteurs qui le favorisent sont analysés. Les conséquences de l'épuisement professionnel sont développées dans le quatrième chapitre, alors que le dernier chapitre de la partie théorique se réfère aux mesures de prévention pour lutter contre ce syndrome.

La partie recherche du mémoire fait suite à la partie théorique avec l'analyse d'un questionnaire anonyme distribué à 156 employés de l'Hôpital « KAT ». Dans le sixième chapitre, nous présentons les caractéristiques de l'Hôpital ainsi que l'objectif,

le but et la méthode de la recherche. L'analyse statistique des résultats est présentée dans le chapitre sept. Dans le huitième et dernier chapitre, les résultats de l'étude et les mesures nécessaires à la prévention du syndrome sont présentés.

Les résultats ont montré qu'on peut observer un niveau de burnout modéré chez tous les employés de l'HOPITAL GENERAL REGIONAL « KAT ».

Nous pouvons donc considérer qu'une reconnaissance à temps du problème et que des mesures adaptées aident à limiter les conséquences de l'épuisement professionnel.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

MOTS CLES

Epuisement professionnel

Professionnels de la santé

Stress

Environnement professionnel

Hôpital KAT

Questionnaire

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	II
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ	III
RESUME	IV
MOTS CLES	VI
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	VII
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ-ΠΙΝΑΚΕΣ	IX
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	3
1.1 Ορισμοί-εννοιολογική περιγραφή του όρου burnout.....	3
1.2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση του συνδρόμου στο διεθνή χώρο.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	9
2.1. Εισαγωγή.....	9
2.2. Το Μοντέλο των τριών Διαστάσεων της Maslach (1982).....	9
2.3. Το Μοντέλο των EDELWICH & BRODSKY (1980).....	11
2.4. Το διαδραστικό Μοντέλο του CHERNISS (1980).....	13
2.5. Το Μοντέλο της Pines.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	15
3.1. Εισαγωγή.....	15
3.2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	16
3.3. Ατομικοί παράγοντες.....	17
3.4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	20
4.1. Εισαγωγή.....	20
4.2. Ψυχο-Σωματικά-Οργανικά συμπτώματα.....	21
4.3. Ψυχο-Συναισθηματικές επιπτώσεις.....	22
4.4. Αλλαγές στις στάσεις και στις συμπεριφορές.....	22
4.5. Διαπροσωπικές σχέσεις.....	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (burnout)	25
5.1. Εισαγωγή.....	25
5.2. Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.....	26
5.3. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο.....	30
Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	36
6.1. Χαρακτηριστικά του ερευνόμενου Νοσοκομείου	36
6.2. Σκοποί και στόχοι έρευνας.....	41
6.3. Το δείγμα της έρευνας.....	41
6.4. Η μέθοδος της έρευνας.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	45
7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά της έρευνας.....	45
7.2. Όρια και βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	58
7.3. Περιγραφικά στατιστικά για τους εργασιακούς-διοικητικούς παράγοντες του ερωτηματολογίου.....	60
7.4. Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης και δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	89
8.1. Συμπεράσματα.....	89
8.2. Προτάσεις.....	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	93
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	93
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	96
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	103
Γ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (Ερωτηματολόγιο έρευνας).....	104

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ--ΠΙΝΑΚΕΣ

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 1: Παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	16
Γράφημα 2: Σώμα Διοίκησης.....	37
Γράφημα 3: Νοσηλευτική Υπηρεσία.....	37
Γράφημα 4: Ιατρική Υπηρεσία.....	38
Γράφημα 5: Διοικητική Υπηρεσία.....	39
Γράφημα 6: Τεχνική Υπηρεσία.....	40
Γράφημα 7: Αριθμός ατόμων ανά φύλο.....	45
Γράφημα 8: Ποσοστό ατόμων ανά φύλο.....	46
Γράφημα 9: Αριθμός ατόμων ανά ηλικία.....	47
Γράφημα 10: Ποσοστό ατόμων ανά ηλικία.....	47
Γράφημα 11: Αριθμός ατόμων ανά μορφωτικό επίπεδο.....	48
Γράφημα 12: Ποσοστό ατόμων ανά μορφωτικό επίπεδο.....	49
Γράφημα 13: Αριθμός ατόμων ανά οικογενειακή κατάσταση.....	50
Γράφημα 14: Ποσοστό ατόμων ανά οικογενειακής κατάστασης.....	50
Γράφημα 15: Αριθμός ατόμων ανά προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο.....	51
Γράφημα 16: Ποσοστό ατόμων ανά προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο....	52
Γράφημα 17: Αριθμός ατόμων ανά κατηγορία προσωπικού.....	53
Γράφημα 18: Ποσοστό ατόμων ανά κατηγορία προσωπικού.....	53
Γράφημα 19: Αριθμός ατόμων ανά σχέση εργασίας.....	54
Γράφημα 20: Ποσοστό ατόμων ανά σχέση εργασίας.....	55
Γράφημα 21: Αριθμός ατόμων ανά ωράριο εργασίας.....	56
Γράφημα 22: Ποσοστό ατόμων ανά ωράριο εργασίας.....	56
Γράφημα 23: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 1.....	62
Γράφημα 24: Ποσοστό ερώτησης 1.....	62
Γράφημα 25: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 2.....	63
Γράφημα 26: Ποσοστό ερώτησης 2.....	64
Γράφημα 27: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 3.....	65
Γράφημα 28: Ποσοστό ερώτησης 3.....	65
Γράφημα 29: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 4.....	66
Γράφημα 30: Ποσοστό ερώτησης 4.....	67
Γράφημα 31: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 5.....	68
Γράφημα 32: Ποσοστό ερώτησης 5.....	68
Γράφημα 33: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 6.....	69
Γράφημα 34: Ποσοστό ερώτησης 6.....	70
Γράφημα 35: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 7.....	71
Γράφημα 36: Ποσοστό ερώτησης 7.....	71
Γράφημα 37: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 8.....	72
Γράφημα 38: Ποσοστό ερώτησης 8.....	73

Γράφημα 39: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 9.....	74
Γράφημα 40: Ποσοστό ερώτησης 9.....	74
Γράφημα 41: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 10.....	75
Γράφημα 42: Ποσοστό ερώτησης 10.....	76
Γράφημα 43: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11.....	77
Γράφημα 44: Ποσοστό ερώτησης 11.....	77
Γράφημα 45: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 12.....	78
Γράφημα 46: Ποσοστό ερώτησης 12.....	79
Γράφημα 47: Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 13.....	80
Γράφημα 48: Ποσοστό ερώτησης 13.....	80

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	24
Πίνακας 2: Κατανομή ατόμων ανά φύλο.....	45
Πίνακας 3: Κατανομή ατόμων ανά ποσοστό ηλικίας.....	46
Πίνακας 4: Κατανομή ατόμων ανά μορφωτικό επίπεδο.....	48
Πίνακας 5: Κατανομή ατόμων ανά οικογενειακή κατάσταση.....	49
Πίνακας 6: Κατανομή ατόμων ανά προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο.....	51
Πίνακας 7: Κατανομή ατόμων ανά κατηγορία προσωπικού.....	52
Πίνακας 8: Κατανομή ατόμων ανά σχέση εργασίας.....	54
Πίνακας 9: κατανομή ατόμων ανά ωράριο εργασίας.....	55
Πίνακας 10: Κατανομή ατόμων ανά τμήμα/κλινική.....	57
Πίνακας 11: Όρια τιμών των επιπέδων της συναισθηματικής εξάντληση.....	59
Πίνακας 12: Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης των 156 εργαζομένων.....	60
Πίνακας 13: Κατανομή ατόμων ερώτησης 1.....	61
Πίνακας 14: Κατανομή ατόμων ερώτησης 2.....	63
Πίνακας 15: Κατανομή ατόμων ερώτησης 3.....	64
Πίνακας 16: Κατανομή ατόμων ερώτησης 4.....	66
Πίνακας 17: Κατανομή ατόμων ερώτησης 5.....	67
Πίνακας 18: Κατανομή ατόμων ερώτησης 6.....	69
Πίνακας 19: Κατανομή ατόμων ερώτησης 7.....	70
Πίνακας 20: Κατανομή ατόμων ερώτησης 8.....	72
Πίνακας 21: Κατανομή ατόμων ερώτησης 9.....	73
Πίνακας 22: Κατανομή ατόμων ερώτησης 10.....	75
Πίνακας 23: Κατανομή ατόμων ερώτησης 11.....	76
Πίνακας 24: Κατανομή ατόμων ερώτησης 12.....	78
Πίνακας 25: Κατανομή ατόμων ερώτησης 13.....	79
Πίνακας 26: Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά φύλο.....	81

Πίνακας 27: Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά ηλικία.....	82
Πίνακας 28: Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά μορφωτικό επίπεδο.....	83
Πίνακας 29: Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά οικογενειακή κατάσταση.....	84
Πίνακας 30: Μέσες τιμές των τριών ανά προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο.....	84
Πίνακας 31: Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά κατηγορία προσωπικού	85
Πίνακας 32: Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά σχέση εργασίας.....	86
Πίνακας 33: Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά ωράριο εργασίας.....	87

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πρώτες αναφορές που σχετίζονται με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, που αργότερα ονομάστηκε «burnout syndrome», έγιναν από τους Αγγλοσάξονες ή από τους Καναδούς κατά άλλες αναφορές. Ήδη από τα μισά του προηγούμενου αιώνα η εξουθένωση έχει συγκεντρώσει το επιστημονικό ενδιαφέρον ψυχολόγων και κοινωνιολόγων εξαιτίας των σημαντικών επιπτώσεων στη ζωή των επαγγελματιών υγείας.

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το 1960 να δημιουργηθούν στην Αμερική τα πρώτα προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης προσωπικού (Splettes M., 1977).

Το 1974, ο Αμερικανός ερευνητής Herbert Freudenberger ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τον όρο καθώς και τα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Από επιστημονικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, διαπιστώθηκε ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο συχνό σε επαγγέλματα, όπως οι νοσηλεύτες και οι γιατροί. Θεωρήθηκε ότι οφείλεται στην καθημερινή επαφή που είχαν οι επαγγελματίες υγείας με τον ανθρώπινο πόνο. Σε ποσοστό 34% οι δημοσιευμένες μελέτες αφορούν τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, νοσηλεύτριες/τες και ψυχίατροι εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών.

Για κάποιους από τους επαγγελματίες υγείας οι επιπτώσεις του συνδρόμου αποτελούν κίνητρο για να επανεκτιμήσουν την εργασία τους, ενώ για άλλους αφορμή για να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους οριστικά.

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

1.1 Ορισμοί-έννοιες του όρου burnout

Το στρες ορίζεται ως μια αντίδραση ή ένα ερέθισμα. Ως αντίδραση, ο ορισμός του στρες είναι ταυτισμένος με συγκεκριμένες αλλαγές που προέρχονται σε ένα βιολογικό σύστημα. Ως ερέθισμα, ο ορισμός του στρες δίνεται σε σχέση με γεγονότα του περιβάλλοντος που προκαλούν αυτές τις αλλαγές.

Το έντονο και συνεχές εργασιακό στρες μπορεί σταδιακά να οδηγήσει στην εμφάνιση του συνδρόμου της «επαγγελματικής εξουθένωσης». Δηλαδή στη σωματική, ψυχική και συναισθηματική εξάντληση, μια κατάσταση όπου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για το αντικείμενο της δουλειάς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία και την απόδοσή του και αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Maslach, 1982).

Στα αγγλικά «burn out» σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Maslach & Jackson, 1984).

Ο Freudenberger το 1974, χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «επαγγελματική εξουθένωση» με σκοπό να περιγράψει τα συμπτώματα σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας και, γενικότερα, σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους. Παραλλήλως επίσης την έννοια του όρου burnout με ένα κτίριο που έχει καταστραφεί από πυρκαγιά.

Έκτοτε το φαινόμενο αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης κυρίως σε επαγγελματίες υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών όπως γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί που έρχονται καθημερινά σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Αργότερα επεκτάθηκε σε εκπαιδευτικούς και αστυνομικούς (Friedman, 2000; Gil-Monte, 2005; Kantas, 1997).

Παρόλο που η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας για μεγάλες ομάδες πληθυσμού, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, και αυξανόμενης διεπιστημονικής βιβλιογραφίας, δεν υπάρχει προς το παρόν ένας απολύτως αποδεκτός ορισμός. Ο πιο ευρέως αναφερόμενος ορισμός της επαγγελματικής

εξουθένωσης είναι αυτός της ψυχολόγου Christine Maslach (1982). Το όνομά της συνδέθηκε από πολύ νωρίς με την μελέτη του συνδρόμου:

«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».

Η Maslach (1982) περιγράφει τον όρο burnout ως «δείκτη φθοράς» των αξιών, της αξιοπρέπειας και της θέλησης του εργαζόμενου. Η ίδια η ερευνήτρια το 1997 αναφέρει πως η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται βαθμιαία σε ένα «φαύλο κύκλο» από τον οποίο είναι δύσκολο να ξεφύγει κανείς.

Το 1986 οι Maslach & Jackson υποστήριξαν ότι είναι δυνατόν να αξιολογήσουμε την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων κάνοντας χρήση του Καταλόγου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (MBI) , δηλαδή μίας κλίμακας που αξιολογεί τα ακόλουθα τρία βασικά στοιχεία:

- Βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης
- Το επίπεδο αποπροσωποποίησης
- Την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων

Οι Edelwich & Brodsky (1980) αναφέρουν πως η επαγγελματική εξουθένωση αφορά μια προοδευτική διεργασία αποϊδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους ή στα ιδανικά του επαγγελματία.

Σύμφωνα με τον Cherniss (1980) η εξουθένωση αποτελεί «μια διαδικασία κατά την οποία οι στάσεις και η συμπεριφορά του επαγγελματία της υγείας αλλάζει με αρνητικό τρόπο ως αντίδραση στο επαγγελματικό άγχος».

Το 1988 οι Pines & Aronson παρατηρούν ότι οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζουν τον επαγγελματία σωματικά, συναισθηματικά και ψυχικά εξαιτίας της μακροχρόνιας έκθεσής του σε ιδιαίτερα απαιτητικές καταστάσεις συναισθηματικής συμμετοχής.

Η Brophit το 1992 περιγράφει τον όρο burnout ως «...η φλόγα που χορεύει, δίνει ζεστασιά, ενέργεια και φως, αλλά τελικά σβήνει όταν τελειώσει η πηγή ενέργειας της και μένει μόνο η στάχτη και ο θάνατος». Το σπέρτο χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κατάσταση φυσικής και νοητικής εξάντλησης που βιώνει ο επαγγελματίας.

Ο Potter (1994) διαπιστώνει πως η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για την εργασία, που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη ανικανότητα για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων των εργαζομένων.

Η Ludan (1997) ισχυρίζεται πως η επαγγελματική εξουθένωση είναι σταδιακή διάβρωση της ενέργειας και του πνεύματος του εργαζόμενου ως αποτέλεσμα χρόνιου στρες.

Πάρα πολλοί συγγραφείς έχουν ασχοληθεί με το σύνδρομο και έχουν διατυπώσει ορισμό για την επαγγελματική εξουθένωση. Παρόλα αυτά, σχεδόν η πλειοψηφία των μελετητών συμφωνούν πως η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια μακροχρόνια αντίδραση στο στρες.

1.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση του συνδρόμου burnout στο διεθνή χώρο

Η πλειονότητα των ερευνητικών εργασιών που έχουν εκπονηθεί παγκοσμίως μέχρι σήμερα και μελετούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας. Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε γιατρούς και νοσηλευτές, εξαιτίας της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο.

Από τις 5.500 δημοσιευμένες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση, οι περισσότερες αφορούν στους επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 34% (Firth-Cozens & Payne, 1999).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει πως το 40% των εργαζομένων αναπτύσσουν στρες που οφείλεται στην εργασία τους με αποτέλεσμα την άμεση εκδήλωση των επιπτώσεων του συνδρόμου (World Health Organization, 2007).

Η Firth-Cozens et al. (1997) αναφέρουν ότι σε ολόκληρο τον κόσμο το 1/3 των νοσηλευτριών παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά στάδια της καριέρας τους. Επιπλέον, είναι πολύ υψηλός και ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχικών διαταραχών.

Οι νοσηλεύτριες/τες καθώς και οι ψυχίατροι, παρουσιάζουν επίσης τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Παραδείγματος χάριν στις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό των αυτοκτονιών των γιατρών είναι διπλάσιο με εκείνο του γενικού πληθυσμού, εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Με την ύπαρξη και το βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται να σχετίζεται ο χώρος στον οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές ανάλογα με την ειδικότητά τους. Σύμφωνα με έρευνες των Hannigan et al. (2000) και των Kilfedder CJ et al. (2001) το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται σε κάποιο ψυχιατρικό

νοσοκομείο παρουσιάζει εντονότερα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω της εργασίας του.

Για κάποιους γιατρούς και νοσηλευτές όλα τα παραπάνω αποτελούν αφορμή, ώστε να εγκαταλείψουν οριστικά το ιατρικό/νοσηλευτικό επάγγελμα και για άλλους αποτελούν κίνητρο εντονότερης προσπάθειας και μεγαλύτερου ενδιαφέροντος για την εργασία τους.

Έρευνες έδειξαν ότι εκτός από το νοσηλευτικό/ιατρικό προσωπικό που απασχολείται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, συχνά και εργαζόμενοι των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας βιώνουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό αποδεικνύεται και από τα αποτελέσματα των ερευνών των Poncet MC et al. (2007) οι οποίοι μελέτησαν νοσηλευτές στην Γαλλία. Το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας είχαν βιώσει τις επιπτώσεις του συνδρόμου. Οι κυριότερες αιτίες αποδεικνύεται να προέρχονται από την ποιότητα των σχέσεων εργασίας με τους προϊσταμένους και το ιατρικό προσωπικό, την έλλειψη οργάνωσης, την συμμετοχή στις αποφάσεις για την πορεία του ασθενούς και του τμήματος και τον φόβο από τον θάνατο του ασθενούς.

Σύμφωνα με έρευνα των Zhu W. et al. (2006) παθολόγοι και χειρουργοί νοσηλευτές παρουσιάζουν επίσης συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης σε μεγάλο βαθμό. Οι γρήγοροι ρυθμοί, ο υψηλός φόρτος εργασίας, το αίσθημα της ευθύνης, η ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης και η έλλειψη αυτοφροντίδας των ασθενών αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Ο βαθμός πίεσης που δέχονται οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως φαίνεται από μελέτες των Jaraczek et al. (2005) σε νοσηλευτές γενικών, νευρολογικών και ψυχιατρικών τμημάτων.

Οι Pompili M et al. (2006) αναφέρει ότι οι νοσηλευτές μπορεί να οδηγηθούν σε κατάθλιψη ή απόπειρα αυτοκτονίας, αν ο βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι έντονος.

Τον υψηλότερο κίνδυνο αντιμετωπίζουν οι νοσηλεύτριες/τες που απασχολούνται σε ογκολογικά και σε τμήματα με ασθενείς με AIDS. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές είναι πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση του συνδρόμου και αυτό γιατί οι ογκολογικοί ασθενείς που φροντίζουν αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα ασθενών όσο αφορά τον ψυχισμό τους και τις συναισθηματικές αντιδράσεις τους. Οι ασθενείς αυτοί έχουν έντονο το αίσθημα του πόνου και του θανάτου, στοιχείο που δυσκολεύει την συνεργασία και την επικοινωνία με

τους νοσηλευτές και το περιβάλλον τους. Επιπλέον, χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές.

Ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλευτών σχετίζεται επίσης με την εμφάνιση του συνδρόμου. Οι Jenkinw& Elliott (2004) σε μελέτη τους διερεύνησαν το βαθμό άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης σε καταρτισμένο και μη νοσηλευτικό προσωπικό στην Αγγλία. Διαπίστωσαν ότι περίπου στο μισό νοσηλευτικό προσωπικό είχαν εμφανιστεί οι επιπτώσεις του συνδρόμου. Την υψηλότερη πίεση από την εργασία τους την βίωνε το καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Το μη καταρτισμένο προσωπικό ανέφερε πως κύριος παράγοντας άγχους ήταν οι δύσκολοι ή απαιτητικοί ασθενείς, σε αντίθεση με το καταρτισμένο που πηγή άγχους ήταν η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης και οργάνωσης.

Στην Ελλάδα σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη (2001) βασικοί παράγοντες εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, καθώς και οι αυξημένες ευθύνες των νοσηλευτών/ιατρών προς τους ασθενείς. Εντύπωση προκαλούν επίσης και παράγοντες όπως τα περιορισμένα μέσα, η ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού και η έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης.

Σε 42 δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής πραγματοποιήθηκε μελέτη για τους τρόπους διαχείρισης του στρες των επαγγελματιών υγείας από την Καδδά (2005). Τα αποτελέσματα έδειξαν την ύπαρξη στρες κυρίως στα ογκολογικά και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Κάποια από τα νοσοκομεία παρουσίασαν μικρότερα ποσοστά εμφάνισης του συνδρόμου εξαιτίας των οργανωμένων παρεμβάσεων διαχείρισης που έχουν αναπτύξει, κυρίως μέσω της συζήτησης με ειδικούς επιστήμονες, την υλοποίηση σεμιναρίων και ημερίδων και τη δημιουργία ομάδων εργασίας.

Η Σιουρούνη και συν (2004) σε εργασία που πραγματοποίησαν στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τρίπολης, παρατήρησαν ότι τα άτομα, που έχουν ως κύριο σκοπό εργασίας τους την αποκατάσταση, παρουσίασαν υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σε σχέση με εκείνους που εργάζονται σε τμήματα αποκατάστασης.

Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτικό προσωπικό ψυχιατρικών τμημάτων σε πέντε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας από την Αδαλή και συν (2002) προέκυψαν αυξημένα ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης του προσωπικού, καθώς και ότι η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται άμεσα με εργασιακούς παράγοντες.

Νιώθοντας έντονη κόπωση οι επαγγελματίες υγείας εξαιτίας της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν, αδυνατούν να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς τους. Επιπλέον, θεωρούν το επάγγελμα τους ως αναπόφευκτο κακό, που συνεχίζουν να το κάνουν καθαρά για βιοποριστικούς λόγους. Αναπόφευκτα αδυνατούν να αναπτύξουν στενότερες σχέσεις με τους ανθρώπους, οι οποίοι εκτός από την επιστημονική τους χρειάζονται και την συναισθηματική τους υποστήριξη.

Παράγοντες που αποτρέπουν την εμφάνιση του συνδρόμου, σύμφωνα με έρευνα των Κανδρή και συν (2004) είναι η καλή συνεργασία και επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και ένα υποστηρικτικό δίκτυο. Η υποστηρικτική ομάδα τονίζεται για την ύψιστη σημασία της ως το κυριότερο μέτρο πρόληψης από την πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών.

Σε μελέτη που πραγματοποίησε η Μιχαλοπούλου (2003) σε νοσηλευτές των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) για τους κυριότερους παράγοντες που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές, τόνισε την ιδιαίτερη σημασία της διδασκαλίας τρόπων μείωσης του άγχους, ώστε να αποφευχθεί η επαγγελματική εξουθένωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

2.1 Εισαγωγή

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

Κάποιοι ερευνητές (Antoniou, 1999; Dekker & Schaufeli, 1995; Leiter & Maslach, 1988) δίνουν έμφαση στη σημασία των ατομικών παραγόντων, αναφέροντας, ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που έχει θέσει ο επαγγελματίας από τον εαυτό του και από το χώρο της υγείας στον οποίο εργάζεται (Firth-Cozens & Payne, 1999).

Επίσης, πολλοί ερευνητές ισχυρίζονται ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και αυταρχική διοίκηση του οργανισμού που απασχολούνται, το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα και η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας (Pines, 1986).

Τα σημαντικότερα μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα εξής:

2.2 Το Μοντέλο των τριών Διαστάσεων της Maslach (1982)

Στηριζόμενοι στον κλασικό ορισμό της Maslach (1982), αναδεικνύονται τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, με διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων σε κάθε μια διάσταση. Κάνοντας χρήση του Καταλόγου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory (MBI), Maslach & Jackson, 1986) τα τρία στοιχεία που είναι απαραίτητα για την εμφάνιση του συνδρόμου είναι τα εξής:

1. *Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion)*

Η πρώτη διάσταση περιλαμβάνει το αίσθημα ψυχικής και σωματικής κόπωσης που νιώθει ο επαγγελματίας, καθώς και την απώλεια ενέργειας και διάθεσης που τον καθιστούν ανίκανο, ώστε να επενδύσει συναισθηματικά στην δουλειά του.

Καθώς κατακλύζεται από τις απαιτήσεις των ασθενών/πελατών ή από τις απαιτήσεις της δουλειάς, ο επαγγελματίας νιώθει πως ξεπερνά τις συναισθηματικές του αντοχές. Το παραπάνω του δημιουργεί έντονο στρες, με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνεται ότι η εργασία του επιδρά καταστρεπτικά στην προσωπικότητά του.

Βλέπει με δέος την προοπτική ότι θα πρέπει να ξαναπάει στην δουλειά του την επόμενη μέρα (Καντάς, 1995). Η συναισθηματική εξάντληση κάνει τον εργαζόμενο να νιώθει αδύναμο να προσφέρει στους ασθενείς/πελάτες του και σταδιακά απομακρύνεται από αυτούς και κατ'επέκταση και από την εργασία του.

II. *Αποπροσωποποίηση (despersonalization)*

Αναφέρεται στην αποξένωση και απομάκρυνση του εργαζόμενου από τους ασθενείς/πελάτες του καθώς και τη ανάπτυξη ουδέτερων ή αρνητικών αισθημάτων. Εκδηλώνει μια επιθετική και πολλές φορές κυνική συμπεριφορά αφού μεταχειρίζεται τους ασθενείς του σαν αντικείμενα και όχι ως ανθρώπινα όντα (Καντάς, 1995).

Η απόμακρη και κυνική του στάση αυτή εκδηλώνεται στο ότι αρνείται να είναι ευγενικός και κοινωνικός, αγνοώντας τις ανάγκες των ασθενών του και αποτυγχάνοντας να τους παράσχει την κατάλληλη φροντίδα υγείας.

Η κακή επικοινωνία που έχει με τους ασθενείς του γίνεται εμφανής όταν τους βλέπει ως «περιστατικά», «νούμερο» ή με τον αριθμό του δωματίου (π.χ. έμφραγμα δωμάτιο 30). Η αποπροσωποποίηση εκδηλώνεται ως αδιαφορία προς το πρόσωπο του ασθενούς και πολλές φορές υιοθετεί την άποψη ότι είναι άξιοι της ταλαιπωρίας που υφίστανται (Ryan, 1971).

Προσπαθούν να βρίσκονται όσο περισσότερο χρονικό διάστημα είναι εφικτό μακριά από τους ασθενείς τους, μεγαλώνοντας έτσι τον χρόνο των διαλειμμάτων τους και αυξάνοντας τις συζητήσεις με τους συναδέλφους τους.

Όλα αυτά είναι η αντίδραση του επαγγελματία υγείας στο αίσθημα αποτυχίας, στη μειωμένη επίτευξη των στόχων, καθώς και στο στρες που βιώνει εξαιτίας της δουλειάς του.

III. *Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (lost of personal accomplishment)*

Ο επαγγελματίας υγείας κάνει αρνητική αξιολόγηση του εαυτού του και πιστεύει ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας του.

Λόγω της έλλειψης των προσωπικών επιτευγμάτων μειώνεται και η απόδοσή του στην εργασία του με αποτέλεσμα να παραιτείται από κάθε προσπάθεια να χειριστεί αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών του. Όλα αυτά αποτελούν την αντίδραση του εργαζόμενου, λόγω της πίεσης που του ασκείται, αφού ο ίδιος διακατέχεται από αίσθημα δυστυχίας και δυσαρέσκειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1992).

Πολλές φορές η μειωμένη αίσθηση της αποτελεσματικότητας οδηγεί σε κατάθλιψη και σε αυτοεπιβαλλόμενες αποφάσεις αποτυχίας (Maslach, 1998).

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

2.3 Το Μοντέλο των EDELWICH & BRODSKY (1980)

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

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

I. Το στάδιο του ενθουσιασμού

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

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

II. Το στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας

Ο επαγγελματίας υγείας απογοητευμένος πλέον περνάει στο δεύτερο στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας. Κατηγορεί τον εαυτό του και τον θεωρεί υπεύθυνο για την αποτυχία αυτή.

Προσπαθώντας να καλύψει αυτό το κενό δουλεύει σκληρότερα και επενδύει περισσότερο στις σχέσεις του με τους ασθενείς του. Παρακολουθεί σεμινάρια, συμμετέχει σε συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης, επιδιώκοντας να αυξήσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες του.

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

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

III. Το στάδιο της απογοήτευσης και της ματαιώσης

Σε αυτό το στάδιο ο επαγγελματίας υγείας, έχοντας προσπαθήσει να ολοκληρωθεί μέσα από την δουλειά του, καταλήγει να νιώθει ότι οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο. Νιώθει ανικανοποίητος, απογοητευμένος μη έχοντας καταφέρει να εκπληρώσει τις προσδοκίες του.

Αρχίζει να αναθεωρεί τις αξίες που ο ίδιος είχε θέσει και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι δεν του αξίζει να καταναλώνεται και να αγχώνεται σε τόσο μεγάλο βαθμό. Ενδέχεται να βιώνει κατάθλιψη, καθώς και ένα αίσθημα ματαιοδοξίας, αφού δεν έχει την δύναμη να ανατρέψει την κατάσταση νιώθοντας παγιδευμένος μέσα σε αυτήν.

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

IV. Το στάδιο της απάθειας

Ο επαγγελματίας υγείας αντιλαμβάνεται πως η δουλειά του τον καταπιέζει σε αντίθεση με το παρελθόν. Έτσι πλέον επενδύει ελάχιστη από την ενέργειά του σε αυτήν.

Αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του και αποφεύγει οποιαδήποτε ευθύνη έχει προς τους άλλους. Συνεχίζει να κρατάει την δουλειά του καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, αφού δεν έχει άλλη εναλλακτική.

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

Τα συμπτώματα/ενδείξεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης ως επί το πλείστον γίνονται αντιληπτά στα δυο πρώτα στάδια και εκδηλώνονται τόσο σωματικά, ψυχολογικά και συναισθηματικά (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1986). Οι επεμβάσεις αντίθετα μπορούν να γίνουν σε οποιοδήποτε στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης με σκοπό να την θεραπεύσουν ή να την αποτρέψουν.

2.4 Το διαδραστικό Μοντέλο του CHERNISS(1980)

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

I. Φάση «εργασιακού στρες»

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

II. Φάση «εξάντλησης»

Ο εργασιακός χώρος για τον επαγγελματία υγείας αποτελεί πηγή εξάντλησης η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, κόπωσης, στρες, ανίας, απάθειας και έλλειψη ενδιαφέροντος.

Ο εργαζόμενος προτιμά να στρέψει την προσοχή του σε γραφειοκρατικές διαδικασίες παρά σε κλινικές. Βρισκόμενος σε συνεχή ένταση και μην μπορώντας να την διαχειριστεί οδηγείται σε απογοήτευση και παραίτηση.

III. Φάση «αμυντικής κατάληξης»

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

2.5 Το Μοντέλο της PINES

Ορίζεται η επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση πνευματικής, σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, η πρόκληση της οποίας οφείλεται σε μακροχρόνια έκθεση απαιτητικών συναισθηματικών καταστάσεων (Pines & Aronson, 1988).

Η Pines εφαρμόζει μια μέτρηση (Burnout Measure) η οποία θεωρεί την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια, που αξιολογείται από μια κλίμακα που δίνει συνολική βαθμολογία και όχι ως σύνδρομο που εμφανίζεται με συμπτώματα απόγνωσης, μειωμένης αυτοπεποίθησης και απελπισίας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

3.1 Εισαγωγή

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

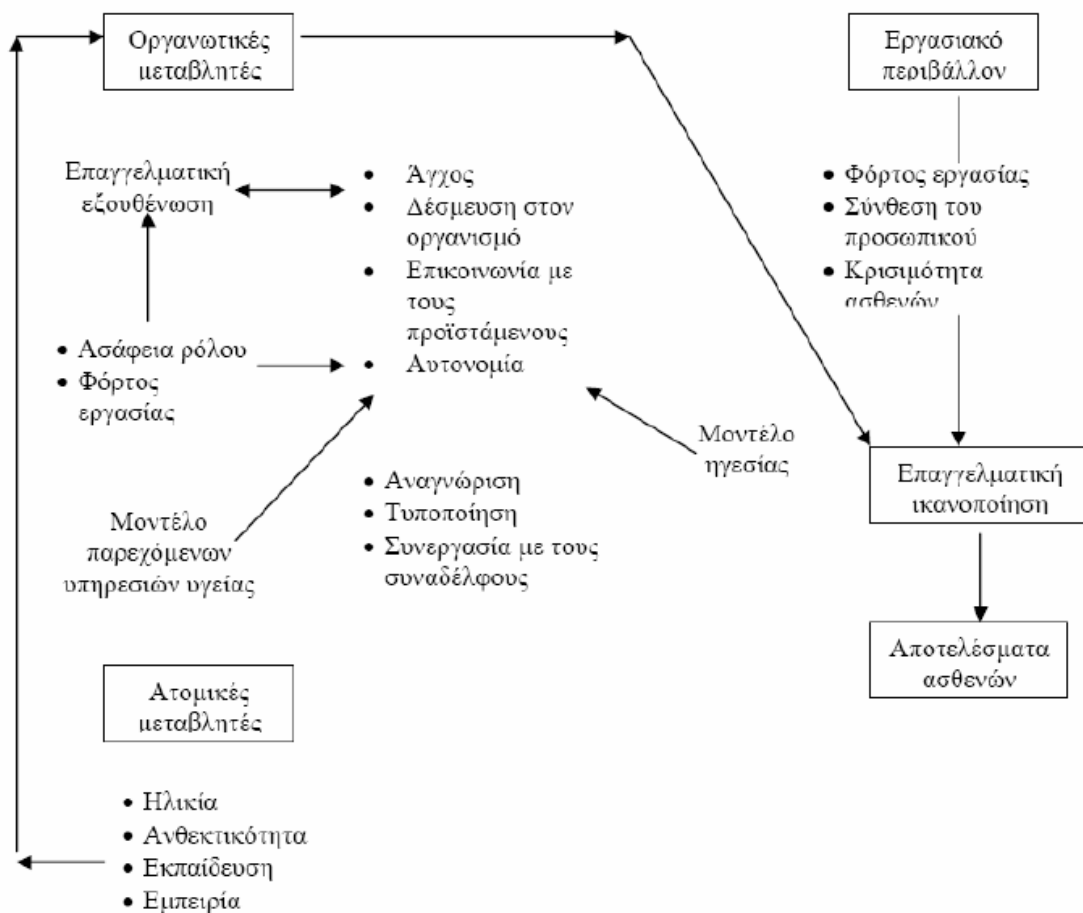
Δημιουργείται ένα χάσμα, που οφείλεται στο γεγονός ότι αυτά που μπορεί να προσφέρει και να ζητήσει ο επαγγελματίας από το εργασιακό του περιβάλλον είναι σε διαφορετικό μήκος κλίμακας και έντασης από αυτά που δίνει ή απαιτεί ο χώρος εργασίας από τον επαγγελματία. Η διόγκωση αυτού του χάσματος μπορεί να ενεργοποιήσει στρεσογόνες καταστάσεις ή να αυξήσει τις ήδη υπάρχουσες. Η πληθώρα αυτών των καταστάσεων με την σειρά τους δημιουργούν χρόνιο στρες στον επαγγελματία, που σταδιακά και χωρίς ενδεχομένως να το αντιληφθεί τον οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση.

Όπως προαναφέρθηκε υπάρχουν μεσολαβητικοί παράγοντες που η συσσώρευσή τους οδηγεί σε στρες. Οι παράγοντες αυτοί κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες:

- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Ατομικοί παράγοντες
- Δημογραφικοί χαρακτηριστικά

ΓΡΑΦΗΜΑ 1

Παράγοντες της Επαγγελματικής Εξουθένωσης



(Πηγή: Best & Thurston, 2004)

3.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Πρόκειται για παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας του επαγγελματία υγείας, όπως η ασάφεια του καθηκοντολογίου, το εξαντλητικό ωράριο, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η συνεχής έντονη δραστηριότητα και το μεγάλο φάσμα καθηκόντων, η μη συμμετοχή του επαγγελματία στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, η έλλειψη προσωπικού, η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση και το εξαντλητικό συνεχές (κυκλικό) ωράριο.

Ο επαγγελματίας υγείας, επίσης, επηρεάζεται από την έλλειψη κινήτρων και δυνατότητας εργασιακής εξέλιξης, καθώς και από την απουσία αμοιβών (υλικών, ηθικών) που πιστεύει ότι δικαιούται.

Καθοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου θεωρούνται ακόμα η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης των εργαζομένων (από προϊσταμένους, συνεργάτες, τη διοίκηση του νοσοκομείου), οι αυξανόμενες απαιτήσεις των αρρώστων και των συγγενών τους και η συχνή έκθεση του επαγγελματία στο θάνατο (Παπαδάτου, 1999; Aiken, 2002; Bakker, 2000).

Κάθε τμήμα του νοσοκομείου έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες που θα πρέπει να συνυπολογίζονται και αυτές, όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), οι ογκολογικές πτέρυγες και οι πτέρυγες ασθενών που πάσχουν από AIDS.

Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου παίζουν όλοι οι παράγοντες που σχετίζονται με τη δομή και την οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος, καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στους υγειονομικούς χώρους όπως το χρώμα, η ακαταστασία και η διάταξη των επίπλων στο χώρο, η έλλειψη χώρου και τα αυξημένα επίπεδα θορύβου, η απουσία καλής ποιότητας αέρα και η χρόνια έκθεση στον καπνό (Cherniss, 1980; Cole, 1992; Maslach & Jackson, 1984).

Τέλος, η σωματική κακοποίηση και η σεξουαλική παρενόχληση.

3.3 Ατομικοί Παράγοντες

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι παράγοντες που σχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν το είδος των προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας από τον εργασιακό του χώρο, ο τρόπος χειρισμού του άγχους, η επάρκεια του μισθού και τα κίνητρα που τον έκαναν να επιλέξει το συγκεκριμένο επάγγελμα (Vachon, 1978; Wessels, 1989).

Ορισμένοι επαγγελματίες εμφανίζουν ανθεκτικότητα απέναντι στο άγχος και έχουν την ικανότητα να το μετατρέπουν σε πρόκληση, δημιουργώντας έτσι προστατευτικούς παράγοντες για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Kobasa, 1982).

Οι επαγγελματίες αυτοί έχουν αυξημένη αίσθηση του ελέγχου πάνω σε καταστάσεις και μπορούν να τις επηρεάσουν. Νιώθουν δυνατοί και πιστεύουν ότι μπορούν να καθορίσουν οι ίδιοι τα γεγονότα και όχι οι εξωτερικές δυνάμεις.

Ακόμα, δεν μένουν παθητικοί θεατές, αλλά αντίθετα προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες και να επιλύσουν τα προβλήματα που τους παρουσιάζονται. Δεν μένουν αμέτοχοι σε δρώμενα και καταστάσεις που διαδραματίζονται γύρω τους και θεωρούν σημαντικό να επενδύσουν στην δουλειά τους.

Υπάρχουν όμως και επαγγελματίες υγείας που αναπτύσσουν φόβους για την ίδια πράξη όπως ο φόβος της αποτυχίας, της πρόκλησης πόνου και της κατηγορίας. Αλλά και άλλους φόβους όπως του θανάτου, του αγνώστου και της έκφρασης των συναισθημάτων τους. Όλοι οι παραπάνω φόβοι σε συνδυασμό με την έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα επικοινωνίας προβληματίζουν και πιέζουν συναισθηματικά ακόμα περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας.

Υπάρχουν επίσης χαρακτηριστικά προσωπικότητας κάποιων ατόμων, που τα καθιστούν περισσότερα ευάλωτα σε σχέση με άλλα στην εκδήλωση του συνδρόμου. Συνήθως είναι άτομα με μειωμένη ψυχική υγεία, άτομα που νιώθουν παρατεταμένα την ανάγκη της προσφοράς, αλλά και που αφοσιώνονται αποκλειστικά στην δουλειά τους και αδυνατούν να διαχωρίσουν την επαγγελματική από την προσωπική τους ζωή. Διαθέτουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, είναι αναβλητικά άτομα και πολλές φορές έχουν αυξημένη την αίσθηση της υπευθυνότητας και της αμφισβήτησης. Νιώθουν πλήξη και η εργασία τους χαρακτηρίζεται από μονοτονία και ρουτίνα.

3.4 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση είναι τα εξής:

I. Η ηλικία

Αποτελεί έναν που τους παράγοντες που φαίνεται να συσχετίζεται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση.

Οι νεότεροι εργαζόμενοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν το σύνδρομο, αφού διαθέτουν μικρότερη επαγγελματική εμπειρία και λιγότερη ωριμότητα. Αντίθετα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι αποδεικνύονται περισσότερο «ανθεκτικοί» και με μεγαλύτερα επίπεδα αντοχής (Aslan et al., 1998; Brewer et al., 2004; Campbell et al., 2001; Gabbe et al., 2002; Ramirez et al., 1995).

II. Το φύλλο

Τα αποτελέσματα των μελετών όσο αφορά στο φύλλο είναι αλληλοσυγκρουόμενα. Οι γυναίκες και οι άνδρες παρουσιάζουν παρόμοια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, αν και πιο συχνά συναντώνται μελέτες που δείχνουν υψηλότερα επίπεδα στις γυναίκες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στους πολλαπλούς ρόλους που έχει η γυναίκα εντός και εκτός εργασιακού χώρου.

Οι άνδρες, απεναντίας, αναπτύσσουν κάποιες φορές μια απρόσωπη συμπεριφορά προς τους ασθενείς τους, με αποτέλεσμα να είναι λιγότερο επιρρεπείς στο σύνδρομο (Aslan et al., 1998; Fothergill et al., 2004; Guntupalli et al., 1996; Mc Murray et al., 2000; Michels et al., 2003; Ramirez et al., 1995; Rodison et al., 2004).

III. Το επίπεδο εκπαίδευσης

Άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως φαίνεται από έρευνες. Συνήθως τα άτομα αυτά έχουν υψηλότερες προσδοκίες και φιλοδοξίες, με αποτέλεσμα να αναλαμβάνουν και πιο υπεύθυνες θέσεις. Η ενδεχόμενη αποτυχία τους οδηγεί σε μεγαλύτερη απογοήτευση και υψηλότερα επίπεδα στρες (Gabbes et al., 2002).

IV. Η οικογενειακή κατάσταση

Έρευνες έδειξαν πως οι παντρεμένοι παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους ανύπαντρους, οι οποίοι βιώνουν υψηλότερα ποσοστά. Τα ίδια ποσοστά περίπου με τους ανύπαντρους παρουσιάζουν και οι διαζευγμένοι.

Τα διαφορετικά ποσοστά μεταξύ ανύπανδρων και παντρεμένων οφείλονται στο γεγονός ότι οι ανύπαντροι αφοσιώνονται περισσότερο στην δουλειά τους σε σχέση με τους παντρεμένους. Ακόμα, οι παντρεμένοι μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τις προσωπικές και συναισθηματικές συγκρούσεις εξαιτίας της μεγαλύτερης εμπειρίας που διαθέτουν (Maslach, 1985).

Σημαντικό ρόλο για την αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει και η υποστήριξη που λαμβάνει ο επαγγελματίας υγείας από το σύζυγο ή τη σύζυγό του (Aslan et al., 1998; Gabbes et al., 2002). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές δυο κατηγοριών βρέθηκαν τα εξής: Εκείνοι που είχαν σύντροφο, αλλά είχαν σημαντικά προβλήματα στις σχέσεις τους και ένιωθαν ότι ο σύντροφός τους δεν μπορούσε να τους καταλάβει, υπέφεραν από οξύ στρες. Αντίθετα, αυτοί που δεν είχαν σύντροφο, αλλά προβλήματα στις σχέσεις με τις οικογένειές τους, υπέφεραν από χρόνια στρες. Το αντιμετώπιζαν παθητικά χωρίς να μπορούν να το αντιμετωπίσουν σε πολύ μεγάλο βαθμό (Cole, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

4.1 Εισαγωγή

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα στους επαγγελματίες υγείας όπως κατάθλιψη, άγχος και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Maslach, Schaufeli et al, 1993). Τα άτομα αυτά βιώνουν ακόμα χαμηλή ικανοποίηση από την προσωπική και κοινωνική τους ζωή (Cushway, 1992).

Εκτός όμως από σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις, η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει τον επαγγελματία και σωματικά με έντονους πονοκεφάλους και αϋπνίες.

Συνοπτικά, κάποια από τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι:

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

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας δεν μένουν ανεπηρέαστοι από την επαγγελματική εξουθένωση. Είναι ελάχιστα ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες (Vaheyet, 2004) και από την επικοινωνία τους με τους γιατρούς, λόγω της ελλιπούς ενημέρωσης (Travado, 2005). Ακόμα, δεν είναι ικανοποιημένοι από την ελλιπή φροντίδα που λαμβάνουν από τους ιατρούς, αλλά και από την μη ενδεδειγμένη συμπεριφορά τους (Shanafelt, 2002).

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

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

Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται με την θνησιμότητα των ασθενών που φροντίζουν. Δυστυχώς, η αύξηση και η μη αντιμετώπιση του συνδρόμου οδηγεί σε αύξηση της θνησιμότητας.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν πλήττει ξαφνικά, από την μια στιγμή στην άλλη, τους επαγγελματίες υγείας. Τα προβλήματα εμφανίζονται και επιδεινώνονται σταδιακά. Συνήθως γίνονται αντιληπτά στο στάδιο της απογοήτευσης και της ματαίωσης, καθώς και στο στάδιο της απάθειας, δηλαδή στα δυο τελευταία στάδια.

Είναι σημαντικό για τον επαγγελματία υγείας σε πρώτη φάση να αναγνωρίσει τα συμπτώματα και να προσπαθήσει έπειτα να τα αντιμετωπίσει, πριν ξεφύγουν από τον έλεγχό του και οδηγηθεί σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις.

4.2 Ψυχο- Σωματικά- Οργανικά συμπτώματα

Τα σωματικά συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν ενοχλήσεις όπως πόνοι στην πλάτη και τον αυχένα, χρόνια κόπωση, έντονη αδυναμία, διαταραχές στον ύπνο και στην διατροφή, κεφαλαλγίες, ημικρανίες, αυξημένη μυϊκή υπέρταση, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, χαμηλά επίπεδα ενέργειας, αλλεργίες και διαταραχές στην σεξουαλική διάθεση (Tyler & Cushway, 1998).

Σοβαρότερα προβλήματα υγείας όπως έλκος, υπέρταση, καρδιαγγειακές ή άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν πιο σπάνια (Maslach & Jackson, 1982, 1984, 1996).

Κάποιοι καταφεύγουν επίσης σε φάρμακα-ψυχοφάρμακα μη μπορώντας να αντιμετωπίσουν την δύσκολη κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Υπάρχουν και εκείνοι που καταφεύγουν στην υπερβολική κατανάλωση τροφής ή στο αλκοόλ, προσπαθώντας να νιώσουν καλύτερα και ενδεχομένως μη γνωρίζοντας ότι βιώνουν τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

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

4.3 Ψυχο- Συναισθηματικές επιπτώσεις

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

I. Η αυξημένη ευερεθιστικότητα

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

Εκτός από τον αρνητικό τρόπο συμπεριφοράς του προς τους άλλους, νιώθει ακόμα πως αυτός ευθύνεται για την κατάστασή του.

II. Η έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης

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

Στις ΗΠΑ, εξαιτίας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών στους επαγγελματίες υγείας, καθώς και αύξηση της κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών χαπιών και αλκοόλ (Anderson, 2002; Firth-Cozens, 1999).

4.4 Αλλαγές στις στάσεις και στις συμπεριφορές

Οι επαγγελματίες υγείας που βιώνουν εξουθένωση γίνονται περισσότερο σαρκαστικοί, κυνικοί, ευερέθιστοι και δεν χάνουν ευκαιρία να ασκήσουν αυστηρή κριτική στους άλλους.

Χάνουν πολύ εύκολα την υπομονή τους με τους συναδέλφους τους και με τους ασθενείς τους. Μη έχοντας κανένα αίσθημα χαράς ως προς την εργασία τους, γίνονται αντιπαραγωγικοί. Δηλαδή, δεν θέλουν να εργαστούν είτε επειδή δεν έχουν όρεξη, είτε επειδή δεν έχουν την ίδια ενέργεια όπως στο παρελθόν ώστε να μπορέσουν να προσφέρουν.

Έτσι, μη μπορώντας να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους ασθενείς τους, νιώθουν εγκλωβισμένοι λόγω της δουλειάς τους και την θεωρούν ως αναπόφευκτο κακό.

Συνέπεια όλων των παραπάνω είναι να αδυνατούν να δημιουργήσουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με άτομα που πέρα από την επιστημονική τους υποστήριξη χρειάζονται και την συναισθηματική. Κρατούν, δηλαδή, απόσταση ασφαλείας από τα άτομα τα οποία θεωρούν ως πηγή της εξάντλησής τους και κατ' επέκταση της δυσμενούς κατάστασης που βιώνουν.

4.5 Διαπροσωπικές συνέπειες

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζουν επίσης και τις προσωπικές σχέσεις του επαγγελματία υγείας με τα άτομα που είναι σημαντικά για τον ίδιο, όπως φίλους, συνεργάτες και μέλη της οικογένειάς του.

Μεταφέροντας τα προβλήματα, τα άγχη και τις αγωνίες της δουλειάς του στο σπίτι δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις του με την οικογένειά του. Πολλές φορές δεν ευχαριστιέται την παρουσία τους, αφού ο χρόνος που έχει στην διάθεσή του ο επαγγελματίας για την οικογένειά του είναι πολύ περιορισμένος, οπότε αρκείται στα απολύτως απαραίτητα. Συμβαίνει όμως και το αντίστροφο πολλές φορές, δηλαδή, αν ο επαγγελματίας υγείας αντιμετωπίζει κάποιο προσωπικό ή οικογενειακό πρόβλημα, αυτόματα αυτό τον επηρεάζει και στο χώρο εργασίας, διογκώνοντας πολλές φορές τα προβλήματα που προκύπτουν.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι σημαντικότερες επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

<u>Σωματικά</u>	<u>Ψυχολογικά</u>	<u>Συμπεριφορικά</u>
Σωματική εξάντληση/ Κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/ έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/ απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία/ παραίτηση
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιασμού
Γαστρεντερικά προβλήματα/έλκος	Χαμηλό «ηθικό»/ αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ Ευερεθιστικότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρες	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	
	Αισθήματα αδυναμίας	
	Καχυποψία	
	Αισθήματα ενοχής/αποτυχίας	
	Κατάθλιψη	
	Αποξένωση	
	Αυξημένη ανησυχία	
	Υπερβολική αυτοπεποίθηση/λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων	
	Αποτελμάτωση	
Προσαρμογή από το Don Unger, "Superintendent Burnout: Myth or Reality" (1980)		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

5.1 Εισαγωγή

Υπάρχει η πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να είναι ανεπηρέαστος με τον πόνο των ασθενών/πελατών του που έχει υπό την εποπτεία του, αφού ασκεί με αυτοθυσία ένα «λειτουργήμα», καθώς επίσης και να μην έχει προσωπικές ανάγκες. Κάτι τέτοιο όμως τον κάνει ενδεχομένως να νιώθει παντοδύναμο και ιδιαίτερα ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Το παραπάνω αποτελεί μια πεποίθηση που θα πρέπει να αμφισβητηθεί, προκειμένου να επιτευχθεί η πρόληψη και η αντιμετώπιση του συνδρόμου.

Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να φροντίσει τον εαυτό του πρώτα, ώστε να μπορέσει έπειτα να βοηθήσει τους ασθενείς/πελάτες. Ερχόμενος καθημερινά αντιμέτωπος με τον πόνο, την αρρώστια και τον θάνατο καθίσταται ευάλωτος.

Υπάρχει πιθανότητα η επαγγελματική εξουθένωση να μην μπορεί να αποφευχθεί εντελώς, αλλά με την κατάλληλη παρέμβαση να προληφθεί η περαιτέρω αύξησή της (Παπαδάτος & Αναγνωστόπουλος, 1986).

Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης διακρίνονται σε δυο επίπεδα:

- Ατομικά
- Οργανωτικά-διοικητικά

Σε ατομικό επίπεδο, οι παρεμβάσεις είναι στην ευθύνη του εργαζόμενου, ενώ σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο την ευθύνη φέρει η Διοίκηση ενός Νοσοκομείου και μιας Μονάδας/Τμήματος. Όταν η Διοίκηση ενδιαφέρεται για τους εργαζόμενούς της, προσπαθεί και πετυχαίνει να βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας. Με την επίτευξη αυτού, οι ασθενείς λαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, αφού οι επαγγελματίες υγείας αντλούν ικανοποίηση από την δουλειά τους.

5.2 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

I. Η έγκαιρη ανάγνωση των συμπτωμάτων

Κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός, οπότε έχει και διαφορετικό τρόπο να αντιμετωπίσει την επαγγελματική εξουθένωση που δημιουργείται από την εργασία του. Κάποιοι αποδεικνύονται περισσότερο αποτελεσματικοί σε σχέση με άλλους και κάποιοι άλλοι τελείως αναποτελεσματικοί.

Για να αντιμετωπίσει κανείς την επαγγελματική εξουθένωση, το πρώτο και ουσιαστικότερο βήμα είναι να αναγνωρίσει την ύπαρξή της. Μεγάλη πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας καταφέρνουν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα στα τελευταία στάδια του συνδρόμου, όταν έχουν ήδη εκδηλωθεί σημαντικές σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές (Ψυχαργός Β΄Φάση, 2005).

«Δεν νιώθω καλάτο σώμα μου με πονάειδεν κοιμάμαι τις νύχτεςδεν μπορώ να σηκωθώ το πρωί νιώθω εξαντλημένος/η , χωρίς να καταβάλω ιδιαίτερη ενέργεια, είμαι διαρκώς κρυωμένος/η..... και το κυριότερο είναι ότι έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για την δουλειά και την ευαισθησία μου για τους αρρώστους.....»

Τέτοιες ενδείξεις συνήθως αγνοούνται από τον εργαζόμενο, ο οποίος πιστεύει ότι δεν είναι «αρκετά άρρωστος» ή ότι «αντέχει» έτσι ώστε μόνος του να φροντίσει τον εαυτό του. Αποτέλεσμα αυτού είναι να αντιλαμβάνεται το πρόβλημα όταν ήδη βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, αυτό της απάθειας, ή όταν εμφανίζει οργανική διαταραχή.

Υπάρχουν και περιπτώσεις που ο επαγγελματίας υγείας θέλει να αποδείξει στους συναδέλφους του και στον εαυτό του ότι αντέχει την πίεση και τις απαιτήσεις της δουλειάς ή ότι μπορεί να επιτύχει τους υψηλούς προσωπικούς στόχους που έχει θέσει. Για να τα καταφέρει αυξάνει τους ρυθμούς της δουλειάς του, με αποτέλεσμα να αναλαμβάνει περισσότερες ευθύνες και να οδηγείται σε σωματική και συναισθηματική εξάντληση (Παπαδάτου & Αναγνώστου, 1986).

II. Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών

Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τις σχέσεις που έχει με τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους, τους αρρώστους που έχει υπό την επιμέλειά του, καθώς και τον εαυτό του.

Μη ρεαλιστικές και υψηλές προσδοκίες, όπως ότι οι άρρωστοι θα δέχονται τις οδηγίες του χωρίς καμία αμφισβήτηση, ότι πάντα θα του είναι ευγνώμονες αναγνωρίζοντας την προσφορά του και ότι σε κάθε περίπτωση, ανεξάρτητα από την

σοβαρότητα της κατάστασης, θα πρέπει να είναι αποτελεσματικός, τον κάνουν ευάλωτο και τον οδηγούν στην απογοήτευση.

Χρήζει ιδιαίτερης σημασίας για τους επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν τα προσωπικά κίνητρα που τους οδήγησαν στο να ασχοληθούν με το επάγγελμά τους, το οποίο συνδέεται με «άρρωστα» άτομα που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας και μεταχείρισης.

Αλτρουιστικά κίνητρα (π.χ. «θέλω να φροντίζω τους άλλους», «να προσφέρω στο κοινωνικό σύνολο», «να σώζω ζωές») μπορεί να εκδηλωθούν ως «εγωιστικά» κίνητρα στην προσπάθεια του ατόμου να ολοκληρωθεί και να πάρει προσωπική ικανοποίηση μέσα από την δουλειά του.

Υπάρχουν παραδείγματα όπου ο επαγγελματίας υγείας θέλει να ασκήσει επιρροή και έλεγχο σε δύσκολες καταστάσεις για την ζωή του ασθενούς, οι οποίες μπορεί να είναι ιδιαίτερα απειλητικές. Ακόμα, άλλα παραδείγματα στα οποία επιδιώκει οι ασθενείς του να τον έχουν ανάγκη, ώστε μέσω αυτών να ικανοποιήσει τις προσωπικές του ανάγκες και να νιώθει χρήσιμος.

Ο επαγγελματίας υγείας καταλήγει να βιώνει ένα αίσθημα ενοχής, απογοήτευσης, ματαίωσης και αποτυχίας κάνοντάς τον πιο επιρρεπή στην επαγγελματική εξουθένωση, όταν καταλαβαίνει ότι οι παρεμβάσεις του δεν απέτρεψαν τον κίνδυνο ή δεν είχαν τα αναμενόμενα θετικά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών του.

Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι οι στόχοι και οι προσωπικές ανάγκες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τον επαγγελματία υγείας και του προκαλούν ενδεχομένως χρόνιο στρες.

III. Αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης

Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να μπορεί να αξιολογήσει ποιες από αυτές μπορούν να βοηθήσουν να επιλύσει τα προβλήματα που δημιουργούνται στην εργασία του, καθώς και να ελέγξει τα συναισθήματά του.

Οι αλλαγές στην συμπεριφορά αποτελούν μια από τις σημαντικότερες στρατηγικές. Η τάση τους να εκφράζουν και να μοιράζονται τα συναισθήματά τους, καθώς και να είναι πιο διεκδικητικοί τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν το στρες που τους δημιουργεί η εργασία τους. Ακόμα, βελτιώνεται η επικοινωνία τους και η διαπραγματευτική τους συμπεριφορά απέναντι στους άλλους.

Μια άλλη στρατηγική είναι να ασχοληθεί με δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή του από τα καθημερινά προβλήματα της εργασίας του. Μπορεί για παράδειγμα

να ασκηθεί σωματικά ή να ασχοληθεί με κάποιο χόμπι ή κάτι άλλο που θα τον ξεκουράσει και θα του διώξει έστω και για λίγο τις αρνητικές σκέψεις.

Ο Taylor (1995) υποστηρίζει πως η καλύτερη άσκηση είναι η αεροβική, καθώς τονώνει ιδιαίτερα ζωτικά όργανα όπως οι πνεύμονες και η καρδιά.

Οι Travers & Cooper (1996) αναφέρουν πως η άσκηση είναι ευεργετική, καθώς διαλύει με φυσικό τρόπο ορμόνες, γλυκόζη και υγρά που συνήθως θα ελκύνονταν στην αντίδραση στο στρες.

Τεχνικές χαλάρωσης όπως η γιόγκα, ο διαλογισμός και η μουσικοθεραπεία μπορούν να αποτελέσουν μια ακόμα στρατηγική αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι τεχνικές αυτές μπορούν να βοηθήσουν στην μείωση των σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων.

Ο Wetherall (2002) αναφέρει πως οι τεχνικές χαλάρωσης μειώνουν την αρτηριακή πίεση, τους στομαχικούς και μυοσκελετικούς πόνους, καθώς και τις τιμές της χοληστερίνης, βελτιώνοντας έτσι την ανθρώπινη φυσιολογία.

Για να έχουν αποτέλεσμα οι τεχνικές αυτές είναι σημαντικό να εφαρμόζονται συχνά και με την σωστή μέθοδο. Για παράδειγμα, η σωστή τεχνική της αναπνοής και ο έλεγχος αυτής βοηθάει στην διατήρηση του ελέγχου του σώματος, μειώνει την ένταση των μυών, αλλά και την ψυχολογική και σωματική ένταση.

Και η μουσικοθεραπεία, σύμφωνα με τον Ragland DR. (1997), βοηθάει στην καταπολέμηση του άγχους, ασκώντας θετική επιρροή, βοηθώντας το άτομο να χαλαρώσει. Η νευρικότητα, η ένταση, η στεναχώρια, ακόμα και η κατάθλιψη μπορούν να αντιμετωπιστούν με σωστά επιλεγμένη μουσική για το σκοπό αυτό.

IV. Η αναζήτηση υποστήριξης

Μπορεί να αναζητηθεί από συνεργάτες, φίλους, αλλά και από ψυχολόγους ειδικευμένους στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι πολύ σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να μοιράζονται τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς και να έχουν ένα στήριγμα για τις δύσκολες στιγμές.

Παρόλο που συχνά παρέχουν υποστήριξη στους ασθενείς τους, θεωρούν ότι οι ίδιοι δεν την χρειάζονται είτε γιατί αυτό δείχνει αδυναμία είτε γιατί πιστεύουν ότι πρέπει να αντιμετωπίσουν μόνοι τους την κατάσταση.

Για να μπορέσει ο επαγγελματίας υγείας να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις στρεσογόνες συνθήκες που βιώνει, θα πρέπει η υποστήριξη να λειτουργεί θεραπευτικά και προστατευτικά.

Εκτός από την ποιότητα και την συχνότητα της υποστήριξης, είναι σημαντικό ο επαγγελματίας να μην έχει ένα μόνο υποστηρικτικό δίκτυο. Αν διαθέτει ένα υποστηρικτικό δίκτυο σε κάθε χώρο που κινείται, καθώς και χρόνο για να ασχοληθεί με μια δραστηριότητα, τότε μπορεί να πετύχει συναισθηματική εκφόρτιση και πιο ήπια μετάβαση από την εργασία του στο χώρο του σπιτιού. Επίσης θα πρέπει να γνωρίζει πως δεν αποτελεί ρεαλιστική πραγματικότητα κάτι που συμβαίνει στο χώρο εργασίας, να μην επηρεάζει την προσωπική του ζωή και αντίστροφα.

V. Αποτελεσματική Διαχείριση του χρόνου

Αν οι επαγγελματίες υγείας επένδυναν περισσότερο στην διαχείριση του εργασιακού τους χρόνου, τότε ενδεχομένως θα πετύχαιναν καλύτερο έλεγχο της ζωής τους. Θα είχαν περισσότερο χρόνο στην διάθεσή τους να ασχοληθούν με πιο σημαντικές ασχολίες, πετυχαίνοντας βελτίωση της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας και εξοικονόμηση χρόνου για προσωπική τους χρήση.

Οι Jaffe & Scott (1984) επισημαίνουν πως η κατανομή του χρόνου και της ενέργειας στους τέσσερις τομείς της ζωής ενός ανθρώπου είναι οι εξής:

- Εργασία
- Σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους
- Σχέση με τον εαυτό του
- Διασκέδαση

Οι Sutherland & Cooper (2003) αναφέρουν πως η διαχείριση και ο έλεγχος του χρόνου μπορούν να γίνουν με τις παρακάτω ενέργειες:

1. Θέσπιση στόχων
2. Σχεδιασμός εργασίας
3. Καθορισμός προτεραιοτήτων
4. Σχεδιασμός του χρόνου
5. Ανάθεση εργασιών

Έτσι, θα μπορέσουν να πετύχουν την ισορροπία που χρειάζονται μεταξύ των επαγγελματικών τους στόχων και αξιών που είναι σημαντικές για τους ίδιους, θέτοντας ρεαλιστικές προσδοκίες και στόχους, χρησιμοποιώντας τον χρόνο τους περισσότερο δημιουργικά.

VI. Η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης

Μέσω αυτών, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να πετύχει την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και να αντιμετωπίσει τις δυσάρεστες επιπτώσεις αυτής.

VII. Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας

Ο επαγγελματίας υγείας, έχοντας αποφασίσει για την τοποθέτησή του στο χώρο εργασίας, νιώθει ότι έχει τον προσωπικό έλεγχο των πράξεών του.

Η αλλαγή χώρου θα πρέπει να μην αποτελεί αντίδραση φυγής ή παρορμητική απόφαση, αλλά μέσω αυτογνωσίας ο επαγγελματίας υγείας να διαπιστώνει τις πραγματικές του ανάγκες. Αλλιώς, μπορεί να οδηγηθεί στην επαγγελματική εξουθένωση, αν στο νέο τμήμα που θα τοποθετηθεί δεν διαφοροποιήσει απόψεις, προσδοκίες, αντιλήψεις, στόχους και συμπεριφορές.

5.3 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο

I. Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση

Ανάλογα με το χώρο εργασίας θα πρέπει να προσλαμβάνεται και το κατάλληλο προσωπικό με σαφή κριτήρια, έτσι ώστε να καλύπτονται οι λειτουργικές ανάγκες της θέσης εργασίας.

Για την πρόληψη του επαγγελματία υγείας εκτός από τα τυπικά προσόντα (τίτλοι σπουδών) και πείρα, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες (προσωπικά κίνητρα, υποστηρικτικό δίκτυο, τρόπος αντιμετώπισης ασθενών με σοβαρά προβλήματα υγείας). Όλα αυτά επηρεάζουν την απόδοση του επαγγελματία στο χώρο εργασίας του. Αν ο ίδιος διαθέτει κίνητρα και ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο χώρο, τότε πετυχαίνει αύξηση της απόδοσής του και παροχή ποιοτικότερης φροντίδας στους ασθενείς/πελάτες.

II. Η απόφαση του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στην λήψη αποφάσεων

Μέσω αυτών πετυχαίνει να αυξήσει την υπευθυνότητα, τον αυτοέλεγχο και την ανθεκτικότητά του σε στρεσογόνες καταστάσεις που συναντά στο χώρο εργασίας του. Όλα αυτά είναι πιο εύκολο να εφαρμοστούν όταν υπάρχει δημοκρατική διοίκηση.

III. Δημοκρατική διοίκηση

Όταν το Τμήμα διοικείται δημοκρατικά, επιτυγχάνεται πρόληψη αλλά και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επίσης, δημιουργούνται σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, συνεργασίας μεταξύ των μελών του προσωπικού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του καθενός και αναλαμβάνονται

πρωτοβουλίες και ευθύνες με βάση συγκεκριμένους κανόνες, ώστε να επιτευχθεί η σωστή λειτουργία του Τμήματος.

Ο προϊστάμενος επιδιώκει να καλλιεργεί ένα κλίμα αλληλεξάρτησης, υποστήριξης και συνεργασίας. Προσπαθεί να κατευνάζει τους ανταγωνισμούς που δημιουργούνται, καθώς και να περιορίζει τις επιδιώξεις για προσωπική προβολή ορισμένων μελών του Τμήματος που έχουν ως απώτερο και αποκλειστικό σκοπό την προσωπική ανάδειξη. Εκτός από τον ηγετικό ρόλο που οφείλει να έχει ο προϊστάμενος, συζητά τα προβλήματα που προκύπτουν στην εργασία και από κοινού με τους εργαζόμενους βρίσκουν τρόπους να επιλύσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Δείχνει ενδιαφέρον για τις διαφορετικές γνώμες, εμπειρίες και απόψεις των εργαζομένων.

Αντίθετα, σε τμήματα με αυταρχική και άκαμπτη διοίκηση οι επαγγελματίες υγείας είναι πιο επιρρεπείς στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η διοίκηση αυτή χαρακτηρίζεται από αυστηρούς κανόνες, οι οποίοι δεν επιτρέπουν στους επαγγελματίες υγείας τις πρωτοβουλίες, την δημιουργικότητα, αλλά και την ελεύθερη έκφραση της προσωπικής άποψης. Δίνεται έμφαση μόνο στην επιτυχία και στους στόχους, ενώ λάθη και παραλείψεις κρίνονται αυστηρά.

Ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση είναι και οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε τμήματα που υπάρχει έλλειψη διοίκησης και ουσιαστικής συνεργασίας. Συνήθως, σε αυτές τις περιπτώσεις ο προϊστάμενος δεν διαθέτει τις απαραίτητες οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες που απαιτούνται ή απλά αδιαφορεί (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

IV. Η πολυμορφία στην εργασία

Η πολυμορφία είναι αναγκαία για τμήματα όπου οι επαγγελματίες υγείας έχουν να επιληφθούν με σοβαρά περιστατικά, που πολλές φορές είναι μη ανατρέψιμα. Βιώνουν έντονο στρες, επηρεάζονται ψυχολογικά και νιώθουν έντονα παγιδευμένοι από τα καθήκοντά τους, εξαιτίας του βαρύ κλίματος που υπάρχει στο χώρο εργασίας τους.

Αν οι εργαζόμενοι ασχοληθούν με ερευνητικά προγράμματα, επιμορφωτικά σεμινάρια, με ελαφριά περιστατικά ασθενών, ακόμα και γραφειοκρατικές ευθύνες, θα νιώσουν ψυχική αναζωογόνηση και θα έχουν λιγότερες πιθανότητες να βιώσουν την εξουθένωση.

V. Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών»

Δίνουν την δυνατότητα στον επαγγελματία υγείας να απομακρυνθεί για λίγο από την εργασία του, για να μπορέσει να αποσυμφωρηθεί ψυχολογικά και σωματικά, πριν εκδηλώσει ή όταν εμφανίσει τις πρώτες ενδείξεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

VI. *Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης*

Αποτελεί κίνητρο για τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να μην ασκούν μηχανικά τα καθήκοντά τους με την πάροδο του χρόνου. Δίνει στους εργαζόμενους την αίσθηση της ανανέωσης και της ικανοποίησης.

VII. *Η συμβουλευτική εποπτεία*

Ο επαγγελματίας υγείας με την βοήθεια και την υποστήριξη ειδικού συμβούλου προσπαθεί να αναγνωρίσει και έπειτα να αξιολογήσει τα talέντα και τις ικανότητές του, ώστε να μπορέσει ο επαγγελματίας με δημιουργικό τρόπο να επιλύει τα προβλήματα που δημιουργούνται.

Ο σύμβουλος δεν βοηθάει ψυχολογικά τον επαγγελματία επειδή τον θεωρεί «προβληματικό» που χρήζει άμεσης θεραπείας. Απεναντίας, πιστεύει ότι αν συνεργαστούν μαζί, ο επαγγελματίας θα κατανοεί καλύτερα τις καταστάσεις που αντιμετωπίζει, ώστε να βρίσκει και ευκολότερα λύσεις. Άλλωστε, ο σύμβουλος θεωρεί τον επαγγελματία ικανό και υπεύθυνο (Steinberg, 1989).

VIII. *Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης*

Σε κάποιες περιπτώσεις που έχει εφαρμοστεί η λειτουργία ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης παρατηρήθηκε όχι μόνο μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και βελτίωση της ικανοποίησης από τις συνθήκες εργασίας.

Μέσω αυτών των ομάδων δίνεται η ευκαιρία στους επαγγελματίες υγείας:

- Να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στον χώρο εργασίας
- Να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, τον θάνατο και τη ζωή
- Να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων
- Να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις, που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους (Cox & Andrews, 1981)

Οι ομάδες αυτές αποσκοπούν στην μείωση της απομόνωσης που προκαλεί η επαγγελματική εξουθένωση.

Μέσω της μείωσης του άγχους και της αύξησης της αυτοεκτίμησης των εργαζομένων, ενισχύεται η επικοινωνία και η αλληλοϋποστήριξη μεταξύ τους. Έτσι, με τονωμένο το αίσθημα της εργασιακής ικανοποίησης και με καλύτερη ψυχική υγεία μεταξύ των εργαζομένων, τα προβλήματα που προκύπτουν επιλύονται ευκολότερα και με συνεργατικό τρόπο.

Αποδέκτες των ευεργετικών αποτελεσμάτων από τις ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης δεν είναι μόνο οι επαγγελματίες υγείας αλλά και οι ασθενείς/πελάτες τους, οι οποίοι λαμβάνουν ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης μπορούν να βρουν οι επαγγελματίες υγείας και σε εξωτερικά γραφεία παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών, που διαθέτουν κάποια νοσοκομεία σε χώρες του εξωτερικού (Murphy, 1999).

IX. Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης

Οι επαγγελματίες υγείας με την συνεχιζόμενη επιμόρφωση και κατάρτιση αποκτούν εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες. Μέσω αυτών μπορούν να κατανοήσουν τις ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών καθώς και των οικογενειών τους ώστε να μπορέσουν να επικοινωνήσουν και να τους υποστηρίξουν πιο αποτελεσματικά.

Προγράμματα που διοργανώνουν κάποιοι κλινικοί (Fischman, 1987; Kobasa, 1986) με στόχο την αύξηση του προσωπικού ελέγχου και την χρησιμοποίηση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν δίνουν έμφαση στους εξής τομείς:

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

Και άλλοι επιστήμονες (Ceslowitz, 1989; Lachman, 1983) προτείνουν την εκμάθηση τεχνικών αυτοελέγχου και επίλυσης προβλημάτων στο χώρο εργασίας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην φροντίδα που πρέπει να παρέχεται στον άρρωστο και στην οικογένειά του από τους επαγγελματίες υγείας. Σε αντίθετη περίπτωση ο επαγγελματίας θεωρεί τον άρρωστο ως ένα ακόμα περιστατικό που πρέπει μόνο να τον διατηρήσει στην ζωή, αγνοώντας την προσωπικότητά του, την ιδιοσυγκρασία του και τις ψυχικές του ανάγκες, ενώ η οικογένειά του τον δυσκολεύει στο έργο του.

X. Η διεπιστημονική συνεργασία

Η συνεργασία μεταξύ των μελών του προσωπικού υγείας (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών κ.λπ.) είναι αρκετά πολύπλοκη στην πράξη, παρόλο που φαίνεται εύκολη.

Κάθε ειδικός θα πρέπει να αναγνωρίζει και να κατανοεί τα όριά του και την συμβολή του, αλλά και τον τρόπο που θα χειριστεί κάθε περίπτωση.

Με τον όρο διεπιστημονική συνεργασία δεν νοείται η απλή κατανομή των υπηρεσιών ανάμεσα στο εξειδικευμένο προσωπικό. Ο καταμερισμός των ρόλων πρέπει να γίνεται με προγραμματισμό και εξατομίκευση, ώστε να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες της οικογένειας. Μέσω της διεπιστημονικής συνεργασίας του προσωπικού δημιουργείται ένα κλίμα σιγουριάς στον ασθενή και στην οικογένειά του, αφού βρίσκονται ανάμεσα σε ειδικούς που μπορούν να τους φροντίσουν.

Συμπερασματικά, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει πρώτα να «μάθει» να φροντίζει τον εαυτό του, ώστε να μπορέσει μετέπειτα να φροντίσει τους ασθενείς/πελάτες του. Οφείλει να θυμάται ότι κανένας δεν είναι «παντοδύναμος» (Bennett, 1987). Οπότε καλείται να αναγνωρίσει τα όριά του, αλλά και τις δυνάμεις και τις αδυναμίες του, ώστε να είναι αποτελεσματικός με αυτούς που τον έχουν ανάγκη.

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Χαρακτηριστικά του ερευνόμενου Νοσοκομείου

Το Νοσοκομείο Ατυχημάτων και Αποκατάστασης Τραυμάτων και Αναπήρων «Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» ιδρύθηκε με το 14/18.8.52 ΒΔ «περί εγκρίσεως συστάσεων Ιδρύματος Αποκαταστάσεως Αναπήρων «Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» (ΦΕΚ 227/Α/52) και έχει υπαχθεί στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως» (ΦΕΚ 254/Α/53) με το Π.Δ. 304/5.8.83.

Το Νοσοκομείο αυτό ορίζεται ως Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο με κύρια κατεύθυνση την Τραυματολογία και Ορθοπαιδική και μετονομάζεται σε ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ». Βρίσκεται στην οδό Νίκης 2 στην Κηφισιά στο ύψος της Σχολής Αναβρύτων.

Όπως αναφέρεται στο Άρθρο 3 (ΦΕΚ 19Β 15/01/1987), σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

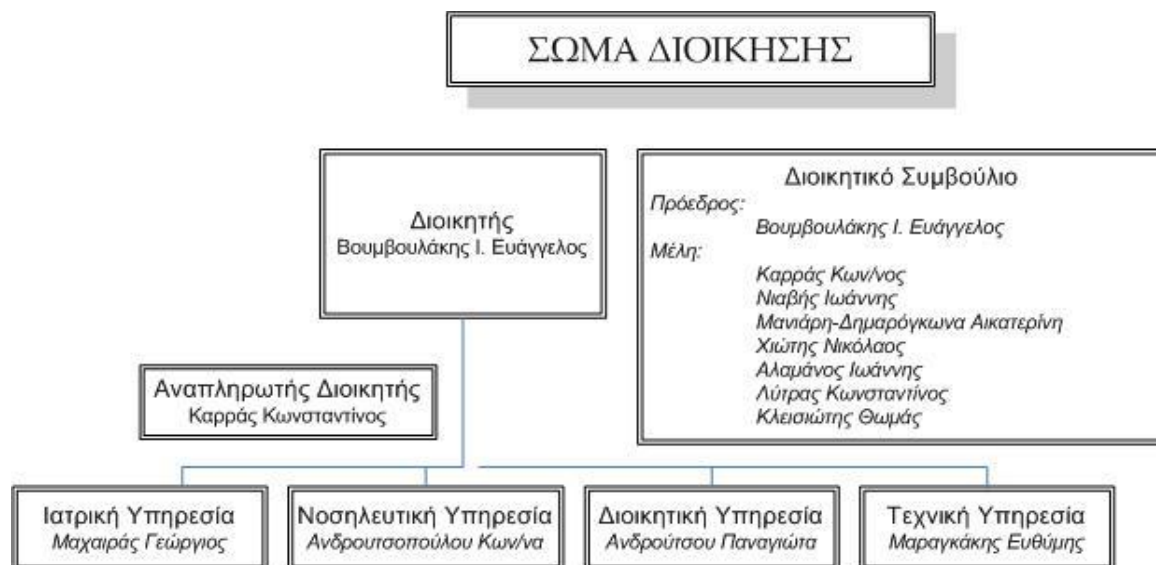
1. Η παροχή στο πλαίσιο και στην έκταση της Ιατρικής του Υπηρεσίας, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, ισότιμα για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
2. Η ανάπτυξη και προαγωγή της Ιατρικής Έρευνας.
3. Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργιών άλλων κλάδων Υγείας.

Σήμερα, το «ΚΑΤ» στελεχώνεται από ένα άρτιο καταρτισμένο επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό 1800 ατόμων, διαφόρων βαθμίδων και ειδικοτήτων. Οι 400 γιατροί του Νοσοκομείου βρίσκονται πάντα στο πλευρό του ασθενή, έτοιμοι να του προσφέρουν τόσο ιατρική περίθαλψη όσο και φροντίδα. Την ιατρική ομάδα πλαισιώνουν ακόμα 1400 επιπλέον άτομα που εντάσσονται στο επιστημονικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό του Νοσοκομείου.

<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?langID=1&pagecode=01>

Αναλυτικά το συγκεκριμένο Νοσοκομείο σύμφωνα με τα οργανογράμματα διαρθρώνεται ως εξής:

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



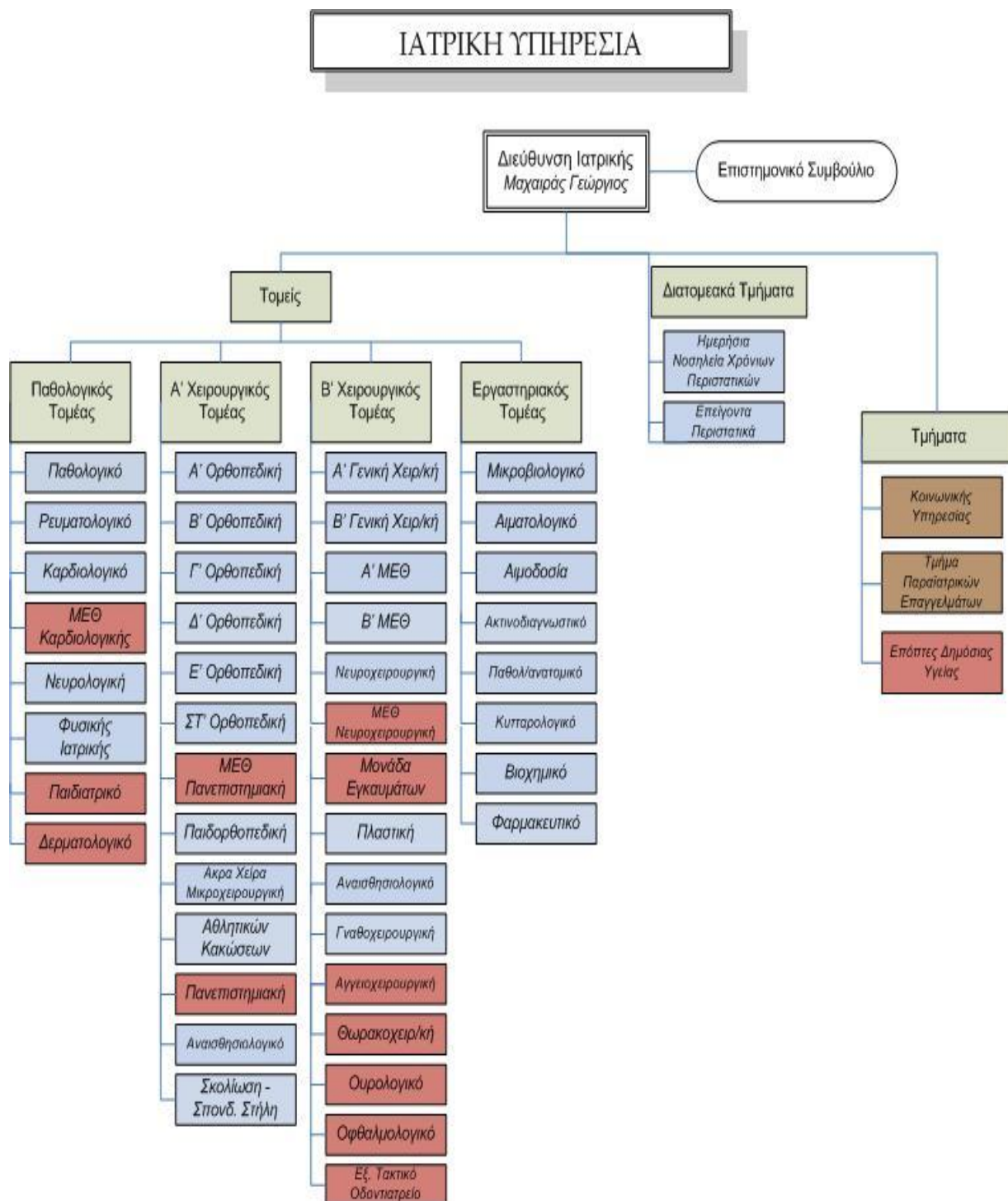
(<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.06.01&langid=1>)

ΓΡΑΦΗΜΑ 3



(<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.06.03&langid=1>)

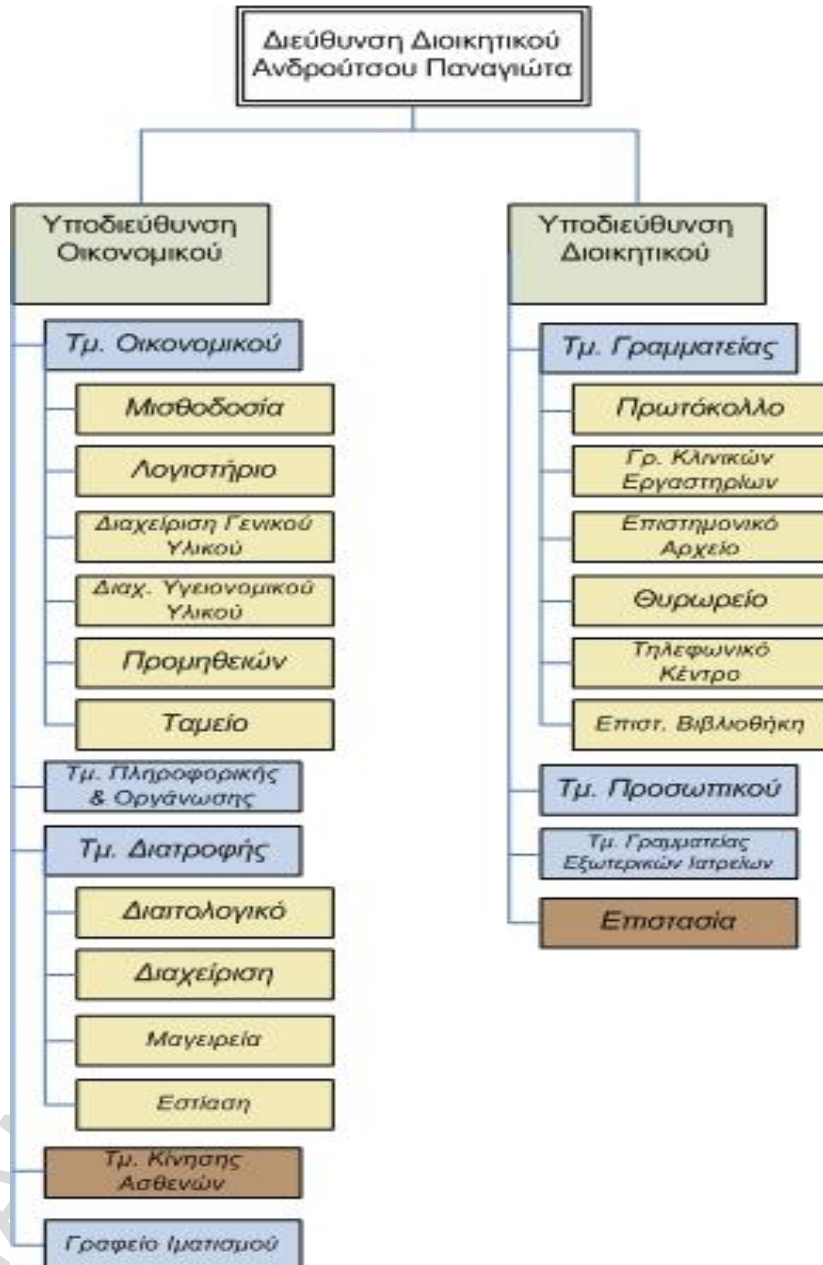
ΓΡΑΦΗΜΑ 4



(<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.06.02&langid=1>)

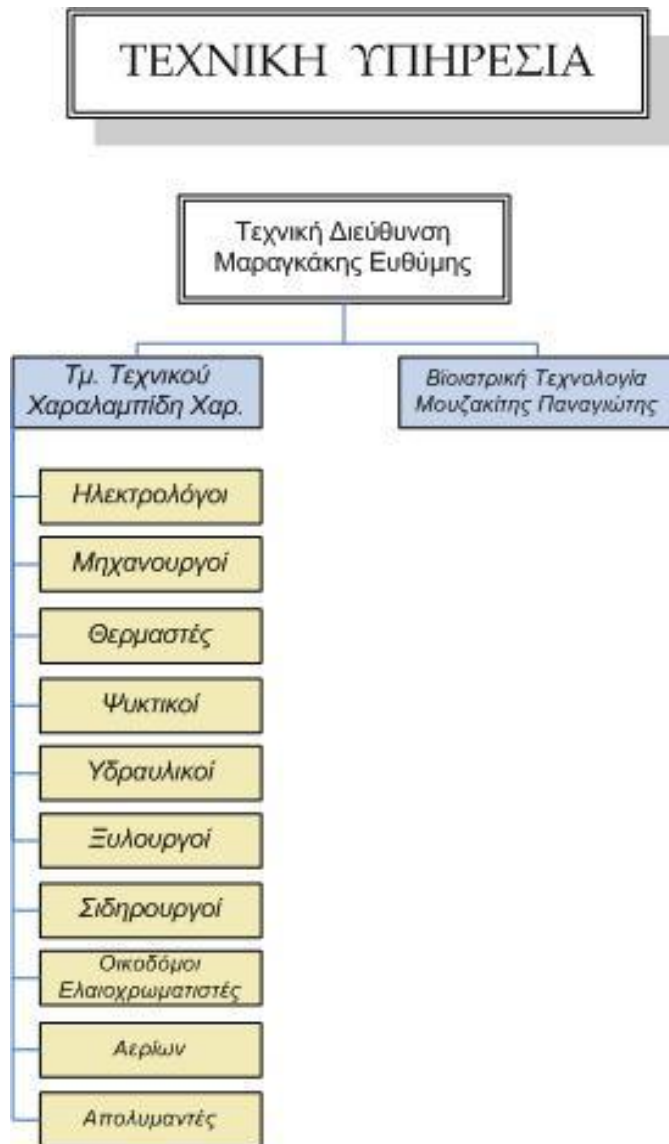
ΓΡΑΦΗΜΑ 5

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ



<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.06.04&langid=1>

ΓΡΑΦΗΜΑ 6



<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.06.05&langid=1>

6.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί ο βαθμός εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των εργαζομένων (ιατρών, νοσηλευτών, διοικητικού προσωπικού, τεχνικού προσωπικού, βοηθητικού και λοιπού προσωπικού) στο ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ» με στόχο να συμβάλει στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

1. Η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους παραπάνω εργαζόμενους σε σχέση με ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, την προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο, την κατηγορία προσωπικού, τη σχέση εργασίας, το ωράριο εργασίας και το τμήμα ή κλινική εργασίας.
2. Η αξιολόγηση συγκεκριμένων εργασιακών και διοικητικών παραγόντων που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση.
3. Η εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων που είναι αναγκαίες για την στήριξη του προσωπικού και την πρόληψη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

6.3 Το δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό, επιστημονικό προσωπικό, παραϊατρικό προσωπικό και βοηθητικό-τεχνικό προσωπικό) του ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ».

Ο αριθμός των εργαζομένων που πήραν μέρος στην έρευνα ανήλθε στα 156 άτομα, τα οποία επιλέχθηκαν τυχαία και άνηκαν σε όλα σχεδόν τα τμήματα και τις κλινικές του Νοσοκομείου.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο χώρο εργασίας, αφού προηγουμένως χορηγήθηκε έγγραφη άδεια από το Επιστημονικό και Διοικητικό συμβούλιο του Νοσοκομείου και ενημερώθηκαν σχετικά οι διευθυντές ή οι προϊστάμενοι των τμημάτων.

Η διανομή και η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε σε διάστημα δυο μηνών από 1/6/2013 μέχρι και 31/7/2013.

6.4 Η μέθοδος της έρευνας

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των στοιχείων είναι η κατ' ιδίαν συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου για την αποφυγή οποιωνδήποτε παραλείψεων, καθώς και για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους εργαζόμενους ξεχωριστά στον καθένα. Πριν από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων προηγήθηκε συνεργασία με το προσωπικό του Νοσοκομείου, όπου ενημερώθηκαν για το σκοπό και τους στόχους της έρευνας, διευκρινίστηκαν οι οδηγίες συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και απαντήθηκαν οι ερωτήσεις που διατυπώθηκαν.

Αρχικά μοιράστηκαν 175 ερωτηματολόγια σε:

- Διοικητικούς υπάλληλους
- Γιατρούς
- Νοσηλευτές
- Παραϊατρικό προσωπικό
- Επιστημονικό προσωπικό
- Βοηθητικό προσωπικό
- Τεχνικό προσωπικό

Οι περιπτώσεις άρνησης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από την αρχή ήταν ελάχιστες, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις η αποχή οφείλεται κυρίως στην αμέλεια από την πλευρά των ερωτώμενων να συμπληρώσουν και να παραδώσουν το ερωτηματολόγιο μέσα στο καθορισμένο χρονικό διάστημα που τους είχε οριστεί. Επίσης, η έλλειψη χρόνου υπήρξε μια από τις δικαιολογίες για τη μη επιστροφή του ερωτηματολογίου. Τελικά, επιστράφηκαν πλήρως συμπληρωμένα 156 ερωτηματολόγια.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τα εξής τμήματα:

Α' Τμήμα: Περιλαμβάνει γενικές πληροφορίες, που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος όπως φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο, κατηγορία προσωπικού, σχέση εργασίας, ωράριο εργασίας και τμήμα ή κλινική στο οποίο εργάζεται.

Β' Τμήμα: Περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory – MBI, 1986) που εξετάζει τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης:

1. Τη συναισθηματική εξάντληση
2. Την αποπροσωποποίηση
3. Την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων

Στην συναισθηματική εξάντληση αντιστοιχούν 9 ερωτήσεις (1,2,3,6,8,13,14,16 και 20), στην αποπροσωποποίηση 5 ερωτήσεις (5,10,11,15 και 22) και στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων 8 ερωτήσεις (4,7,9,12,17,18,19 και 21).

Υψηλές τιμές στις κλίμακες της συναισθηματικής εξάντληση και αποπροσωποποίησης και χαμηλές τιμές στις κλίμακες των προσωπικών επιτευγμάτων δηλώνουν αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Όταν οι τρεις κλίμακες έχουν μέτριες τιμές, τότε έχουμε μέτρια επαγγελματική εξουθένωση. Τέλος, όταν οι τιμές στις κλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης είναι χαμηλές, ενώ στις κλίμακες προσωπικών επιτευγμάτων είναι υψηλές, παρατηρείται χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση.

Οι απαντήσεις που μπορεί να δώσει κάποιος είναι:

- 0 «ποτέ»
- 1 «λίγες φορές το χρόνο»
- 2 «μηνιαία»
- 3 «μια φορά την εβδομάδα»
- 4 «αρκετές φορές την εβδομάδα»
- 5 «κάθε μέρα»

Γ' Τμήμα: Περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις για τη διερεύνηση των εργασιακών συνθηκών και παραγόντων που ενδεχομένως συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους του Νοσοκομείου.

Οι 7 πρώτες ερωτήσεις αφορούν στους εργασιακούς παράγοντες όπως:

- Συνθήκες εργασίας
- Εργασιακό άγχος
- Οι συγκρούσεις
- Το κύρος και την ικανοποίηση από την εργασία

Οι υπόλοιπες 6 ερωτήσεις σχετίζονται με την διοίκηση-management του Νοσοκομείου

- Αποτελεσματικότητα της Διοίκησης
- Ύπαρξη κινήτρων-αμοιβών

- Εκπλήρωση των στόχων των εργαζομένων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά της έρευνας

Στο τμήμα αυτό θα παραταθούν πίνακες και διαγράμματα με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Θα μπορέσουμε έτσι να αποκτήσουμε μια πρώτη εικόνα για τους ερωτηθέντες, καθώς και να εντοπίσουμε τα χαρακτηριστικά τους.

ΦΥΛΟ

Η πρώτη μεταβλητή αναφέρεται στο φύλο των εργαζομένων του νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο παρακάτω πίνακα:

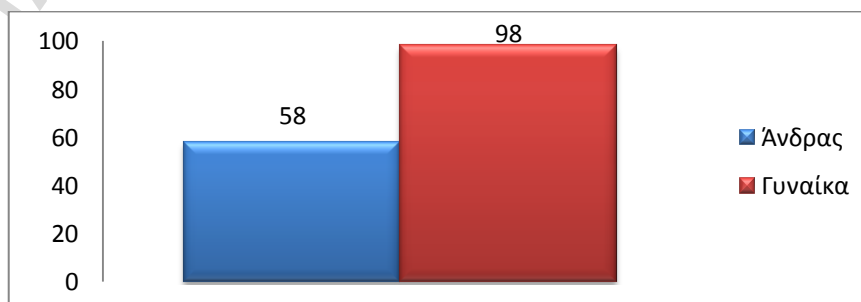
ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Κατανομή ατόμων ανά φύλο

Φύλο	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Άνδρας	58	37,2	37,2
Γυναίκα	98	62,8	100,0
Σύνολο	156	100,0	

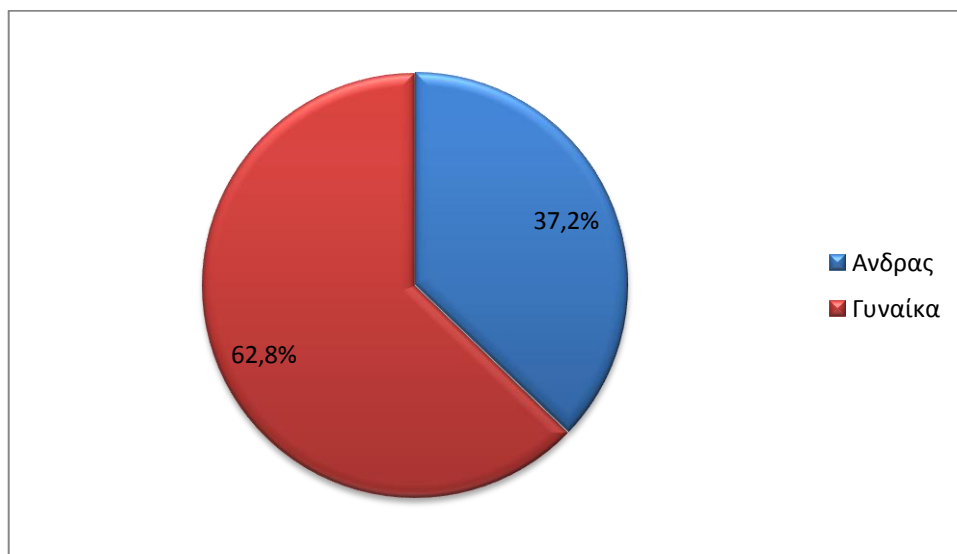
ΓΡΑΦΗΜΑ 7

Αριθμός ατόμων ανά φύλο



ΓΡΑΦΗΜΑ 8

Ποσοστό ατόμων ανά φύλο



Από τον παραπάνω πίνακα των αποτελεσμάτων, καθώς και από τα γραφήματα παρατηρούμε ότι το δείγμα μας αποτελείται από 58 άνδρες και 98 γυναίκες. Τα αντίστοιχα ποσοστά τους είναι 37,2% (άνδρες) και 62,8% (γυναίκες). Αντιλαμβανόμαστε επομένως, ότι οι γυναίκες υπερισχύουν έναντι των ανδρών.

ΗΛΙΚΙΑ

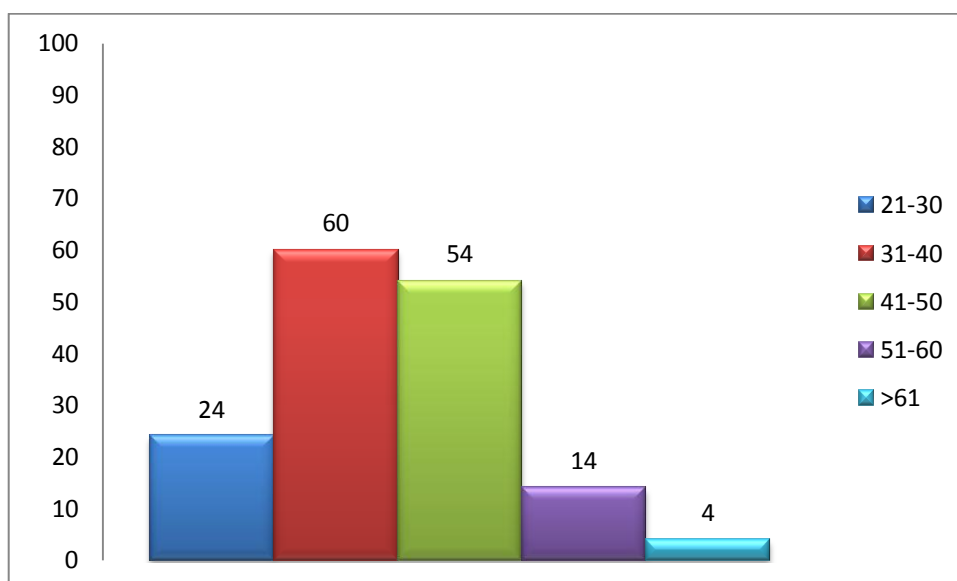
Η επόμενη μεταβλητή είναι η ηλικία των εργαζομένων του Νοσοκομείου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

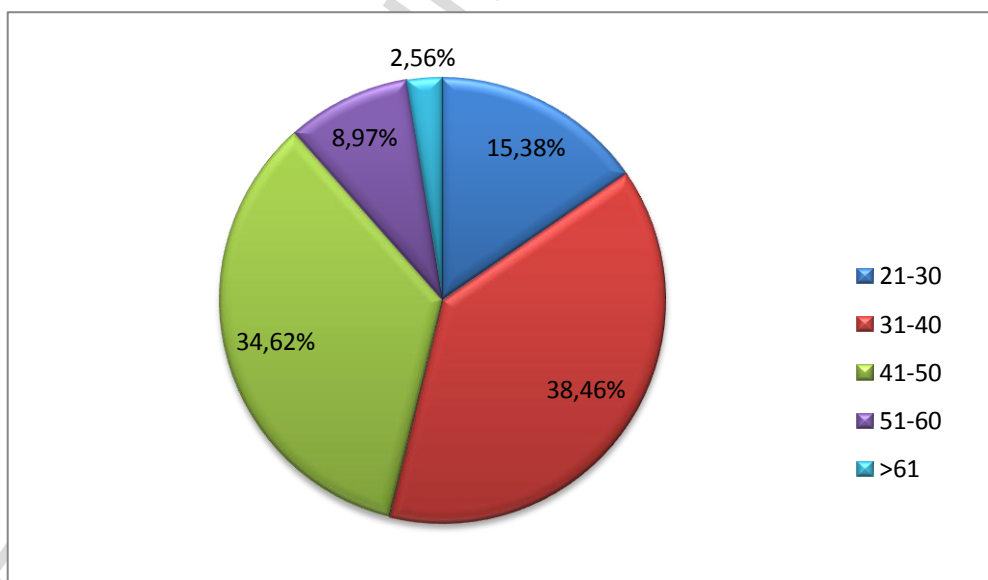
Κατανομή ατόμων ανά ηλικία

Ηλικία	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
21-30	24	15,4	15,4
31-40	60	38,46	53,8
41-50	54	34,62	88,5
51-60	14	8,97	97,4
>61	4	2,56	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 9
Αριθμός ατόμων ανά ηλικία



ΓΡΑΦΗΜΑ 10
Ποσοστό ατόμων ανά ηλικία



Από τα παραπάνω αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31-40 με ποσοστό 38,46%. Ακολουθούν με μικρή διαφορά 34,62% οι εργαζόμενοι μεταξύ 41-50 ετών. Επίσης με ποσοστό 15,38% η ηλικιακή ομάδα 21-30, καθώς και με 8,97% οι ηλικίες 51-60 ετών.

Μειοψηφία αποτελεί η ηλικιακή ομάδα 21-30 με ποσοστό 2,56%. Συμπεράνουμε, λοιπόν, ότι οι πλειοψηφία των εργαζομένων είναι 31-50 ετών.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Για την εκπαίδευση έχουμε τα παρακάτω αποτελέσματα:

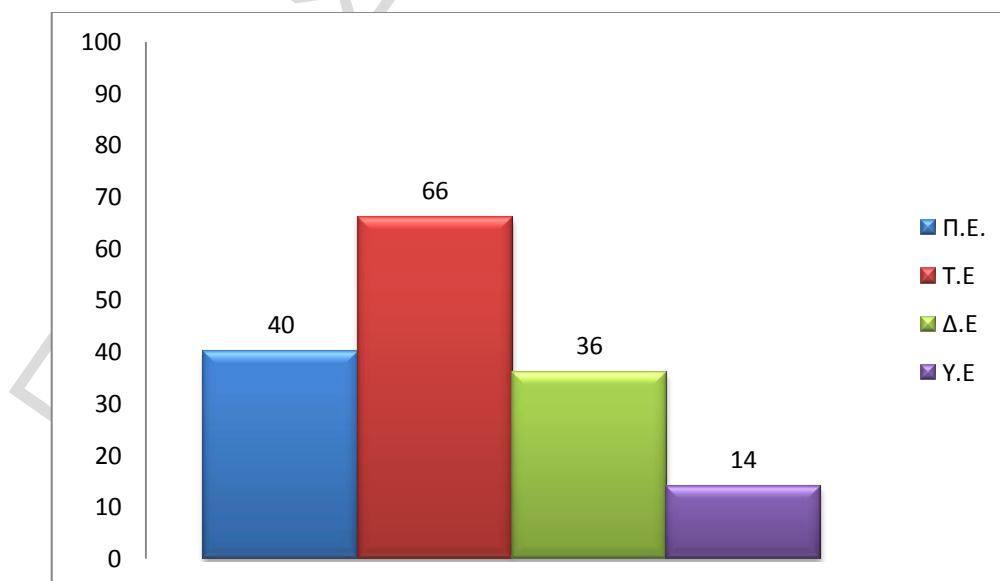
ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Κατανομή ατόμων ανά μορφωτικό επίπεδο

Μορφωτικό Επίπεδο	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Π.Ε.	40	25,6	25,6
Τ.Ε.	66	42,3	67,9
Δ.Ε.	36	23,1	91,0
Υ.Ε.	14	9,0	100,0
Σύνολο	156	100,0	

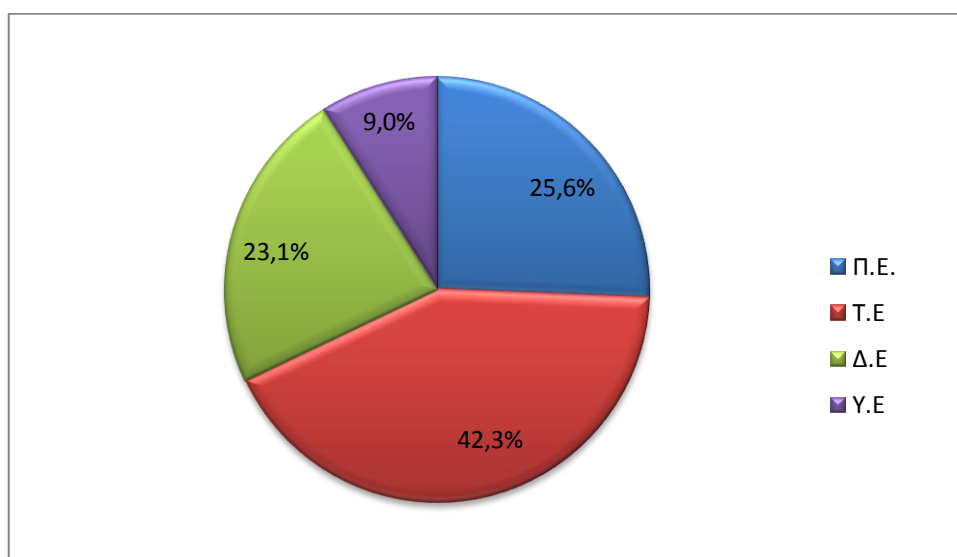
ΓΡΑΦΗΜΑ 11

Αριθμός ατόμων ανά μορφωτικό επίπεδο



ΓΡΑΦΗΜΑ12

Ποσοστό ατόμων ανά μορφωτικό επίπεδο



Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στην Τεχνολογική Εκπαίδευση με ποσοστό 42,3% (συχνότητα 66). Ακολουθούν πολύ κοντά τα ποσοστά 25,6% (συχνότητα 40) και 23,1% (συχνότητα 36) με Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση αντίστοιχα. Ένα μικρό ποσοστό επίσης 9,0% (συχνότητα 14) είναι Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Τα αποτελέσματα της οικογενειακής κατάστασης ακολουθούν παρακάτω:

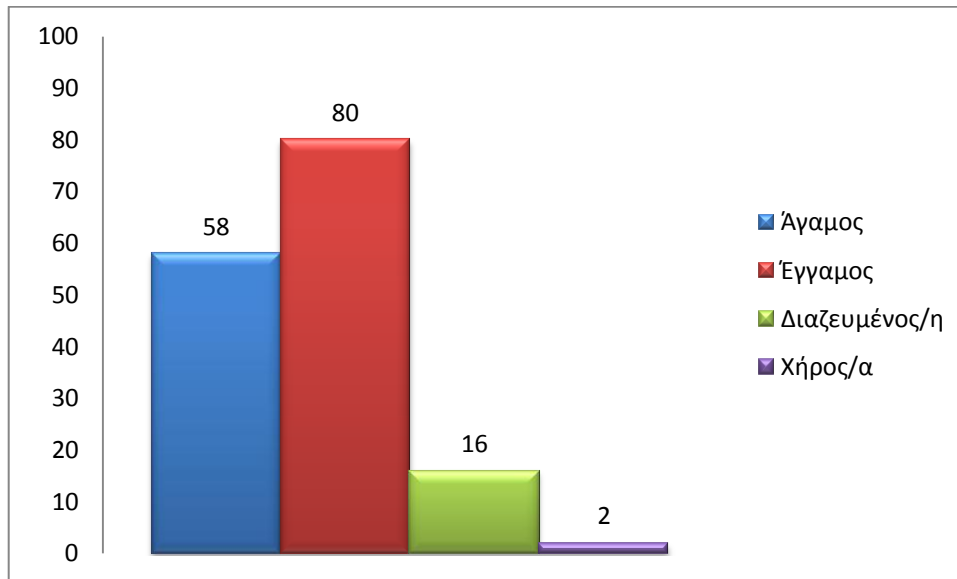
ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Κατανομή ατόμων ανά οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Άγαμος	58	37,18	37,18
Έγγαμος	80	51,28	88,46
Διαζευγμένος/η	16	10,26	98,72
Χήρος/α	2	1,28	100,00
Σύνολο	156	100,00	

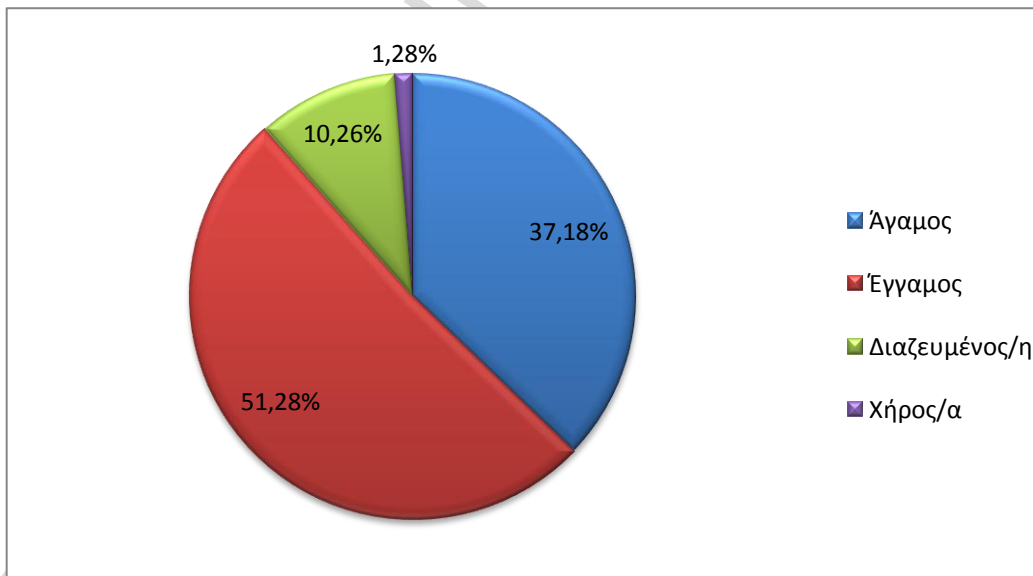
ΓΡΑΦΗΜΑ 13

Αριθμός ατόμων ανά οικογενειακή κατάσταση



ΓΡΑΦΗΜΑ 14

Ποσοστό ατόμων ανά οικογενειακή κατάσταση



Η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας είναι παντρεμένοι με ποσοστό 51,28%. Οι εργαζόμενοι που είναι άγαμοι είναι 58 (ποσοστό 37,18%) και οι διαζευγμένοι είναι 26 (ποσοστό 10,26%). Μόλις 2 από τα 156 άτομα βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας.

ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

Για την μεταβλητή προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο τα αποτελέσματα παραθέτονται παρακάτω.

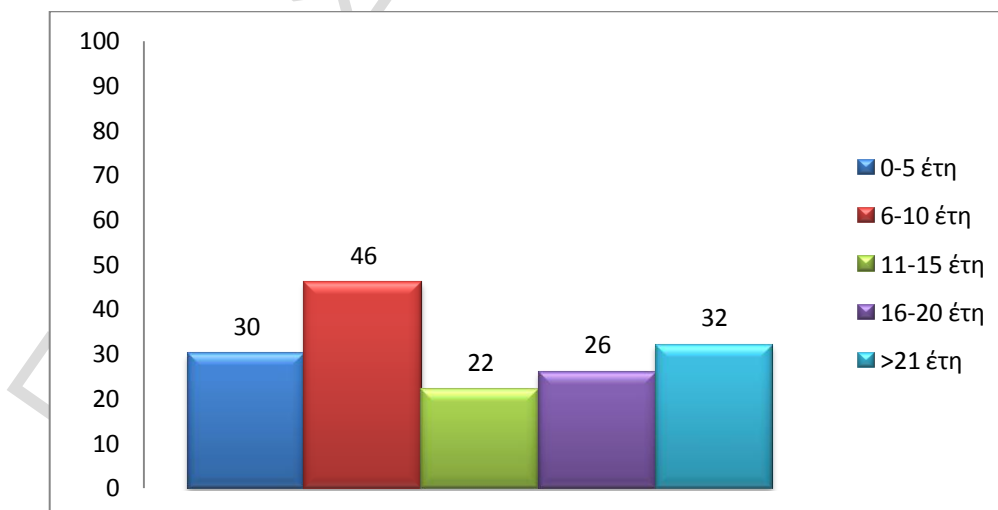
ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Κατανομή ατόμων ανά προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο

Προϋπηρεσία στο Νοσοκομειακό Χώρο	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
0-5 έτη	30	19,2	19,2
6-10 έτη	46	29,5	48,7
11-15 έτη	22	14,1	62,8
16-20 έτη	26	16,7	79,5
>21 έτη	32	20,5	100,0
Σύνολο	156	100,0	

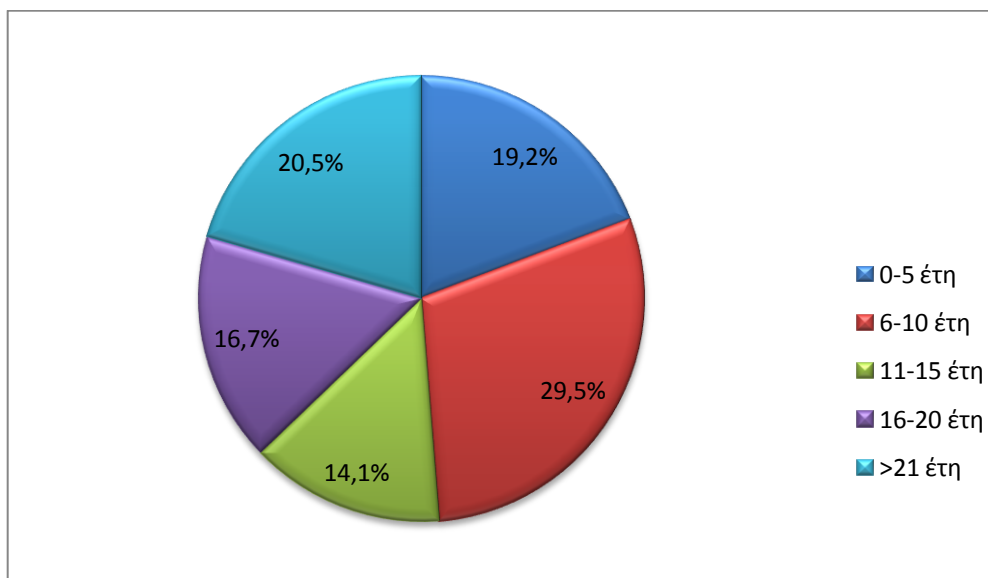
ΓΡΑΦΗΜΑ 15

Αριθμός ατόμων ανά προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο



ΓΡΑΦΗΜΑ 16

Ποσοστό ατόμων ανά προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο



Είναι εμφανές ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας έχουν 6-10 έτη προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο με ποσοστό 29,5%. Οι εργαζόμενοι άνω των 21 ετών είναι 32 (ποσοστό 20,5%) και ακολουθούν πολύ κοντά οι εργαζόμενοι με 0-5 έτη προϋπηρεσίας που είναι 30 (ποσοστό 19,2%). Οι εργαζόμενοι με 16-20 έτη προϋπηρεσίας εμφανίζουν ποσοστό 16,7% και οι επαγγελματίες με 11-15 έτη προϋπηρεσίας 14,1%.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Ακολουθούν τα αποτελέσματα της μεταβλητής κατηγορίας προσωπικού

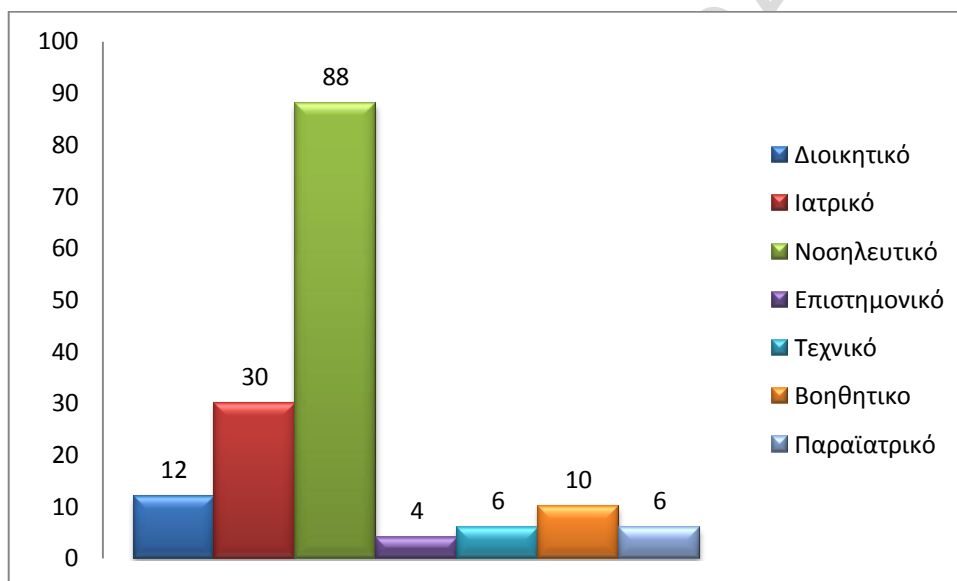
ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Κατανομή ατόμων ανά κατηγορία προσωπικού

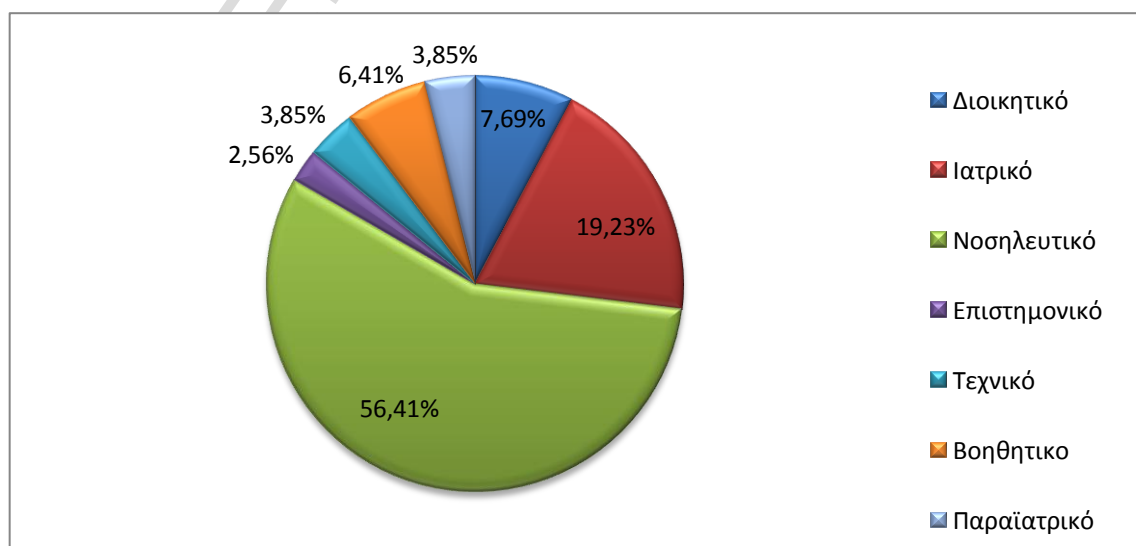
Κατηγορία Προσωπικού	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Διοικητικό	12	7,69	7,69
Ιατρικό	30	19,23	26,92
Νοσηλευτικό	88	56,41	83,33
Επιστημονικό	4	2,56	85,90

Τεχνικό	6	3,85	89,74
Βοηθητικό	10	6,41	96,15
Παραϊατρικό	6	3,85	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 17
Αριθμός ατόμων ανά κατηγορία προσωπικού



ΓΡΑΦΗΜΑ 18
Ποσοστό ατόμων ανά κατηγορία προσωπικού



Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό με ποσοστό 56,41%. Ακολουθούν με ποσοστό 19,23% το ιατρικό προσωπικό και με 7,69% το διοικητικό προσωπικό. Οι υπόλοιποι εργαζόμενοι αντιστοιχούν στο βοηθητικό, παραϊατρικό, τεχνικό και επιστημονικό προσωπικό με ποσοστά 6,41%, 3,85%, 3,85% και 2,56% αντίστοιχα.

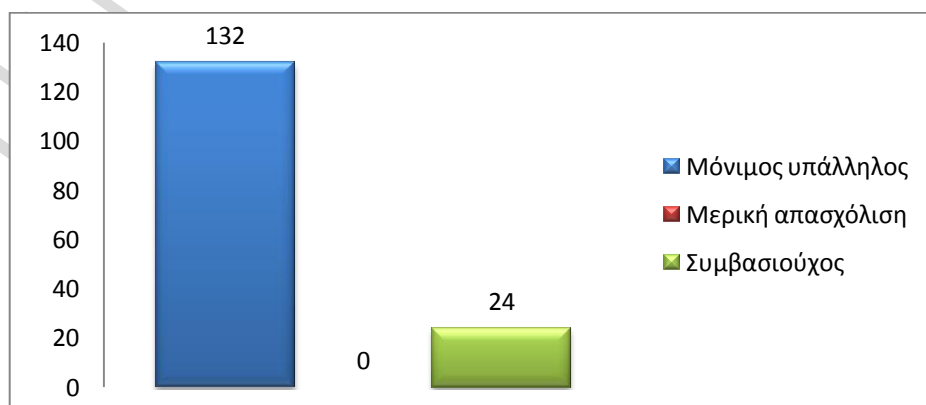
ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Επόμενη μεταβλητή προς εξέταση είναι εκείνη που αναφέρεται στην σχέση εργασίας. Τα αποτελέσματα είναι τα ακόλουθα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 8
Κατανομή ατόμων ανά σχέσης εργασίας

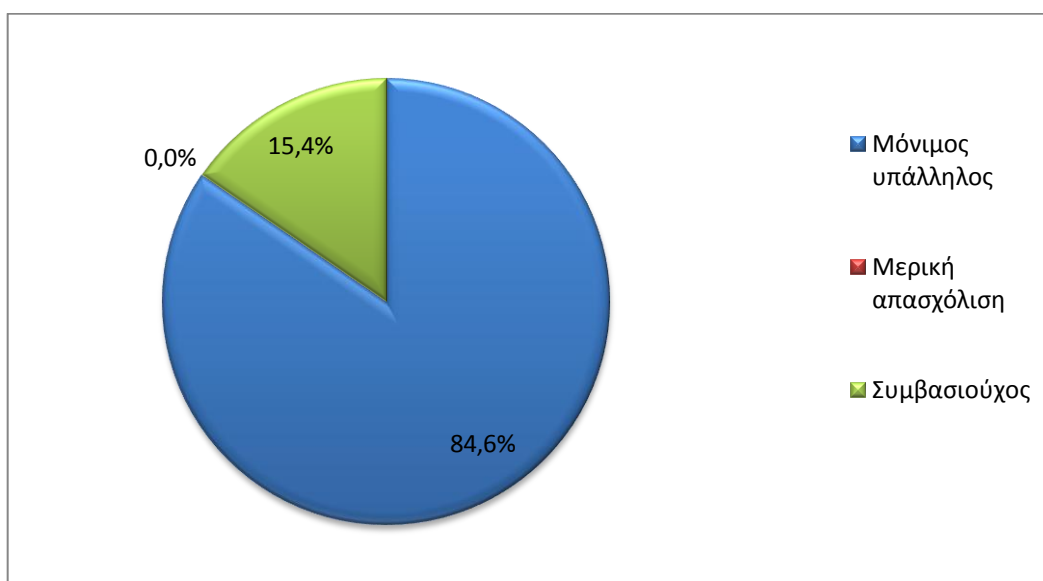
Σχέση Εργασίας	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Μόνιμος υπάλληλος	132	84,6	84,6
Μερική απασχόληση	0	0,0	84,6
Συμβασιούχος	24	15,4	100,0
Σύνολο	156	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 19
Αριθμός ατόμων ανά σχέση εργασίας



ΓΡΑΦΗΜΑ 20

Ποσοστό ατόμων ανά σχέση εργασίας



Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος των εργαζομένων είναι μόνιμοι υπάλληλοι με ποσοστό 84,6%. Το 15,4% των επαγγελματιών υγείας είναι συμβασιούχοι. Τέλος, είναι εμφανές πως κανείς από της εργαζόμενους που αποτελούν το δείγμα μας, δεν είναι μερικής απασχόλησης.

ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στη συνέχεια ακολουθούν τα αποτελέσματα της μεταβλητής ωράριο εργασίας

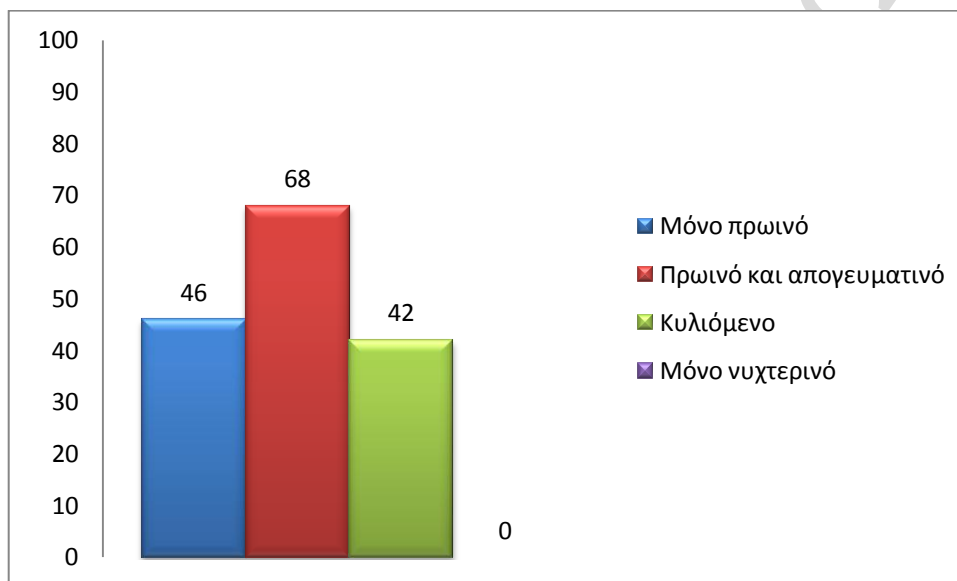
ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Κατανομή ατόμων ανά ωράριο εργασίας

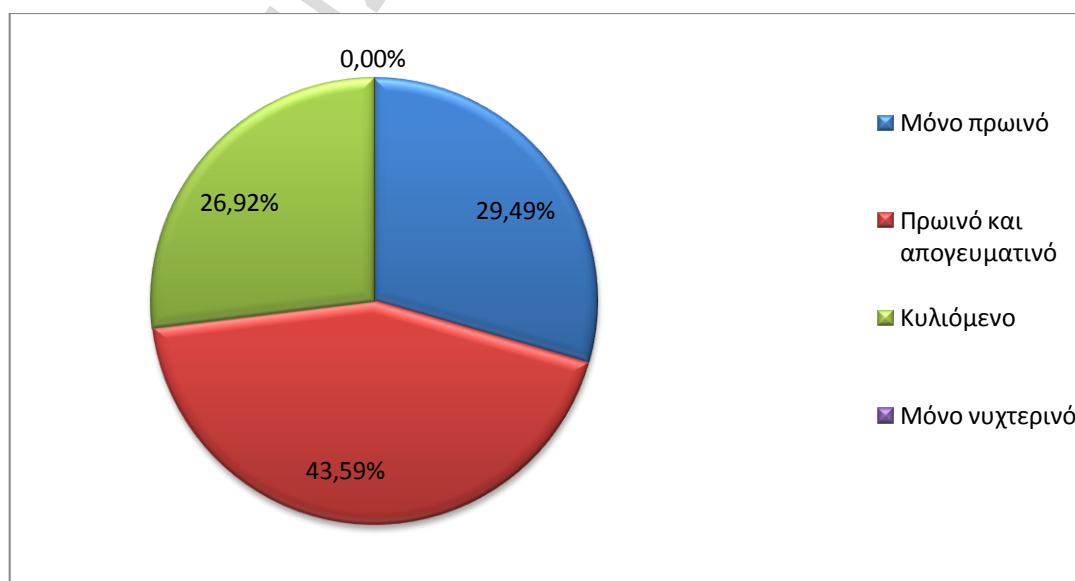
Ωράριο Εργασίας	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Μόνο πρωινό	46	29,49	29,49
Πρωινό και απογευματινό	68	43,59	73,08
Μόνο νυχτερινό	42	26,92	100,00

Κυλιόμενο	0	0,00	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 21
Αριθμός ατόμων ανά ωράριο εργασίας



ΓΡΑΦΗΜΑ 22
Ποσοστό ατόμων ανά ωράριο εργασίας



Γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω δεδομένα ότι μεγάλο μέρος των εργαζομένων εργάζεται με πρωινό και απογευματινό ωράριο με ποσοστό 43,59%. Ακολουθούν με ποσοστό 29,49% οι εργαζόμενοι που απασχολούνται μόνο πρωί και με ποσοστό 26,92% οι εργαζόμενοι με κυλιόμενο ωράριο. Παρατηρούμε επίσης πως κανείς εργαζόμενος δεν δουλεύει νυχτερινό ωράριο.

ΤΜΗΜΑ/ΚΛΙΝΙΚΗ

Η τελευταία μεταβλητή των δημογραφικών στοιχείων είναι το τμήμα/κλινική. Ακολουθούν τα αποτελέσματα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 10
Κατανομή ατόμων ανά τμήμα/κλινική

Τμήμα/Κλινική	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Αιμοδοσία	10	6,41	6,41
Αναισθησιολογικό	10	6,41	12,82
Αποστείρωση	16	10,26	23,08
Β΄ Γενική Χειρουργική	6	3,85	26,92
Γραμματεία	2	1,28	28,21
Δ΄ Ορθοπαιδική	4	2,56	30,77
Διαιτολογικό	2	1,28	32,05
Εξωτερικά Ιατρεία	2	1,28	33,33
Μικροχειρουργικό	4	2,56	35,90
Νευροχειρουργικό	2	1,28	37,18
Οικονομικό	4	2,56	39,74
Ορθοπαιδικό	2	1,28	41,03
Παθολοανατομικό	2	1,28	42,31
Πλαστική Χειρουργική	28	17,95	60,26
Πολυκλινική	2	1,28	61,54
Πρωτόκολλο	2	1,28	62,82

Ρευματολογικό	2	1,28	64,10
ΤΕΠ	2	1,28	65,38
Τηλεφωνικό κέντρο	4	2,56	67,95
Χειρουργική	50	32,05	100,00
Σύνολο	156	100,00	

Από τα παραπάνω αποτελέσματα γίνεται εμφανές ότι οι επαγγελματίες υγείας του δείγματός μας απασχολούνται στην χειρουργική με ποσοστό 32,05% και στην πλαστική χειρουργική με ποσοστό 17,95%. Έπειτα, ακολουθούν η αποστείρωση, το αναισθησιολογικό και η αιμοδοσία με ποσοστά 10,26%, 6,41% και 6,41% αντίστοιχα. Οι υπόλοιπες ομάδες εργαζομένων του δείγματός μας ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά.

7.2 Όρια και βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης

Στο τμήμα αυτό θα διαπιστώσουμε τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων του δείγματός μας στο ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ».

Για την πραγματοποίηση του στόχου αυτού θα χρησιμοποιήσουμε το Β' Τμήμα του ερωτηματολογίου, δηλαδή τις 22 ερωτήσεις της Maslach, που μετρά τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης:

1. Συναισθηματική εξάντληση
2. Αποπροσωποποίηση
3. Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων

Για την συναισθηματική εξάντληση αντιστοιχούν 9 ερωτήσεις (1,2,3,6,8,13,14,16 και 20), για την αποπροσωποποίηση 5 ερωτήσεις (5,10,11,15 και 22) και για την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων 8 ερωτήσεις (4,7,9,12,17,18,19 και 21).

Οι απαντήσεις των ερωτήσεων είναι οι εξής:

- 0 «ποτέ»
- 1 «λίγες φορές το χρόνο»
- 2 «μηνιαία»
- 3 «μια φορά την εβδομάδα»

- 4 «αρκετές φορές την εβδομάδα»
- 5 «κάθε μέρα»

Με την μέθοδο της παραγοντικής ανάλυσης- ανάλυση κύριων συνιστωσών (factor analysis, principal component analysis) ελέγχθηκε η δομή των ερωτήσεων της Maclash για τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης και με βάση τα δεδομένα της έρευνάς μας. Ο έλεγχος της κατανομής του δείγματος στις κατηγορίες «χαμηλή», «μέτρια» και «υψηλή» έγινε με την μέθοδο X^2 (chi-square test). Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 14.0.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Όρια τιμών των επιπέδων της συναισθηματικής εξάντλησης

	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική εξάντληση	≤ 15	16-30	≥ 31
Αποπροσωποποίηση	≤ 3	4-11	≥ 12
Προσωπικά επιτεύγματα	≥ 37	36-29	≤ 28

Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης θα χρησιμοποιήσουμε τα παραπάνω όρια, τα οποία θα συγκριθούν με τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης των ατόμων της έρευνάς μας. Για να γίνει αυτό, αρχικά υπολογίζουμε τους μέσους όρους καθεμιάς από τις 22 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της Maslach και κατόπιν προσθέτουμε τις μέσες τιμές αυτές για όλες τις ερωτήσεις, που αφορούν καθεμία από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης .

Τα αποτελέσματα παραθέτονται στον παρακάτω πίνακα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης των 156 εργαζομένων

	Συναισθηματική εξάντληση		Αποπροσωποποίηση		Προσωπικά Επιτεύγματα	
	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)					
Ερωτήσεις burnout	1	3,32 (1,38)	5	0,64 (1,14)	4	4,28 (1,14)
	2	1,65 (1,60)	10	1,48 (1,66)	7	4,11 (1,16)
	3	2,60 (1,53)	11	1,51 (1,62)	9	3,65 (1,38)
	6	1,30 (1,46)	15	0,85 (1,36)	12	3,38 (1,34)
	8	1,16 (1,41)	22	1,61 (1,46)	17	4,00 (1,16)
	13	2,20 (1,64)			18	3,43 (1,34)
	14	4,28 (1,30)			19	3,55 (1,29)
	16	1,41 (1,41)			21	3,55 (1,29)
	20	1,60 (1,57)				
Σύνολο	19,52		6,09		29,95	

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των δύο παραπάνω πινάκων έχουμε μέτριο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης στο ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ», αφού η μέση τιμή της συναισθηματικής εξάντλησης είναι 19,52 (μεταξύ 16-30), η μέση τιμή της αποπροσωποποίησης είναι 6,09 (μεταξύ 4-11) και η τιμή των προσωπικών επιτευγμάτων είναι 29,95 (μεταξύ 36-29). Δηλαδή, όλες οι μέσες τιμές των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στο δείγμα μας ανήκουν στη μεσαία κατηγορία, αυτή της μέτριας επαγγελματικής εξουθένωσης.

7.3 Περιγραφικά στατιστικά για τους εργασιακούς – διοικητικούς παράγοντες του ερωτηματολογίου

Στο τμήμα αυτό της εργασίας παραθέτονται και αναλύονται οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας του δείματός μας, που περιλαμβάνονται στο Γ' τμήμα του ερωτηματολογίου, το οποίο αναφέρεται στους εργασιακούς-διοικητικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι πρώτες 7 ερωτήσεις αφορούν τους εργασιακούς παράγοντες, όπως οι συνθήκες εργασίας, το εργασιακό άγχος, οι

συγκρούσεις, το κύρος και την ικανοποίηση από την εργασία κ.λπ. Οι επόμενες 6 ερωτήσεις αφορούν παράγοντες που αναφέρονται στην διοίκηση-management του Νοσοκομείου, όπως η αποτελεσματικότητα της διοίκησης, η ύπαρξη αμοιβών-κινήτρων, η εκπλήρωση των στόχων των εργαζομένων κ.λπ.

Οι εργαζόμενοι μπορούν να έχουν τέσσερις εναλλακτικές απαντήσεις:

- Δεν ισχύει καθόλου
- Ισχύει λίγο
- Ισχύει σε μέτριο βαθμό
- Ισχύει πολύ

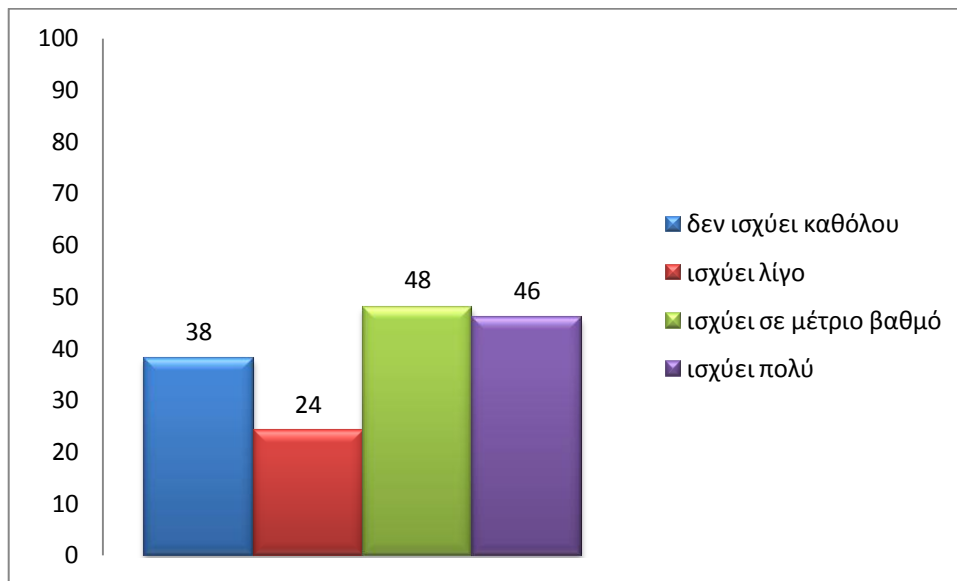
ΕΡΩΤΗΣΗ 1

Στον επαγγελματικό μου χώρο γίνεται δίκαιη κατανομή στις βάρδιες και στα ωράρια.

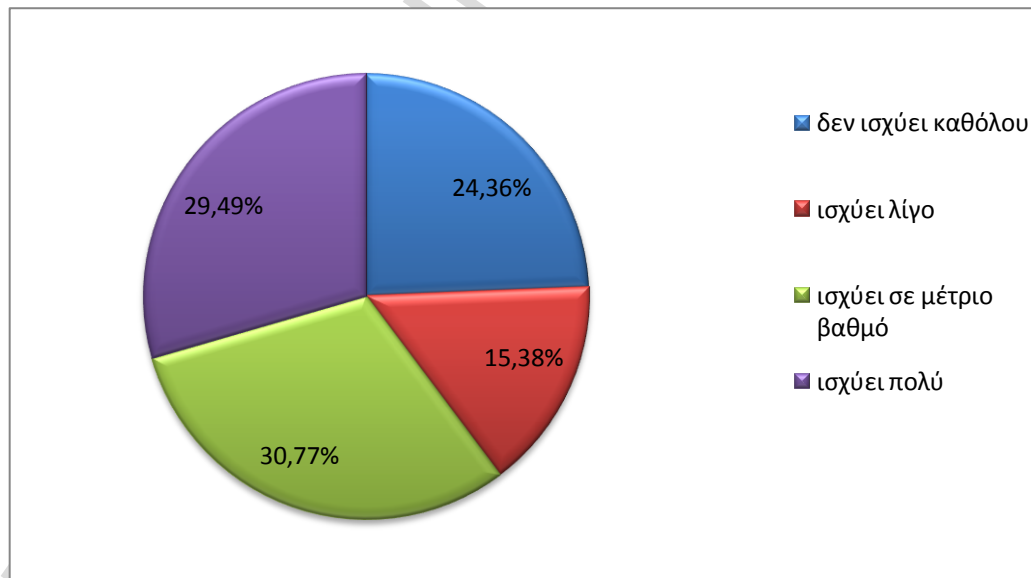
ΠΙΝΑΚΑΣ 13
Κατανομή ατόμων ερώτησης 1

	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	38	24,36	24,36
Ισχύει λίγο	24	15,38	39,74
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	48	30,77	70,51
Ισχύει πολύ	46	29,49	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 23
Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 1



ΓΡΑΦΗΜΑ 24
Ποσοστό ερώτησης 1



Στην ερώτηση 1 (Στον επαγγελματικό μου χώρο γίνεται δίκαιη κατανομή στις βάρδιες και στα ωράρια) το 30,77% απάντησε πως ισχύει σε μέτριο βαθμό και αντίστοιχα το 29,49% ότι ισχύει πολύ. Αντιλαμβανόμαστε, επομένως, ότι πάνω από τους μισούς επαγγελματίες υγείας ($60,26\% = 30,77\% + 29,49\%$) θεωρούν ότι γενικά γίνεται δίκαιη

κατανομή στις βάρδιες. Αντιθέτως, το 24,36% ισχυρίζεται πως κάτι τέτοιο δεν ισχύει καθόλου. Τέλος, το 15,36% ότι ισχύει λίγο.

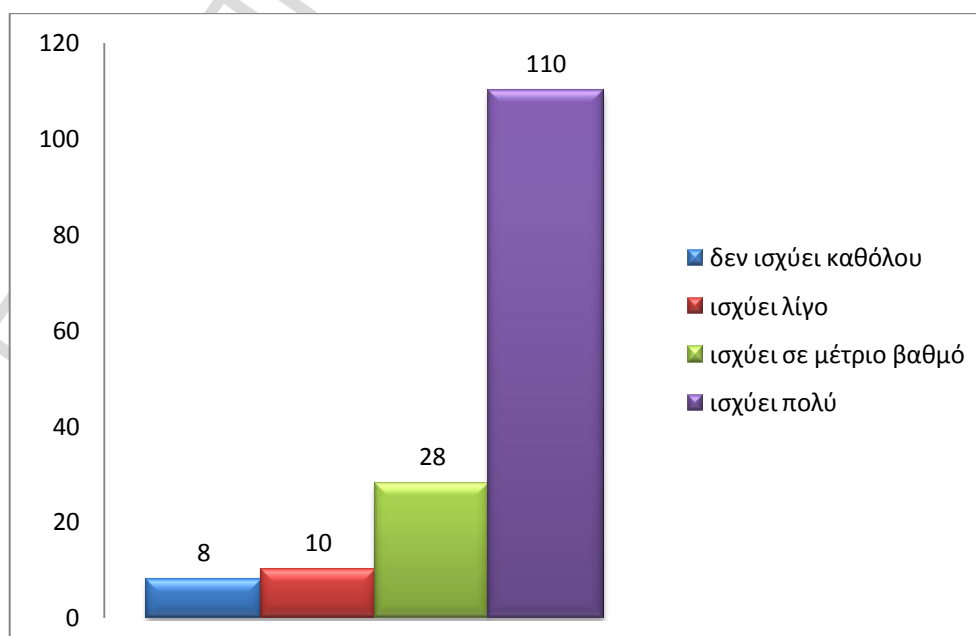
ΕΡΩΤΗΣΗ 2

Η θέση μου χαρακτηρίζεται από υψηλό φόρτο εργασίας

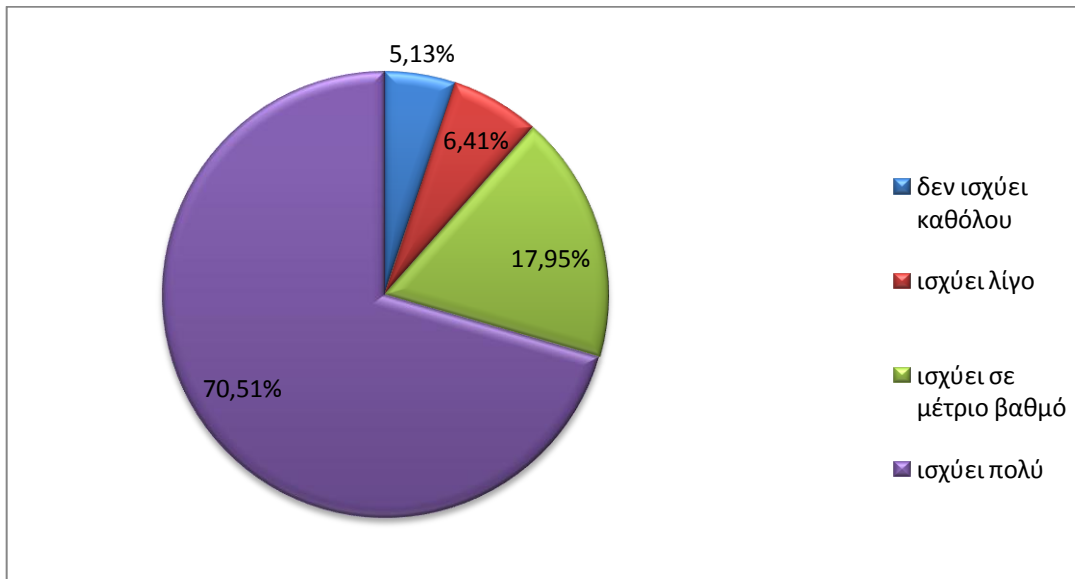
ΠΙΝΑΚΑΣ 14
Κατανομή ατόμων ερώτησης 2

	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	8	5,13	5,13
Ισχύει λίγο	10	6,41	11,54
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	28	17,95	29,49
Ισχύει πολύ	110	70,51	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 25
Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 2



ΓΡΑΦΗΜΑ 26
Ποσοστό ερώτησης 2



Στην ερώτηση 2 (Η θέση μου χαρακτηρίζεται από υψηλό φόρτο εργασίας) η πλειοψηφία με ποσοστό 70,51% (συχνότητα 110) απάντησε πως ισχύει πολύ. Είναι εύλογο το γιατί συμβαίνει αυτό, αφού οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας του δείγματός μας είναι γιατροί και νοσηλευτές και έρχονται σε καθημερινή επαφή με ασθενείς και πολλές φορές καλούνται να τους σώσουν την ζωή. Εν συνεχεία, ακολουθούν αντίστοιχα με ποσοστά 17,95%, 6,41% και 5,13% οι απαντήσεις ισχύει σε μέτριο βαθμό, ισχύει λίγο και δεν ισχύει καθόλου.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3

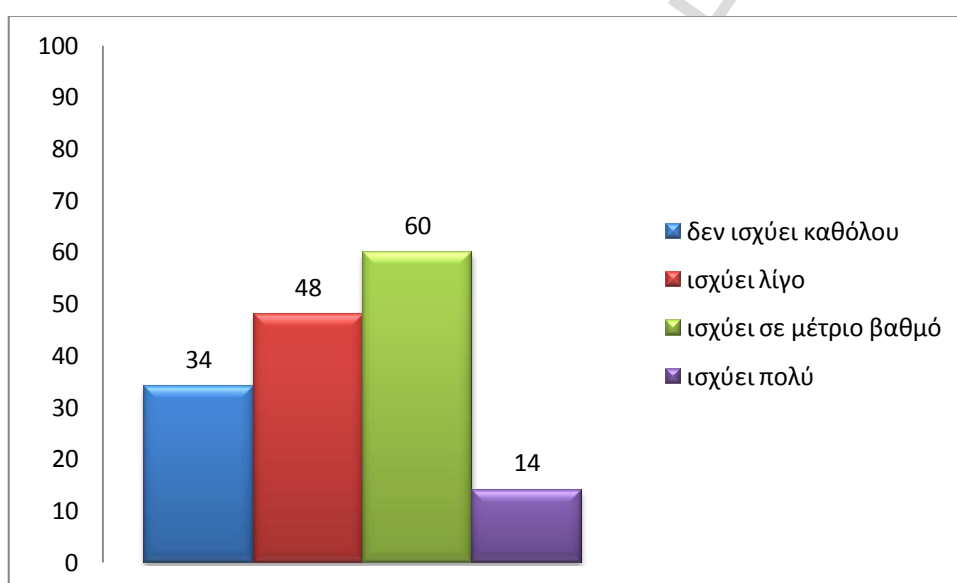
Εργάζομαι σε ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας (φωτισμός, αερισμός, εξοπλισμός κ.λπ.)

ΠΙΝΑΚΑΣ 15
Κατανομή ατόμων ερώτησης 3

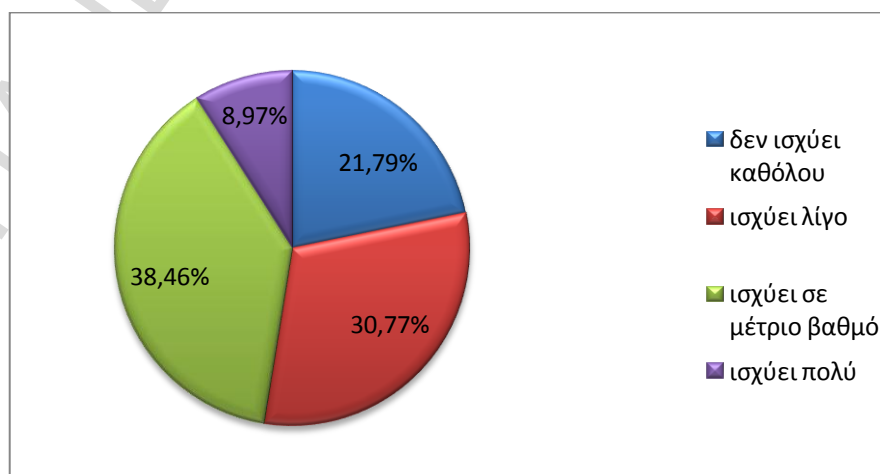
	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	34	21,79	21,79

Ισχύει λίγο	48	30,77	52,56
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	60	38,46	91,03
Ισχύει πολύ	14	8,97	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 27
Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 3



ΓΡΑΦΗΜΑ 28
Ποσοστό ερώτησης 3



Στην ερώτηση 3 (Εργάζομαι σε ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας (φωτισμός, αερισμός, εξοπλισμός κ.λπ.)) σε ποσοστό 38,46% οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι ισχύει σε μέτριο βαθμό. Ότι ισχύει λίγο 48 στους 156 επαγγελματίες (30,77%) αναφέρουν ότι συμβαίνει. Οι ακραίες απόψεις είναι σε ποσοστά 21,79% και 8,97% δεν ισχύει καθόλου και ισχύει πολύ αντίστοιχα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4

Συγκρούομαι με συναδέλφους μου

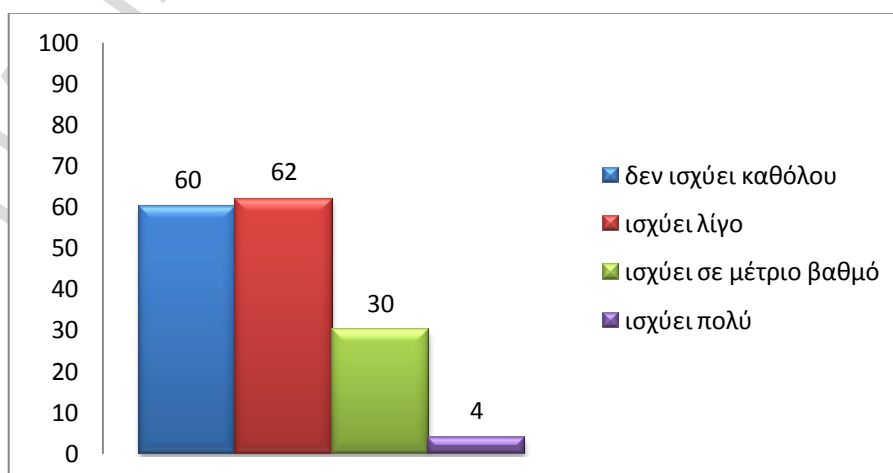
ΠΙΝΑΚΑΣ 16

Κατανομή ατόμων ερώτησης 4

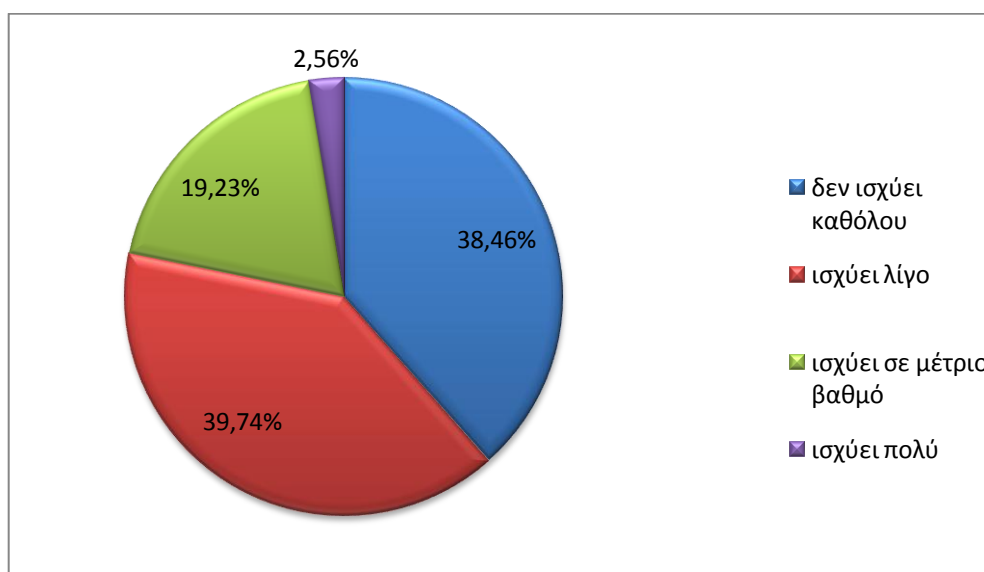
	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	60	38,46	38,46
Ισχύει λίγο	62	39,74	78,21
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	30	19,23	97,44
Ισχύει πολύ	4	2,56	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 29

Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 4



ΓΡΑΦΗΜΑ 30
Ποσοστό ερώτησης 4



Στην ερώτηση 4 (Συγκρούομαι με συναδέλφους μου) το 39,74% απάντησε πως ισχύει λίγο και αντίστοιχα το επόμενο μεγάλο ποσοστό 38,4% υποστήριξε ότι δεν ισχύει καθόλου. Βλέπουμε, επομένως, πως στην πλειοψηφία τους οι εργαζόμενοι (78,2% =39,74% +38,4%) παραδέχονται πως δεν υπάρχει μεγάλος βαθμός σύγκρουσης μεταξύ των συναδέλφων. Αντίθετα, με ποσοστά 19,23% και 2,56% οι εργαζόμενοι αναφέρουν πως ισχύει σε μέτριο βαθμό και ισχύει πολύ αντίστοιχα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5

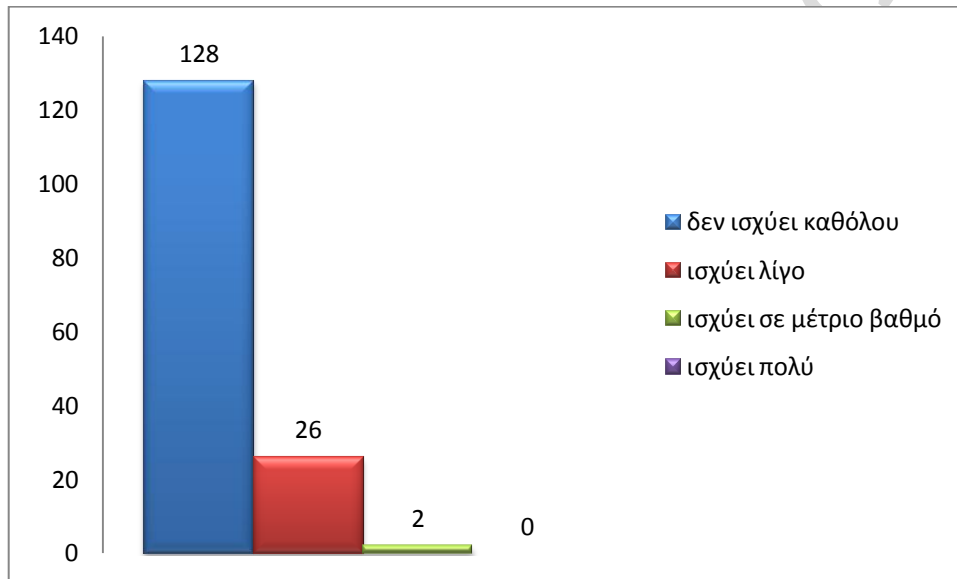
Συγκρούομαι με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους

ΠΙΝΑΚΑΣ 17
Κατανομή ατόμων ερώτησης 5

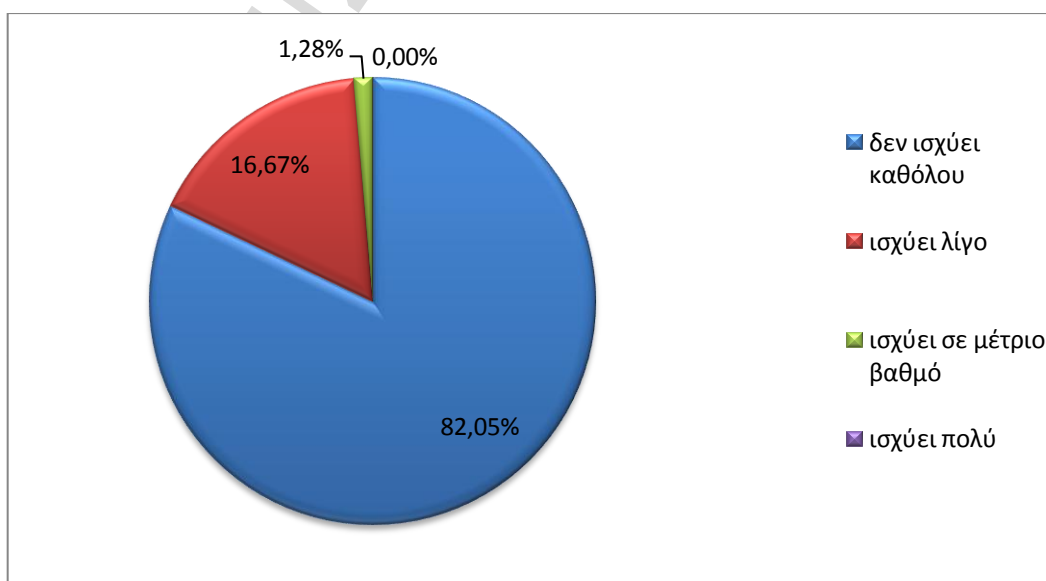
	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	128	82,05	82,05
Ισχύει λίγο	26	16,67	98,72
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	2	1,28	100,00

Ισχύει πολύ	0	0,00	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 31
Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 5



ΓΡΑΦΗΜΑ 32
Ποσοστό ερώτησης 5



Στην ερώτηση 5 (Συγκρούομαι με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους) 128 στους 156 (82,05%) απάντησε πως δεν ισχύει καθόλου. Επίσης το 16,67% πως ισχύει λίγο. Επομένως, σχεδόν το 100% δεν έχει σύγκρουση με τους ασθενείς και τους συνοδούς του. Ένα πολύ μικρό ποσοστό 1,28% αναφέρει πως ισχύει σε μέτριο βαθμό. Αξιοσημείωτο είναι, επίσης, ότι κανένας δεν υποστήριξε πως κάτι τέτοιο ισχύει πολύ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6

Η εργασία μου είναι μονότονη και ανιαρή

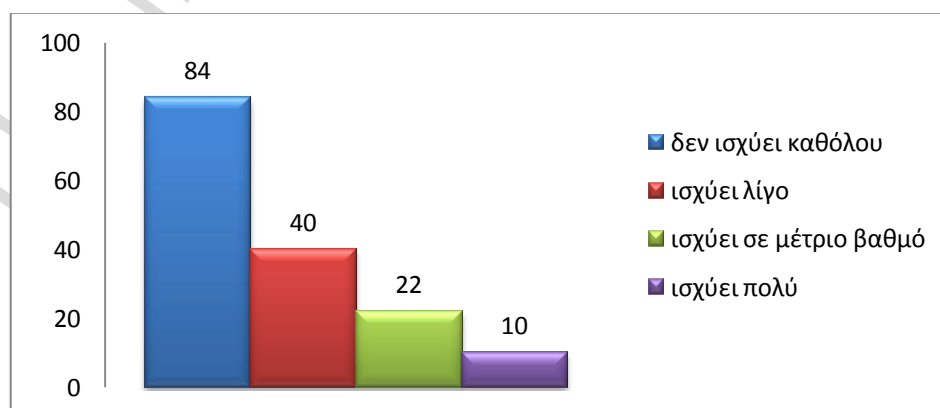
ΠΙΝΑΚΑΣ 18

Κατανομή ατόμων ερώτησης 6

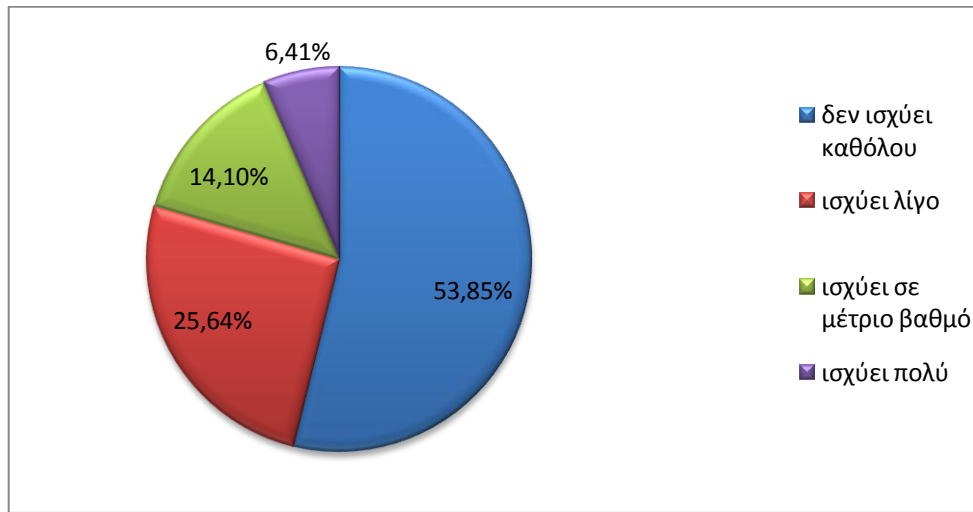
	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	84	53,85	53,85
Ισχύει λίγο	40	25,64	79,49
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	22	14,10	93,59
Ισχύει πολύ	10	6,41	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 33

Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 6



ΓΡΑΦΗΜΑ 34
Ποσοστό ερώτησης 6



Στην ερώτηση 6 (Η εργασία μου είναι μονότονη και ανιαρή) παραπάνω από τους μισούς (53,85%) ερωτηθέντες απάντησαν πως δεν ισχύει καθόλου. Πως ισχύει λίγο ανέφερε το 25,64%. Τέλος, με μικρότερα ποσοστά κάτω του 21% οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν πως ισχύει σε μέτριο βαθμό και ισχύει πολύ με ποσοστά 14,10% και 6,41% αντίστοιχα.

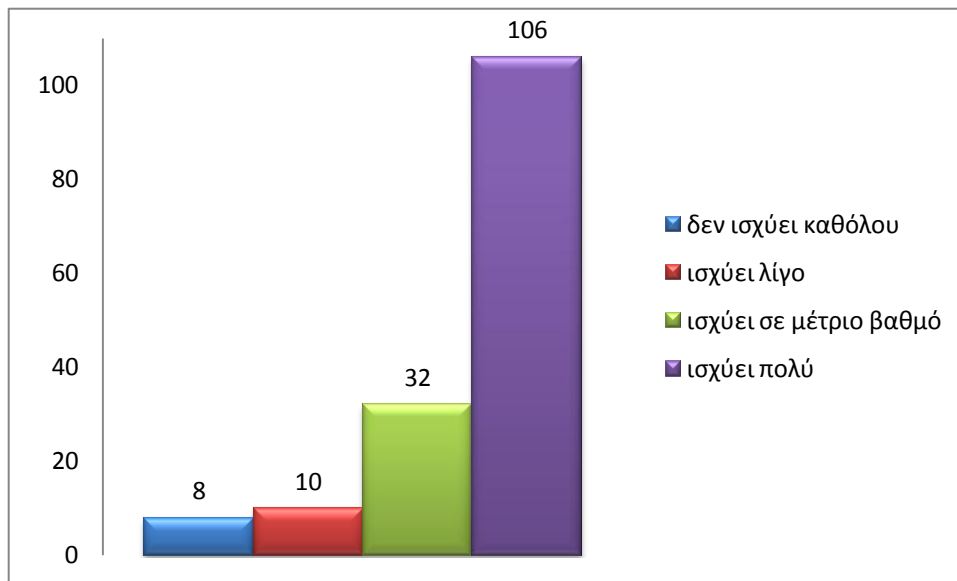
ΕΡΩΤΗΣΗ 7

Αισθάνομαι ότι η δουλειά που κάνω είναι σημαντική

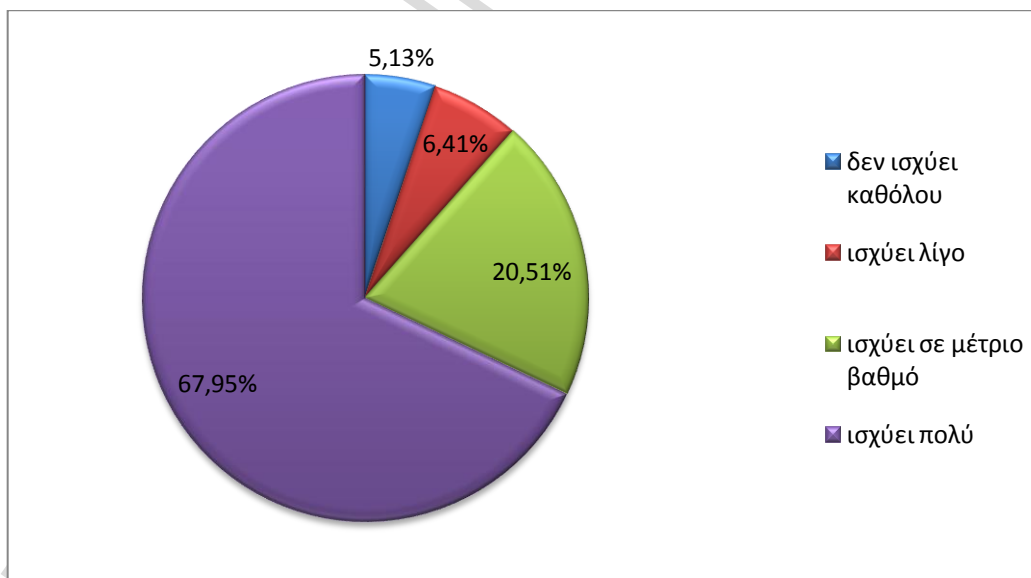
ΠΙΝΑΚΑΣ 19
Κατανομή ατόμων ερώτησης 7

	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	8	5,13	5,13
Ισχύει λίγο	10	6,41	11,54
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	32	20,51	32,05
Ισχύει πολύ	106	67,95	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 35
Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 7



ΓΡΑΦΗΜΑ 36
Ποσοστό ερώτησης 7



Στην ερώτηση 7 (Αισθάνομαι ότι η δουλειά που κάνω είναι σημαντική) 106 στους 156 (67,95%) απάντησαν πως ισχύει πολύ. Το 20,51% του δείγματός μας απάντησε πως ισχύει σε μέτριο βαθμό. Ακολουθούν τέλος οι απαντήσεις ισχύει λίγο και δεν ισχύει καθόλου με ποσοστά 6,41% και 5,13% αντίστοιχα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8

Η ηγεσία της υπηρεσίας μου ασκεί αποτελεσματικά το διοικητικό της έργο

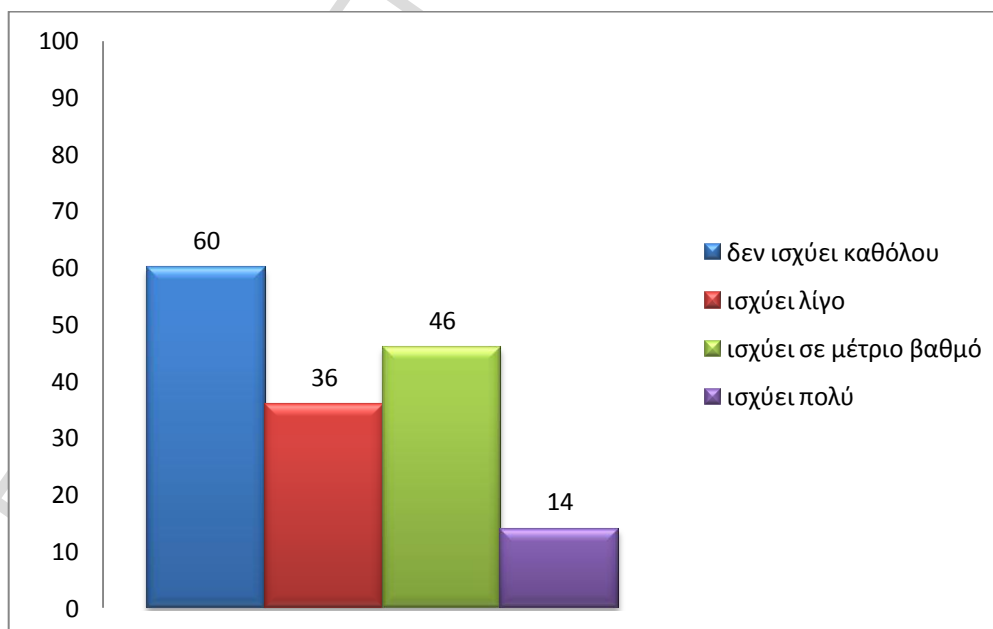
ΠΙΝΑΚΑΣ 20

Κατανομή ατόμων ερώτησης 8

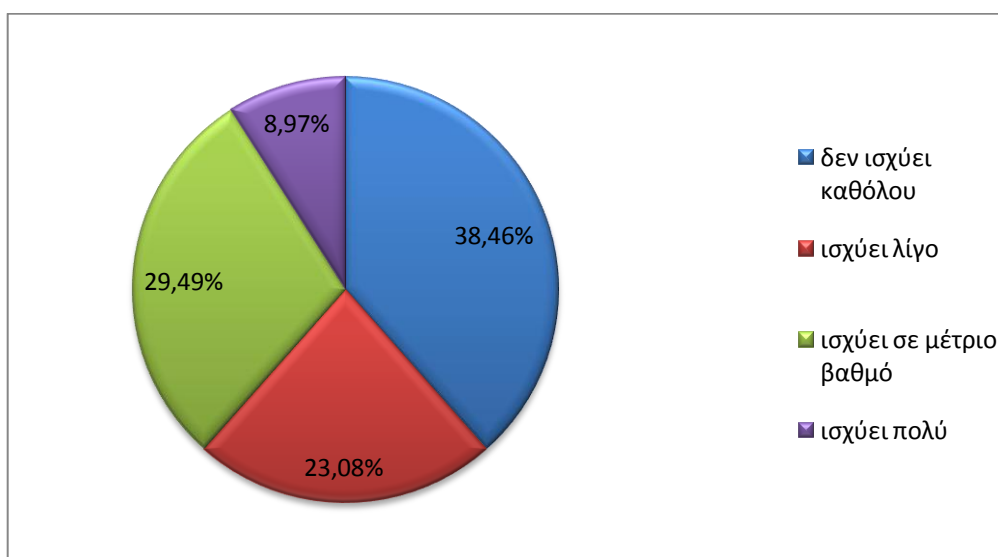
	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	60	38,46	38,46
Ισχύει λίγο	36	23,08	61,54
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	46	29,49	91,03
Ισχύει πολύ	14	8,97	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 37

Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 8



ΓΡΑΦΗΜΑ 38
Ποσοστό ερώτησης 8



Στην ερώτηση 8 (Η ηγεσία της υπηρεσίας μου ασκεί αποτελεσματικά το διοικητικό της έργο) οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 38,46% αναφέρουν πως δεν ισχύει καθόλου. Το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό είναι 29,49% με τους επαγγελματίες να υποστηρίζουν πως ισχύει σε μέτριο βαθμό, που αποτελεί και τον αντίποδα της πλειοψηφίας. Οι εργαζόμενοι που ανέφεραν πως ισχύει λίγο αποτελούν το 23,08% και μόνο το 8,97% υποστήριξε πως ισχύει πολύ. Αυτά τα αποτελέσματα δίνουν αφορμή για περαιτέρω μελέτη.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9

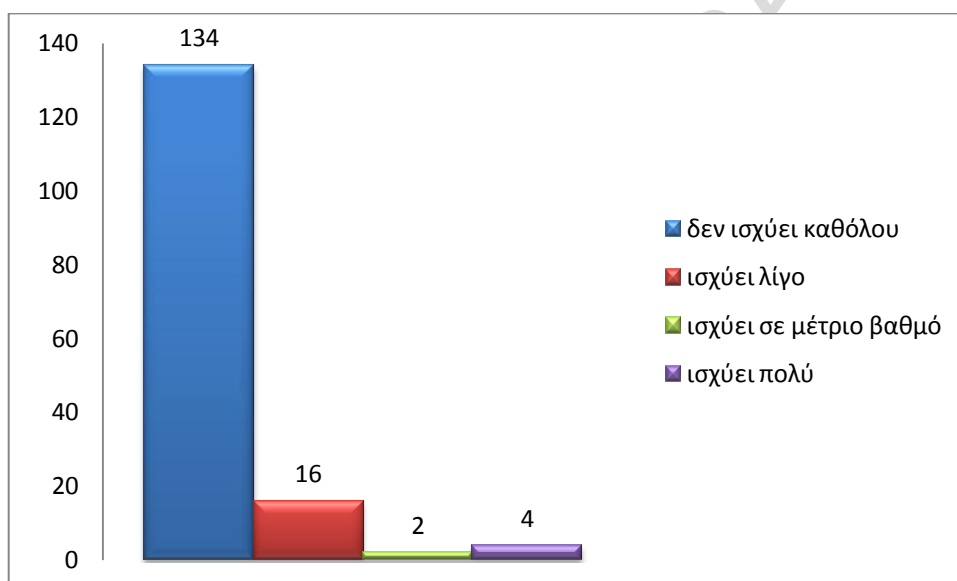
Η ηγεσία του Νοσοκομείου μου παρέχει κίνητρα (πχ. οικονομικά) για να εργάζομαι πιο αποδοτικά

ΠΙΝΑΚΑΣ 21
Κατανομή ατόμων ερώτησης 9

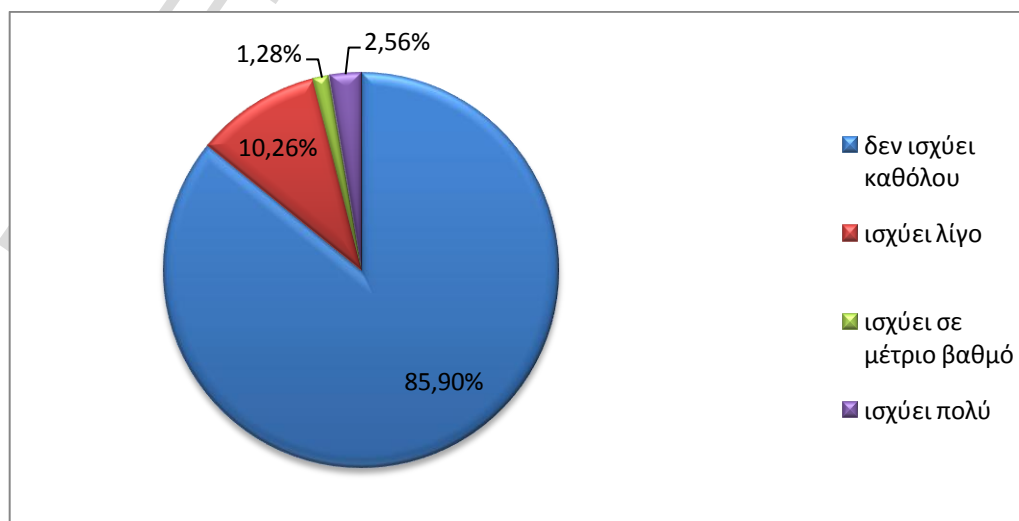
	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	134	85,90	85,90
Ισχύει λίγο	16	10,26	96,15

Ισχύει σε μέτριο βαθμό	2	1,28	97,44
Ισχύει πολύ	4	2,56	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 39
Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 9



ΓΡΑΦΗΜΑ 40
Ποσοστό ερώτησης 9



Στην ερώτηση 9 (Η ηγεσία του Νοσοκομείου μου παρέχει κίνητρα (πχ. οικονομικά) για να εργάζομαι πιο αποδοτικά) η πλειοψηφία των εργαζομένων (85,90%) απάντησε πως δεν ισχύει καθόλου. Το νοσοκομείο ΚΑΤ είναι δημόσιο, οπότε δεν παρέχει κίνητρα απόδοσης και παραγωγικότητας στους εργαζομένους του. Μόνο το 10,26% των επαγγελματιών υγείας υποστήριξε πως ισχύει λίγο. Με ποσοστά 2,56% και 1,28% υποστήριξαν πως ισχύει πολύ και ισχύει σε μέτριο βαθμό αντίστοιχα.

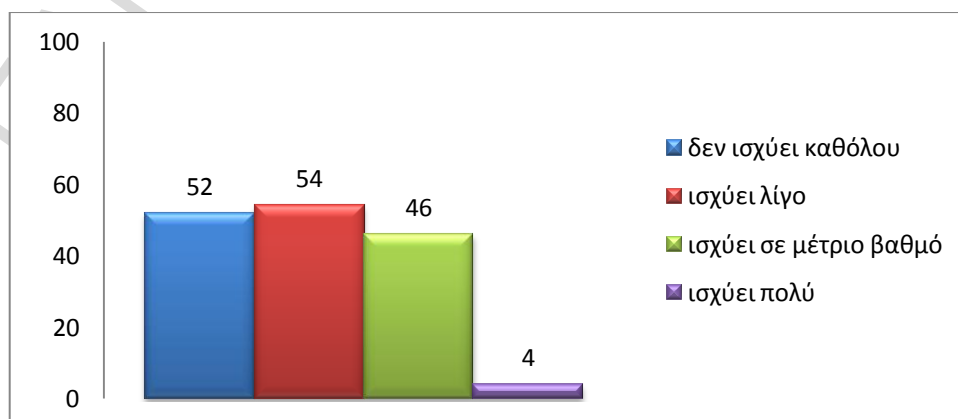
ΕΡΩΤΗΣΗ 10

Υπάρχει σωστός συντονισμός-συνεργασία με τα υπόλοιπα τμήματα του Νοσοκομείου

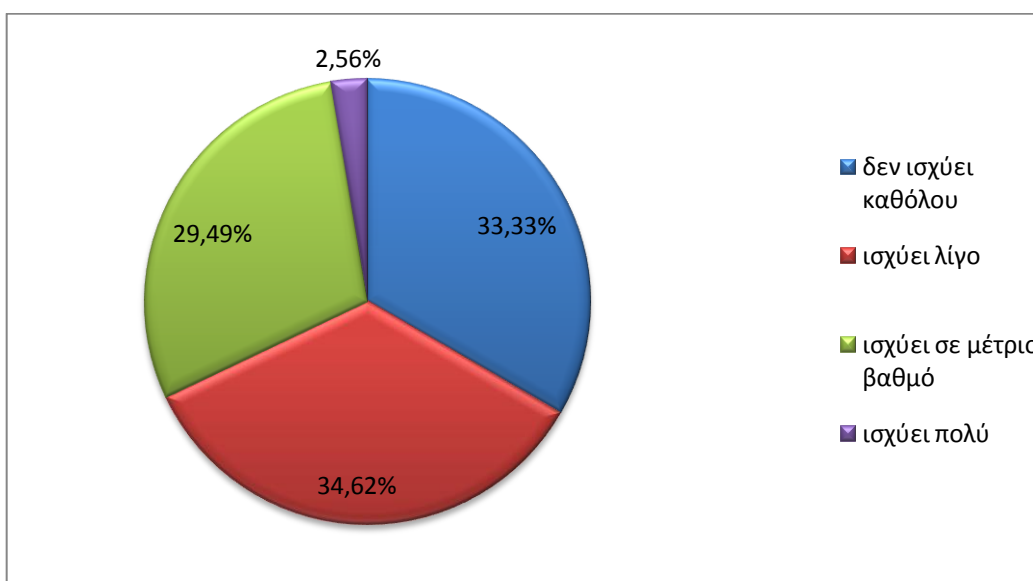
ΠΙΝΑΚΑΣ 22
Κατανομή ατόμων ερώτησης 10

	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	52	33,33	33,33
Ισχύει λίγο	54	34,62	67,95
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	46	29,49	97,44
Ισχύει πολύ	4	2,56	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 41
Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 10



ΓΡΑΦΗΜΑ 42
Ποσοστό ερώτησης 10



Στην ερώτηση 10 (Υπάρχει σωστός συντονισμός-συνεργασία με τα υπόλοιπα τμήματα του Νοσοκομείου) το 34,62% αναφέρει πως ισχύει λίγο και το 33,33% πως δεν ισχύει καθόλου. Η άποψη αυτή των εργαζομένων θα έπρεπε να ληφθεί σοβαρά υπόψη. Με ποσοστό 29,49% οι επαγγελματίες υποστηρίζουν πως αυτό ισχύει σε μέτριο βαθμό. Τέλος, μόνο το 2,56% υποστηρίζει πως ισχύει πολύ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11

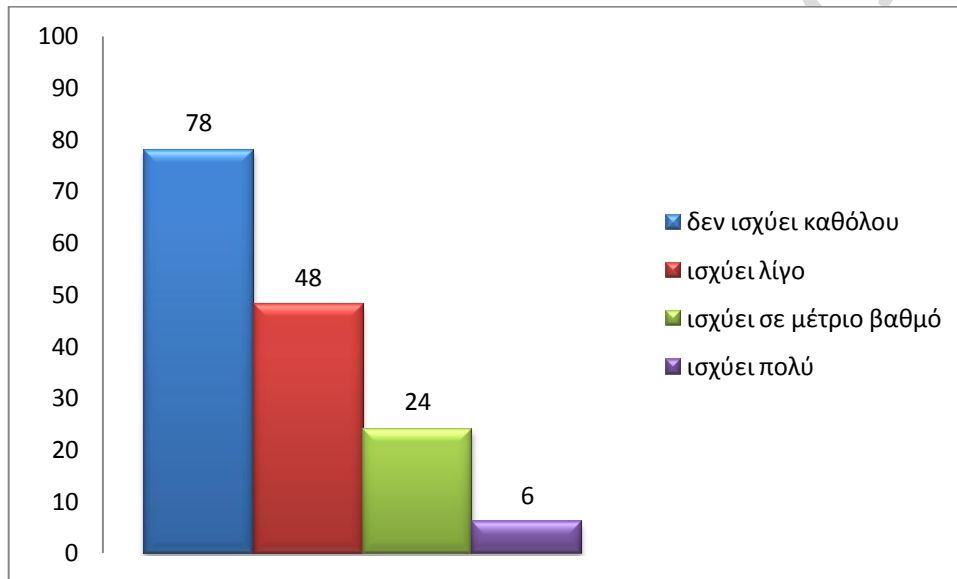
Στην δουλειά μου έχω ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη

ΠΙΝΑΚΑΣ 23
Κατανομή ατόμων ερώτησης 11

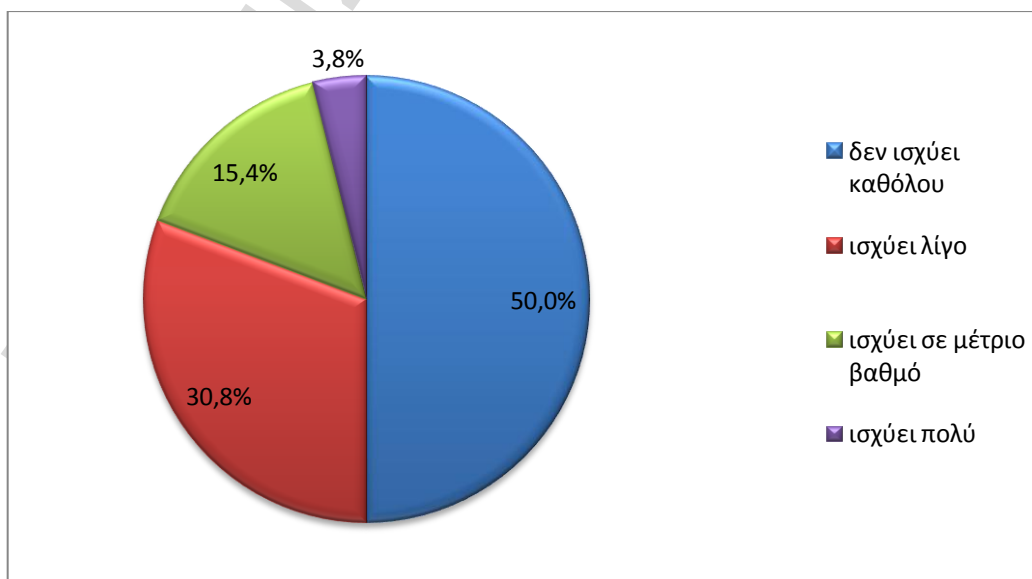
	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	78	50,0	50,0
Ισχύει λίγο	48	30,8	80,8
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	24	15,4	96,2

Ισχύει πολύ	6	3,8	100,0
Σύνολο	156	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 43
Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 11



ΓΡΑΦΗΜΑ 44
Ποσοστό ερώτησης 11



Στην ερώτηση 11(Στην δουλειά μου έχω ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη) οι μισοί εργαζόμενοι απάντησαν πως δεν ισχύει καθόλου. Πως ισχύει λίγο απάντησε το 30,8% των ερωτηθέντων. Αντίθετα, πιο αισιόδοξοι εμφανίστηκαν το 15,4% και το 3,8% ,που απάντησαν ότι ισχύει σε μέτριο βαθμό και ισχύει πολύ αντίστοιχα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12

Η τοποθέτηση των εργαζομένων σε κάθε τμήμα γίνεται με βάση τις ικανότητες και τις επιθυμίες τους

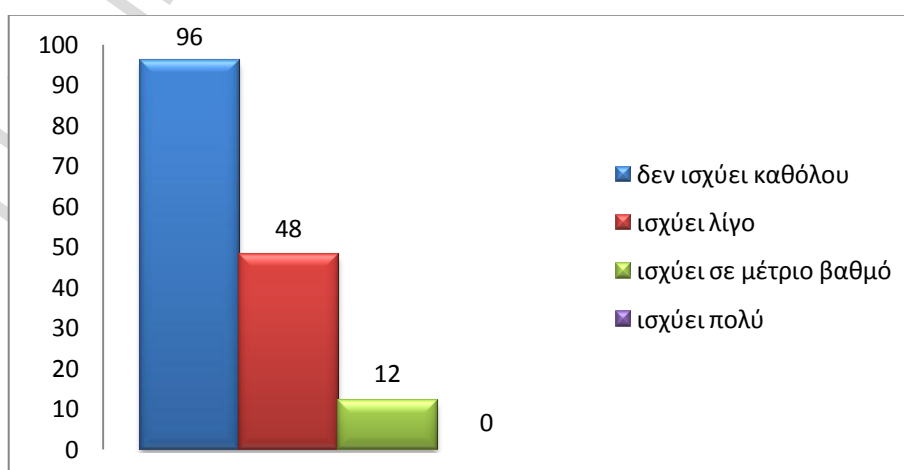
ΠΙΝΑΚΑΣ 24

Κατανομή ατόμων ερώτησης 12

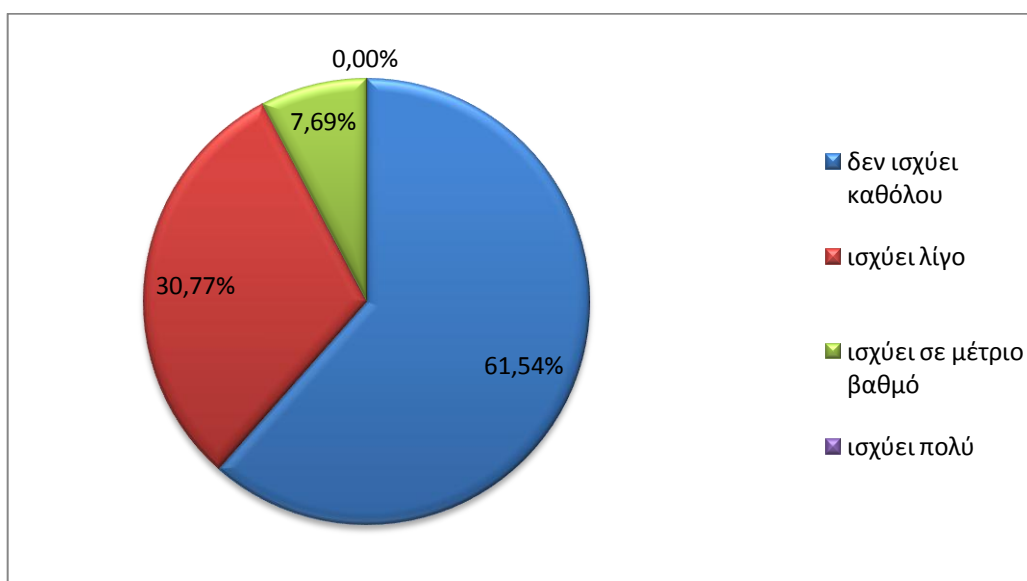
	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	96	61,54	61,54
Ισχύει λίγο	48	30,77	92,31
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	12	7,69	100,00
Ισχύει πολύ	0	0,00	100,00
Σύνολο	156	100,00	

ΓΡΑΦΗΜΑ 45

Απόλυτη συχνότητα ερώτησης 12



ΓΡΑΦΗΜΑ46
Ποσοστό ερώτησης 12



Στην ερώτηση 12 (Η τοποθέτηση των εργαζομένων σε κάθε τμήμα γίνεται με βάση τις ικανότητες και τις επιθυμίες τους) πάνω από τους μισούς επαγγελματίες υγείας (61,54%) απάντησε πως δεν ισχύει καθόλου. Πως ισχύει λίγο απάντησε το 30,77% των εργαζομένων. Επομένως, στο μεγαλύτερο μέρος οι εργαζόμενοι θεωρούν πως η τοποθέτηση δεν γίνεται με βάση τις ικανότητες και τις επιθυμίες τους. Στον αντίποδα μόλις το 7,69% των εργαζομένων θεωρεί πως ισχύει σε μέτριο βαθμό και κανείς από τους 156 ερωτηθέντες δεν απάντησε πως κάτι τέτοιο ισχύει πολύ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13

Η Διοίκηση του Νοσοκομείου ενδιαφέρεται να ενημερωθεί άμεσα για τις ανάγκες του τμήματος μου

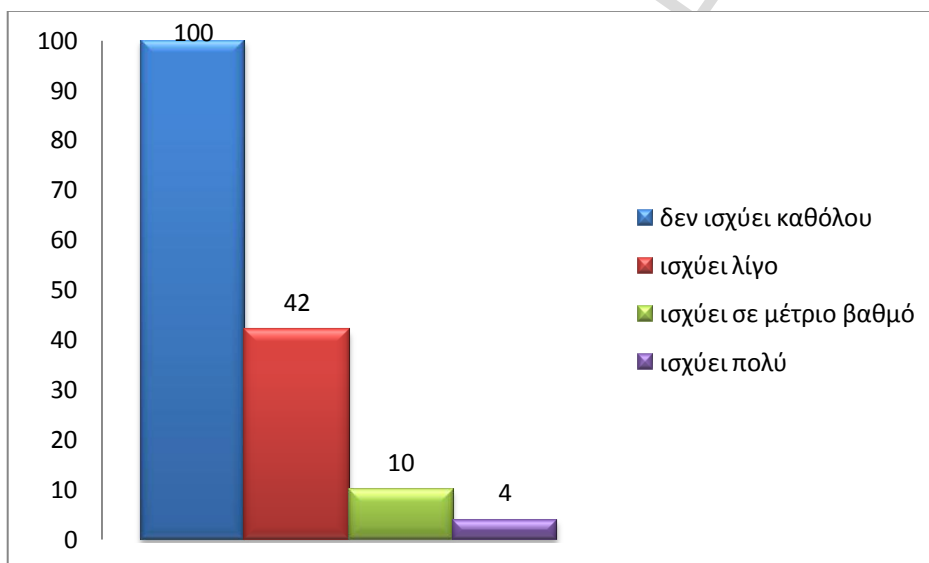
ΠΙΝΑΚΑΣ 25
Κατανομή ατόμων ερώτησης 13

	Απόλυτη Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Δεν ισχύει καθόλου	100	64,10	64,10

Ισχύει λίγο	42	26,92	91,03
Ισχύει σε μέτριο βαθμό	10	6,41	97,44
Ισχύει πολύ	4	2,56	100,00
Σύνολο	156	100,00	

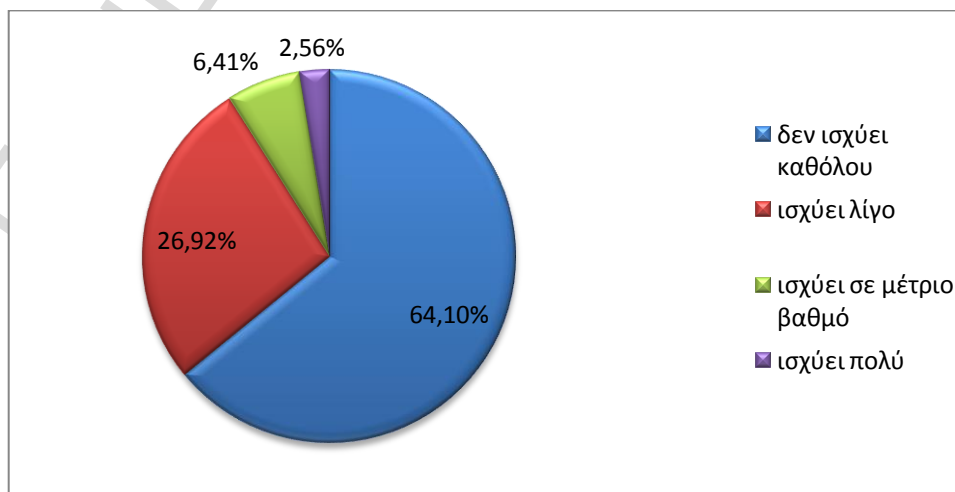
ΓΡΑΦΗΜΑ 47

Απόλυτη συχνότητα και ποσοστό ερώτησης 13



ΓΡΑΦΗΜΑ 48

Ποσοστό ερώτησης 13



Στην ερώτηση 13 (Η Διοίκηση του Νοσοκομείου ενδιαφέρεται να ενημερωθεί άμεσα για τις ανάγκες του τμήματος μου) το 64,10% υποστηρίζει πως κάτι τέτοιο δεν ισχύει καθόλου. Αλλά και το 26,92% αναφέρει πως ισχύει λίγο. Αντίθετα, μόνο το 6,41% και το 2,56% απάντησαν πως ισχύει σε μέτριο βαθμό και ισχύει πολύ αντίστοιχα.

7.4 Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης και δημογραφικών χαρακτηριστικών

Στο τελευταίο τμήμα του ερευνητικού μέρους θα παρουσιαστούν οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης και πως αυτές συσχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων του δείγματός μας.

Τα επίπεδα των συνιστωσών ελέγχθηκαν με τη μη παραμετρική μέθοδο Kruskal-Wallis, ενώ οι συγκρίσεις έγιναν με τη μέθοδο Mann Whitney. Για την ανάλυσή μας χρησιμοποιήσαμε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=5\%$. Οι παρακάτω αναλύσεις έγιναν με την χρήση του SPSS 14.0.

ΦΥΛΟ

ΠΙΝΑΚΑΣ 26

Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά φύλο

Φύλο	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
	Μέση τιμή		
Άνδρες	17,99	5,91	32,02
Γυναίκες	20,34	6,21	28,69
Τιμή P	0,119	0,517	0,002

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση για τις δυο συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης (για την συναισθηματική εξάντληση $p=0,119$ και για την αποπροσωποποίηση $p=0,517$). Αντίθετα, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση για τα προσωπικά επιτεύγματα ($p=0,002<0,05$). Η μέση τιμή των γυναικών για την συναισθηματική εξάντληση αποδεικνύεται μεγαλύτερη

(20,34) έναντι των ανδρών (17,99). Και για την αποπροσωποποίηση οι γυναίκες υπερσχύουν έναντι των ανδρών (6,21 έναντι 5,91 αντίστοιχα). Αντίθετα, η μέση τιμή των ανδρών για την συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων είναι μεγαλύτερη (32,02) έναντι των γυναικών (28,69).

ΗΛΙΚΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 27

Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά ηλικία

Ηλικία	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
	Μέση τιμή		
21-30	16,55	5,9	29,07
31-40	21,37	6,25	29,95
41-50	20,77	6,27	29,52
51-60	13,96	7,69	30,67
>61	10,5	1,5	38,5
Τιμή P	0,16	0,56	0,393

Η ηλικία δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με καμία από τις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Για την συνιστώσα «συναισθηματική εξάντληση» η μεγαλύτερη μέση τιμή 21,37 παρουσιάζεται στην ηλικία μεταξύ 31-40 και η αμέσως μικρότερη με μικρή διαφορά μέση τιμή 20,77 μεταξύ 41-50. Ακολουθούν οι ηλικίες 21-30 με MT 16,55, οι 51-60 με MT 13,96 και τέλος οι άνω των 61 με MT 10,5. Για την «αποπροσωποποίηση» η ηλικία 51-60 παρουσιάζει την μεγαλύτερη μέση τιμή (7,69) και ακολουθούν με πολύ κοντινά νούμερα η ηλικία 41-50 με MT 6,27 και 31-40 με MT 6,25 αντίστοιχα. Τέλος, η ηλικία 21-30 έχει μέση τιμή 5,9 και για ηλικίες άνω των 61 MT 1,5. Αντίθετα για τα «προσωπικά επιτεύγματα» την μεγαλύτερη μέση τιμή παρουσιάζουν οι ηλικίες άνω των 61 με MT 38,5. Ακολουθούν οι ηλικίες 51-60 με MT 30,67, οι 31-40 με MT 29,95, οι 41-50 με MT 29,52 και τέλος οι 21-30 με MT 29,07.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΠΙΝΑΚΑΣ 28

Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά μορφωτικό επίπεδο

Μορφωτικό Επίπεδο	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
	Μέση τιμή		
Π.Ε.	14,8	8,35	32
Τ.Ε.	22,19	7,21	29,73
Δ.Ε.	19,86	6,10	29,36
Υ.Ε.	19,10	3,41	26,69
Τιμή Ρ	0,46	0,19	0,225

Σε ότι αφορά στην συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με τις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης, από τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αυτών. Παρατηρούμε ότι για την «συναισθηματική εξάντληση» η μεγαλύτερη μέση τιμή (22,19) παρουσιάζεται στην τεχνολογική εκπαίδευση, ακολουθούν η δευτεροβάθμια εκπαίδευση με μέση τιμή 19,86 και η υποχρεωτική εκπαίδευση με 19,10. Την μικρότερη MT 14,8 παρουσιάζει η πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Αντίθετα, για την συνιστώσα της «αποπροσωποποίησης» την μεγαλύτερη MT 8,35 την έχει η πανεπιστημιακή εκπαίδευση και ακολουθεί η τεχνολογική εκπαίδευση με MT 7,21. Η δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχει MT 6,10 και τέλος η υποχρεωτική εκπαίδευση με MT 3,41. Για την συνιστώσα των «προσωπικών επιτευγμάτων» η κατηγορία της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης παρουσιάζει την μεγαλύτερη MT 32 και ακολουθούν οι κατηγορίες της τεχνολογικής εκπαίδευσης με MT 29,73 και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με 29,39. Τέλος, της υποχρεωτικής εκπαίδευσης με MT 26,69.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 29

Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
	Μέση τιμή		
Άγαμος	19,31	7,73	29,74
Έγγαμος	19,46	5,07	30,1
Διαζευγμένος/η	21,35	5,37	30,1
Χήρος/α	11	6,0	28
Τιμή P	0,156	0,56	0,571

Για την μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση για κάποια από τις τρεις συνιστώσες τις επαγγελματικής εξουθένωσης. Η μεγαλύτερη MT 21,35 της «συναισθηματικής εξάντλησης» παρουσιάζετε στους διαζευγμένους. Ακολουθούν οι έγγαμοι με MT 19,46 και οι άγαμοι με MT 19,31. Τέλος, ο χήρος με μέση τιμή 11. Για την συνιστώσα της «αποπροσωποποίησης» την μεγαλύτερη μέση τιμή 7,73 την παρουσιάζει ο άγαμος. Έπονται οι κατηγορίες χήρος με MT 6, ο διαζευγμένος με MT 5,37 και ο έγγαμος με MT 5,07. Τέλος, για την συνιστώσα των «προσωπικών επιτευγμάτων» την μεγαλύτερη MT 30,1 την παρουσιάζουν και οι έγγαμοι και οι διαζευγμένοι. Οι άγαμοι έχουν MT 29,74 και η κατηγορία χήρος έχει MT 28.

ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

ΠΙΝΑΚΑΣ 30

Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο

Προϋπηρεσία στο Νοσοκομειακό Χώρο	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
	Μέση τιμή		

0-5 έτη	18,69	6,44	28,98
6-10 έτη	20,83	6,55	29,5
11-15 έτη	20,41	5,16	29,6
16-20 έτη	21,81	5,89	29,49
>21 έτη	15,72	5,91	32,09
Τιμή P	0,287	0,765	0,536

Σε ότι αφορά στην μεταβλητή της προϋπηρεσίας στο νοσοκομειακό χώρο δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με κάποια από τις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Για την συνιστώσα της «συναισθηματικής εξάντλησης» την μεγαλύτερη MT 21,81 την παρουσιάζει η κατηγορία 16-20 έτη και ακολουθούν οι κατηγορίες 6-10 έτη με MT 20,83 και η 11-15 έτη με 20,41. Τις μικρότερες μέσες τιμές τις έχουν οι κατηγορίες 0-5 έτη με MT 18,69 και η >21 έτη με MT 15,72. Αντίθετα, για την συνιστώσα της «αποπροσωποποίηση» την μεγαλύτερη μέση τιμή 6,55 την έχει η κατηγορία 6-10 έτη. Έπονται οι κατηγορίες 0-5 έτη με MT 6,44 , η >21 έτη με MT 5,91, η 16-20 έτη με MT 5,89 και η 11-15 έτη με MT 5,16 έτη. Η συνιστώσα των «προσωπικών επιτευγμάτων» την μεγαλύτερη MT 32,09 την έχει η κατηγορία >21 έτη και ακολουθούν οι κατηγορίες 11-15 έτη με MT 29,6 , η 6-10 έτη με MT 29,5 , η 16-20 έτη με MT 29,49 και η 0-5 έτη με MT 28,98.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 31

Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά κατηγορία προσωπικού

Κατηγορία Προσωπικού	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
	Μέση τιμή		
Διοικητικό	19,3	3,49	29,96
Ιατρικό	14,63	5,31	32,31
Νοσηλευτικό	22,17	7,20	29,27
Επιστημονικό	9,5	4	29

Τεχνικό	19,96	3,98	32,65
Βοηθητικό	19,2	6,40	25,2
Παραϊατρικό	11,31	1,32	33,98
Τιμή P	0,146	0,124	0,239

Η μεταβλητή της κατηγορίας προσωπικού δεν παρουσιάζει στατιστικά ισχυρή συσχέτιση με τις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Την μεγαλύτερη τιμή 22,17 για την συνιστώσα της «συναισθηματικής εξάντλησης» την παρουσιάζει το νοσηλευτικό προσωπικό. Ακολουθούν το τεχνικό προσωπικό με MT 19,96, το διοικητικό με MT 19,3, το βοηθητικό με MT 19,2, το ιατρικό με MT 14,63, το παραϊατρικό με MT 11,31 και το επιστημονικό προσωπικό με MT 9,5. Και για την συνιστώσα της «αποπροσωποποίησης» την μεγαλύτερη MT 7,20 την έχει το νοσηλευτικό προσωπικό. Έπονται το βοηθητικό με MT 6,40, το ιατρικό με MT 5,31, το επιστημονικό με MT 4, το τεχνικό με MT 3,98, το διοικητικό με MT 3,49 και το παραϊατρικό προσωπικό με MT 1,32. Αντίθετα, η συνιστώσα των «προσωπικών επιτευγμάτων» παρουσιάζει την μέγιστη τιμή 33,98 για το παραϊατρικό προσωπικό. Το τεχνικό προσωπικό έχει MT 32,65, το ιατρικό έχει MT 32,31, το διοικητικό με MT 29,96, το νοσηλευτικό με MT 29,27, το επιστημονικό με MT 29 και το βοηθητικό με MT 25,2.

ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 32

Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά σχέση εργασίας

Σχέση Εργασίας	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
	Μέση τιμή		
Μόνιμος υπάλληλος	19,95	6,4	29,84
Μερική απασχόληση	0	0	0
Συμβασιούχος	16,79	4,4	30,47
Τιμή P	0,47	0,21	0,472

Η σχέση εργασίας δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Την υψηλότερη MT 19,95 για την συνιστώσα της «συναισθηματικής εξάντλησης» την παρουσιάζει ο μόνιμος υπάλληλος και έπειτα ακολουθεί ο συμβασιούχος με MT 16,79. Κανείς από τους ερωτηθέντες του δείγματός μας δεν απασχολείται με μερική απασχόληση, οπότε για όλες τις συνιστώσες η MT είναι μηδέν. Και για την συνιστώσα της «αποπροσωποποίησης» την υψηλότερη MT 6,4 την παρουσιάζει η κατηγορία μόνιμος υπάλληλος και ακολουθεί ο συμβασιούχος με MT 4,4. Αντίθετα, για την συνιστώσα των «προσωπικών επιτευγμάτων» την υψηλότερη MT 30,47 την έχει ο συμβασιούχος και έπεται ο μόνιμος υπάλληλος με MT 29,84.

ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 33

Μέσες τιμές των τριών συνιστωσών ανά ωράριο εργασίας

Ωράριο Εργασίας	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
	Μέση τιμή		
Μόνο πρωινό	15,23	4,73	30,84
Πρωινό και απογευματινό	21,54	6,43	29,72
Μόνο κυλιόμενο	20,77	7,06	29,24
Μόνο νυχτερινό	0	0	0
Τιμή P	0,00	0,65	0,291

Η μεταβλητή του ωραρίου εργασίας δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με την συνιστώσα της «αποπροσωποποίησης» και των «προσωπικών επιτευγμάτων» αντίθετα όμως φαίνεται να παρουσιάζει ισχυρή στατιστική συσχέτιση με την συνιστώσα των «προσωπικών επιτευγμάτων». Την μέγιστη MT 21,54 για την συνιστώσα της «συναισθηματικής εξάντλησης» την παρουσιάζει η κατηγορία πρωινό και απογευματινό. Έπειτα, η κατηγορία μόνο κυλιόμενο με MT 20,77 και μόνο το πρωινό με MT 15,23. Για όλες τις συνιστώσες, κανείς από τους επαγγελματίες υγείας του δείγματός μας δεν απασχολείται μόνο νυχτερινό ωράριο οπότε η MT είναι μηδέν. Για την

συνιστώσα της «αποπροσωποποίησης» η υψηλότερη ΜΤ 7,06 ανήκει στην κατηγορία κυλιόμενο ωράριο εργασίας. Έπονται το πρωινό και απογευματινό ωράριο με ΜΤ 6,43 και η κατηγορία μόνο πρωινό με ΜΤ 4,73. Τέλος, για την συνιστώσα των «προσωπικών επιτευγμάτων» την μεγαλύτερη ΜΤ 30,84 την έχει η κατηγορία μόνο πρωινό και έπονται οι κατηγορίες πρωινό και απογευματινό με ΜΤ 29,72 και μόνο κυλιόμενο με ΜΤ 29,24.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1 Συμπεράσματα

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout» προκαλείται κυρίως κατά την μακροχρόνια εργασία υπό ιδιαίτερα απαιτητικές-εξαντλητικές συνθήκες. Πιο συχνά πλήττονται οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, σε ογκολογικά, ψυχιατρικά και χειρουργικά τμήματα.

Η έγκαιρη αναγνώριση και πρόληψη του συνδρόμου είναι υψίστης σπουδαιότητας, γιατί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι δυνατό να επηρεάσει σημαντικά την υγεία του εργαζόμενου και την ποιότητα ζωής του.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη στο ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ», μπορούμε να διατυπώσουμε τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας του δείγματός μας δηλώνει ότι έχουν καθημερινά υψηλό φόρτο εργασίας, καθώς και ότι θεωρούν το περιβάλλον που εργάζονται ικανοποιητικό σε μέτριο βαθμό. Επίσης, οι περισσότεροι θεωρούν σημαντική και ενδιαφέρουσα την εργασία τους. Δηλώνουν ότι συγκρούονται λίγο με τους συναδέλφους τους και καθόλου με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.
- Περισσότεροι από τους μισούς επαγγελματίες υγείας διατυπώνουν πως η ηγεσία δεν ασκεί καθόλου αποτελεσματικά το έργο της και ότι δεν τους παρέχει κίνητρα για να εργάζονται πιο αποδοτικά. Θεωρούν, επίσης, ότι υπάρχει σε μικρό βαθμό σωστός συντονισμός με τα υπόλοιπα τμήματα του Νοσοκομείου.
- Το 50% των εργαζομένων αναφέρουν πως δεν έχουν καθόλου ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη και το 30,8% πως κάτι τέτοιο συμβαίνει σε πολύ μικρό βαθμό.
- Ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων του δείγματός μας θεωρεί ότι η τοποθέτησή τους στα τμήματα δεν γίνεται με βάση τις ικανότητες και τις επιθυμίες τους, καθώς και ότι η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν ενδιαφέρεται να ενημερωθεί άμεσα για τις ανάγκες των τμημάτων.

- Βάσει των αποτελεσμάτων η επαγγελματική εξουθένωση κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα και για τις τρεις συνιστώσες της (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, προσωπικά επιτεύγματα).
- Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, οι γυναίκες έχουν υψηλότερες τιμές για τις συνιστώσες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης. Αντίθετα, για την συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων οι άνδρες φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερες τιμές.
- Για τις συνιστώσες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να παρουσιάζει τις μεγαλύτερες μέσες τιμές, ενώ για την συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων το παραϊατρικό προσωπικό παρουσιάζει τις υψηλότερες τιμές.
- Σε ότι αφορά την μεταβλητή του μορφωτικού επιπέδου, τις υψηλότερες μέσες τιμές για τις συνιστώσες της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων την παρουσιάζει η κατηγορία της τεχνολογικής εκπαίδευσης και για την συνιστώσα της αποπροσωποποίησης η κατηγορία της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.
- Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρούμε ότι για την συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης υψηλότερες μέσες τιμές έχει ο διαζευγμένος, για την αποπροσωποποίηση ο άγαμος και για τα προσωπικά επιτεύγματα ο έγγαμος και ο διαζευγμένος.
- Για την σχέση εργασίας, τις μεγαλύτερες μέσες τιμές παρουσιάζει ο μόνιμος υπάλληλος για τις συνιστώσες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, ενώ για τα προσωπικά επιτεύγματα ο συμβασιούχος.
- Βάσει των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση του δείγματός μας οι μεταβλητές της ηλικίας, του μορφωτικού επιπέδου, της οικογενειακής κατάστασης, της προϋπηρεσίας στο νοσοκομειακό χώρο, της κατηγορίας προσωπικού και της σχέσης εργασίας δεν σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τα διάφορα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Η συνιστώσα των προσωπικών επιτευγμάτων της μεταβλητής φύλλο και η συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης της μεταβλητής ωράριο εργασίας παρουσιάζουν ισχυρή στατιστική συσχέτιση.

8.2 Προτάσεις

Με βάση την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ», καθώς και την βιβλιογραφία, υπάρχουν ορισμένες προτάσεις που μπορούν να διατυπωθούν με σκοπό την πρόληψη ή και την μείωση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας.

Αρχικά, η Διοίκηση του Νοσοκομείου οφείλει να αναγνωρίσει το πρόβλημα και εν συνεχεία να ενισχύσει τις προσπάθειες μελέτης του, καθώς και να εξειδικεύσει τους στόχους για τον περιορισμό του φαινομένου. Για παράδειγμα, στόχος μπορεί να είναι η μείωση της εξουθένωσης στη νοσηλευτική υπηρεσία ή η βελτίωση της εξουθένωσης των γυναικών εργαζομένων σε σχέση με τους άνδρες.

Άλλες προτάσεις μπορεί να είναι η βελτίωση των συνθηκών και της ασφάλειας της εργασίας, η απλούστευση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, η επαρκής στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό και η παροχή κινήτρων (ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης, οικονομικά). Βέβαια, το ΚΑΤ είναι δημόσιο νοσοκομείο με αποτέλεσμα να έχει ελάχιστες έως μηδενικές δυνατότητες όσον αφορά σε θέματα πρόσληψης-επιλογής προσωπικού, αμοιβών και προαγωγών. Παρόλα αυτά, η νοσοκομειακή διοίκηση έχει στη διάθεσή της σημαντικά εργαλεία για να ελαχιστοποιήσει αρκετούς από τους παράγοντες που προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση όπως:

- Η μετακίνηση προσωπικού και η ενίσχυση των τμημάτων με αυξημένο φόρτο εργασίας
- Η σωστή διαχείριση των κονδυλίων για την υπερωριακή απασχόληση
- Η διάθεση των απαραίτητων μέσων και υλικών για τη διευκόλυνση της εργασίας του προσωπικού
- Η υποστήριξη του προσωπικού στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν

Τα προγράμματα εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των εργαζομένων είναι απαραίτητα για την αποτελεσματική διαχείριση των ασθενών και του επαγγελματικού άγχους. Για παράδειγμα, θα μπορούσαν να εφαρμοστούν προγράμματα για το νεοπροσληθέν προσωπικό, αλλά και για τους εργαζόμενους με πολλά χρόνια προϋπηρεσίας, με σκοπό την καλύτερη συνεργασία και αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με το σύνδρομο, αλλά και για την ευαισθητοποίησή τους σε θέματα επικοινωνίας με τους ασθενείς.

Οι νέοι υπάλληλοι του Νοσοκομείου θα πρέπει να ενημερωθούν για τον τρόπο που λειτουργεί το συγκεκριμένο Νοσοκομείο, για τους στόχους και τα προβλήματά του, για τις διαδικασίες που πρέπει να οργανώσουν από την θέση που αναλαμβάνουν, για το καθηκοντολόγιο, καθώς και για τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά τους.

Σημαντική επίσης είναι η βελτίωση της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ των κλινικών και των τμημάτων του Νοσοκομείου. Αυτό θα οδηγήσει σε αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών και αποφυγή συγκρούσεων και εντάσεων.

Ευελπιστούμε ότι η εφαρμογή κάποιων από τις παραπάνω παρεμβάσεις θα βοηθήσει στον περιορισμό των επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδαλή Ε. «Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και τμήματα επειγουσών περιστατικών». Διδακτορική διατριβή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1999.

Αδαλή Ε., Πριάμη Ε., Ευαγγέλου Ε., Υφαντή Μ., Μούγια Β. «Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού Νοσηλευτικού προσωπικού», Νοσηλευτική, Τόμος 1, Τεύχος 41, 2002, σ.105-114.

Αδαλή Ε. «Συγκριτική μελέτη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης», Αθήνα, 2005.

Αλεξιάς Γ., Αναγνωστόπουλος Φ., Πιλάτης Ι. «Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού Δημόσιου Νοσοκομείου των Αθηνών», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Τόμος 1, Τεύχος 131, 2010, σ.109-136.

Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν. «Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 5, Τεύχος 25, 2008, σ.642-647.

Διλιντάς Α. «Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 3, Τεύχος 27, 2010, σ.498-508.

Δουβανάς Α., Μπάλιου Μ., Παντελάκη Α., Πουσδέρκη Π., Μαρβάκη Χ. «Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδικού νοσοκομείου», Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 3, Τεύχος 10, 2011.

Καδδά Α. «Τρόποι διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία», Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος 16, 2005, σ.23-26.

Κανδρή Θ., Καλέμη Γ., Μόχος Ν. «Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας», Νοσηλευτική, Τόμος 1, Τεύχος 43, 2004, σ.116-125.

Κάντας, Α. «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας», Ψυχολογία, Τόμος 3, 1996, σ.71-85.

Κάντας, Α. Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1995.

Καντάς Α. Διεργασίες ομάδας- Σύγκρουση, ανάπτυξη και αλλαγή, κουλτούρα, επαγγελματικό άγχος, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1995.

Καρανιάδου Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Τελειώνη Μ.Κ. «Δημογραφικοί, εργασιακοί και διοικητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση γιατρών και νοσηλευτών», Νοσηλευτική, Τόμος 3, Τεύχος 45, 2006, σ.391-403.

Μισουρίδου Ε. «Η Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική», Νοσηλευτική, Τόμος 4, Τεύχος 48, 2009, σ.358-366.

Μιχαλόπουλου Α. «Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών», Νοσηλευτική, Τεύχος 42, 2003, σ.293-298.

Μπαλτζή Ε., Χαρή- Παπαιωάννου Φ., Πολυκανδριώτη Μ., Γουρνή Μ., Χαραλάμπους Γ. «Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών του γενικού νοσοκομείου Λάρνακας Κύπρου», Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 11, Τεύχος 4, 2012.

Νούλα Μ., Μουχάκη Σ., Αργυροπούλου Δ., Υφαντή Ε., Κυριακίδου Β., Τσιρίγκα Σ., Γκεσουύλη Ε. «Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας», Inteterscientific Health Care, Τόμος 2, Τεύχος 2, 2010, σ.99-103.

Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. «Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 25, Τεύχος 1, 2008, σ.94-101.

Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1999.

Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. «Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών», Ψυχολογικά θέματα, Τόμος 5, Τεύχος 3, 1992, σ.183- 202.

Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. Επαγγελματική κόπωση: Κατανόηση, πρόληψη και αντιμετώπιση. Ψυχολογική αντιμετώπιση ατόμων με καρκίνο, Αθήνα, Εκδόσεις Ζήτα 1986.

Παπαδημητρίου Χ., Κουτσέλιος Α., Κρητικός Α., Πολλάτου Ε. «Επαγγελματική εξουθένωση και φυσική δραστηριότητα εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας» Διοίκησης Αθλητισμού και Αναψυχής, Τόμος 5, Τεύχος 1, σ.17-28.

Σιουρούνη Ε., Χατζόπουλος Π., Γιοβάνη Μ. «Βαθμός ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού», Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος 15, 2004, σ.23-28.

Σταυροπούλου Α., Παπαδάκη Ε., Φτυλακή Α., Καμπά Ε. «Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out syndrome): Κατανόηση και πρόωμη αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο» Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9, Τεύχος 3, 2010.

ΨΥΧΑΡΓΩΣ - Β' ΦΑΣΗ. «Το σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης», Αθήνα, 2005.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aiken L. H., Clarke S. P., Sloane D.M., Sochalski J. «Hospital nurse burnout and job dissatisfaction», JAMA, Vol. 288, No.16, 2002, p.1987-1993.

Anderson C.S. «Burnout of young doctors affects careers, recruiting and patient care», American College of Physicians, 2002.

Antiniou 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.

Aslan SH., Alparslan ZN., Aslan RO., Kesepara C, Unal M. Gender. «Related factors to burnout among Turkish health professionals», Ann Med Science, No.7, 1998, p.101-106.

Bakker A., Killmer C.H., Siegrist J., Schaufeli W. «Effort –reward imbalance and burnout among nurses», J. Adv. Nurs., Vol.31, No.4, 2000, p.884-891.

Bennett G. «The wound and the doctor», Secker & Warburg, London 1987.

Brewer E., Shapard L. «Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between burnout age or years of experience», Human Resources Development Review, No.3, 2004, p.102-123.

Carempbell DA., Sonnad SS., Eckhauser EG., Campbell KK., Green-Field LJ. «Burnout among American surgeons», Surgery, No.130, 2011, p.696-705.

Ceslowitz SB. «Burnout and coping strategies among hospital staff nurses», Journal of Advanced Nursing , No.14, 1989, p.553-557.

Cherniss C. «Professional burnout in Human Service Organizations. Psychological Bulletin, No.98, 1985, p.310-357

Cole A. «Stress: High Anxiety», Nursing Times, Vol.88, No.12, 1992, p.26-30

Cox A., Andrews P. «The development of support systems on oncology units», Oncology Nursing Forum, Vol.8, No.3, 1981, p.31-32.

Cushway D. «Stress in clinical psychology trainees», British Journal of Clinical Psychology, No.31, 1992, p.169-179.

Dermir A., Ulosoy M. &Ulosoy M.F. «Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses», International Journal of Nursing Studies, No.40, 2003, p.807-827.

Edelwich J. , Brodsky A. « Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions», Human sciences press, New York 1980.

Firth- Cozeens J. Payne R. «Stress in Health professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions», John Willey & Sons , U.K 1999.

Firth- Cozeens J. «Stress in Health professionals. In Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West R., & Mc Manus, C. (Eds)», Cambridge University Press, 1997.

Fischam J. «Getting tough», Psychology Today, 1987, p.26-28.

Fothergill A., Edwards D., Burnard P. «Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: Findings from a systematic review», Int J Soc Psychiatry, No.50, 2004, p.54-65.

Freidman A. «Burnout in teachers: shattered dreams of impeccable performance», I. Clin. Psychol, Vol.56, No.5, 2000, p.595-606.

Freudenberger H J. «Staff .burnout»,Journal of Social Issues,No.30, 1974, p.159-165.

Gabbe S., Melville J., Mandel L., Walkere E. «Burnout in chairs of obstetrics and gynaecology: Diagnosis, treatment and prevention.» Am J Obstet Gynecol, No.186, 2002, p.601-612.

Gil-Monte P. «Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory among Spanish professionals», Rev. Saude Publica, Vol.39, No.1, 2005, p.1-8.

Gomelbiewski R.T., Boudreau R.A., Munzenrider R.F. «Global burnout : a worldwide pandemic explored by the phase model», Greenwich, JAI press, 1966.

Guntupalli KK., Fromm RE. «Burnout in the internist-intensivist», Intensive Care Med, No.22, 1996, p.625-630.

Hannigan B., Edwards D., Coyle D., Forthergill A., Burnard P. «Burnout in mental health nurses: findings from the all Wales stress study», Journal of psychiatric Mental Health Nursing, Vol.7, No.2, 2000, p.127-134.

Jaffe, D.T & Scott, C. D. «Self-Renewa», Fireside, New York 1984.

Jaracz K., Gorna K., Konieczna J. « Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses», Rocz Akad Med Bialymst, Vol.50, No.1, 2005, p.216-219.

Jenkins R., Elliott P. «Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings», J Adv Nurs, Vol. 48, No. 6, 2004, p.622-631.

Jimmieson N.L. «Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy», Work &Stress, Vol.14, No.3, 2000, p.262-280.

Kobasa S.C. «How much stress can you survive?», CT: Dushkin, (Eds.) Annual Editions: Human Development 86/87, Guilford 1986.

Kobasa S.C, Maddi S.R., Kahn S. «Hardiness and health:A retrospective inquire», Journal of Personality and Social Psychology, 1982.

Kantas A., Vassilaki E. «Burnout in Greek teachers», Work and stress, Vol.11, No.1, 1974, p.94-100

Kilfedder CJ., Power KG., Wells TJ. «Burnout in psychiatric nursing», J Adv, Vol.34, No.3, 2001, p.383-396.

Lachman VD. «Stress Management , a Manual for Nurses», Grune and Stratton, London 1983.

Leither M., Maslach C. «The impact of interpersonal environment on burnout and organization commitment», Journal of Organizational Behaviour, No.9,1998, p.297-308.

Maslach C. «Burnout: The cost of Caring», Prentice-Hall Inc, New Jersey 1982.

Maslach C. «The truth about burnout», Josey –Bass Publishers, San Fransisco 1977.

Maslach C., Jackson S.E. Maslach Burnout Inventory (Manual), 2nd Edition , Consulting Psychologists Press: Palo Alto, 1986.

Maslach C., Jackson S.E. «The role of sex and family variables in burnout», Sex Role, No.12, 1985, p.835-851.

Maslach C., Jackson S.E., Leiter M. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1996.

Maslach C., Shaufeli B. Leiter M. «Job Burnout», Annual Review of Psychology, No.52, 2001, p.397-422.

Maslach C., Jackson S.E. «Burnout in organizational settings», Applied Social Psychology Annual, No.5, 1984, p.133-153.

McMurray JE., Linzer M., Konrad TR., Douglas J., Shugerman R., Nelson K. «The work of women physicians result from the physician work life study.The SGIM career satisfaction study group», J Gen Med 2000, No.15, 2000, p.1372-380.

Michels P., Probst J., Godenick M., Palesch Y. «Anxiety and anger among family practice research consortium study», Acad Med, No.78, 2003, p.69-79.

Murphy LR. «Organizational interventions to reduce stress in health care professionals», Psychological and organizational causes and interventions, New York 1999, p.149-162.

Pines A.M. & Aronson E. «Career Burnout: Causes and Cures», Free Press, New York 1988.

Pines A.M. «Who is to blame for helper's burnout?» Mazel Publications, New York 1986.

Pompili M., Rinaldi G., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. « Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms», Archives of Psychiatric Nursing, Vol.20, No. 3, 2006, p.135-143.

Poncet MC., Toullic P., Papazian L., Kentish-Barnes N., Timsit JF., Pochard F., et al. «Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff», Am J Respir Crit Care Med, Vol.175, No.7, 2007, p.698-704.

Potter B.A., Orfali S. J. «Finding a path with a heart. How to go from Burnout to Bliss», Ronin Publishing, Berkley, CA1994.

Ragland. D. R. (1977). «Behavioural approaches to the treatment of hypertension: a bibliography», DC: Government Printing Office, Washington.

Ramirez AJ., Graham J., Richards MA., Cull A.,Gregory WM. «Leaning MS. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians», Br J Cancer, No.71, 1995, p.1263-1269.

Robinson GE. «Career satisfaction in female physicians», Jama, No.291, 2004, p.635.

Ryan W. «Blaming the victim», Haworth Press B, New York 1971.

Schafeli W., Maslach C., Marek T. «Professional Burnout: recent Developments in theory and research», Taylor & Francis, Washington 1993.

Schaufeli & Buunk. Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing, the handbook of work and health psychology, 2nd Edition, 2003, p.383-429.

Shanafelt T., Bradley K., Wipf J., Back A. «Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program», Ann Intern Med, 2002.

Splettes M. «Burnout problem in helping professions», Pub Med, Vol.11, No.3, 1997, p.17,24.

Steinberg D. Interprofessional Consultation, Blackwell Scientific, Oxford 1989.

Sutherland V., Cooper C.L. De-stressing doctors: A self-management guide, Butterworth-Heinemann, London, 2003.

Taylor S.E. Health Psychology, 3rd Edition, New York: Mc Graw-Hill, Inc, 1995.

Travado L., Grassi L., Gil F., Ventura C., Martins C. «Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: The influence of psychosocial orientation and burnout», Vol.14, No.8, 2005, p.661-670.

Travers C.J., Cooper L.« Teachers under pressure-stress in the teaching profession», Routledge,1996.

Tyler P., Cushway D. «Stress and well-being in health-care staff:the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion», Stress Medicine, No.14, 1998, p.99-107.

Vachon M.L. Occupational stress in the care of Critically III, the Dying and the Bereaved, Hemisphere Co., New York 1987.

Wessels DT Jr. «Professional Burnout in Medicine and the Helping professions» New York: The Haworth Press, 1989, p. 97-99.

Wetherall M. «Not to be sneezed at», The Psychologist, Vol.15, No.6, 2002, p.305.

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, Vol.37, No. 4, 2006, p. 632-635.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?langID=1&pagecode=01>

<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.06.01&langid=1>

<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.06.03&langid=1>

<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.06.02&langid=1>

<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.06.04&langid=1>

<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.06.05&langid=1>

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΑΣ

Γ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Το ερωτηματολόγιο έχει καταρτιστεί με σκοπό να χρησιμοποιηθεί για την διεξαγωγή της διπλωματικής εργασίας με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση (burnout) των εργαζομένων στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ», στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» του Πανεπιστημίου Πειραιώς σε συνεργασία με το ΤΕΙ Πειραιώς .

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις είναι εμπιστευτικού χαρακτήρα και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων του Νοσοκομείου.

Σας παρακαλούμε να το συμπληρώσετε ανωνύμως.

Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- **Φύλο** Άνδρας Γυναίκα
- **Ηλικία** 21-30 31-40 41-50 51-60 >61
- **Μορφωτικό Επίπεδο**
- Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (Π.Ε.)
- Τεχνολογική εκπαίδευση (Τ.Ε.)
- Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Δ.Ε.)
- Υποχρεωτική εκπαίδευση (Υ.Ε.)

- Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος/ η Χήρος / α

- Προϋπηρεσία στο νοσοκομειακό χώρο

0-5 έτη 6-10 έτη 11-15 έτη 16-20 έτη >21 έτη

- Κατηγορία προσωπικού

Διοικητικό Ιατρικό Νοσηλευτικό Επιστημονικό
 Τεχνικό Βοηθητικό Παραϊατρικό

- Σχέση εργασίας

Μόνιμος υπάλληλος Μερική απασχόληση Συμβασιούχος

- Ωράριο εργασίας

Μόνο πρωινό Πρωινό και απογευματινό
 Μόνο νυχτερινό Κυλιόμενο

- Τμήμα / Κλινική :

Β. ΣΤΑΣΗ ΣΕ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις με βάση την ακόλουθη κλίμακα:

<i>Συχνότητα</i>					
0	1	2	3	4	5
Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μηνιαία	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

1. Νιώθω εξαντλημένος-η από τη δουλειά μου
2. Νιώθω, σαν να μην έχει τίποτα νόημα
3. Νιώθω κουρασμένος-η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μία μέρα στη δουλειά μου
4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι συνεργάτες ή ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν
5. Σε μερικούς συνεργάτες – ασθενείς συμπεριφέρομαι σα να ήταν αντικείμενα
6. Είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα
7. Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα της δουλειάς μου



8. Δεν έχω κανένα ενδιαφέρον για τη δουλειά μου
9. Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των συνεργατών ή ασθενών μου
10. Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα τη δουλειά
11. Με προβληματίζει το γεγονός ότι σταδιακά αυτή η δουλειά με κάνει Συναισθηματικά πιο σκληρό-ή
12. Νιώθω γεμάτος δύναμη και ενεργητικότητα
13. Νιώθω απογοητευμένος-η από τη δουλειά μου
14. Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου
15. Στην ουσία, δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει με τους συνεργάτες ή τους ασθενείς μου
16. Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση να βρίσκομαι σε επαφή με άλλους ανθρώπους
17. Έχω τη δυνατότητα να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους συνεργάτες ή τους ασθενείς μου
18. Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση για τη στενή συνεργασία με τους

συνεργάτες ή τους ασθενείς μου

19. Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτή τη δουλειά

20. Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια ...νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι

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

22. Νομίζω ότι οι συνεργάτες / ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους

Γ. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΙ – ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΙΣΧΥΕΙ ΛΙΓΟ	ΙΣΧΥΕΙ ΣΕ ΜΕΤΡΙΟ ΒΑΘΜΟ	ΙΣΧΥΕΙ ΠΟΛΥ
1. Στον επαγγελματικό μου χώρο γίνεται δίκαιη κατανομή στις βάρδιες και στα ωράρια				
2. Η θέση μου χαρακτηρίζεται από υψηλό φόρτο εργασίας				
3. Εργάζομαι σε ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας (φωτισμός, αερισμός, εξοπλισμός κλπ.)				
4. Συγκρούομαι με συναδέλφους μου				
5. Συγκρούομαι με τους ασθενείς και τους				

συνοδούς τους				
6. Η εργασία μου είναι μονότονη και ανιαρή				
7. Αισθάνομαι ότι η δουλειά που κάνω είναι σημαντική				
8. Η ηγεσία της υπηρεσίας μου ασκεί αποτελεσματικά το διοικητικό της έργο				
9. Η ηγεσία του νοσοκομείου μου παρέχει κίνητρα (πχ. οικονομικά) για να εργάζομαι πιο αποδοτικά				
10. Υπάρχει σωστός συντονισμός – συνεργασία με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου				
11. Στη δουλειά μου έχω ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη				
12. Η τοποθέτηση των εργαζομένων σε κάθε τμήμα γίνεται με βάση τις ικανότητες και τις επιθυμίες τους				
13. Η διοίκηση του νοσοκομείου ενδιαφέρεται να ενημερωθεί άμεσα για τις ανάγκες του τμήματός μου				