
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΤΟΥΣ ΥΓΕΙΑ**

Δημητριάδου Χρυσή

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2015

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΤΟΥΣ ΥΓΕΙΑ**

Δημητριάδου Χρυσή, Α.Μ.: ΔΥ/1207

Επιβλέπουσα: Χατζηδήμα Σταματίνα / Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2015

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**BURNOUT OF GREEK NURSES AND ITS
RELATIONSHIP TO THE PHYSICAL AND MENTAL
HEALTH**

Dimitriadou Xrysi

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, Year 2015

*Στον Θανάση και στον Ορέστη
Για την ενθάρρυνση
Την υπομονή
&
Την βοήθειά τους*

Η επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων νοσηλευτών και η σχέση της με την σωματική και ψυχική τους υγεία

Σημαντικοί Όροι: Επαγγελματική εξουθένωση, νοσηλευτικό προσωπικό, σωματική και ψυχική υγεία, εργασιακό περιβάλλον, παράγοντες κινδύνου, στρατηγικές διαχείρισης.

Περίληψη

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί την σύγχρονη ασθένεια των εργαζομένων στον 21^ο αιώνα. Η νοσηλευτική είναι ένα από τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα που πλήττονται σημαντικά από το επώδυνο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μπορεί να χαρακτηριστεί ως το σύνδρομο της σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης του επαγγελματία υγείας. Ο νοσηλευτής χάνει το ενδιαφέρον για τους αρρώστους του, παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης δεν έχει αναγνωριστεί ως νόσημα με συγκεκριμένη συμπτωματολογία και για αυτό εμφανίζει δυσκολία στην αναγνώρισή του. Γίνεται αντιληπτό μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές και στάσεις των νοσηλευτών, που συχνά συνοδεύονται από οργανικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα.

Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου, ο νοσηλευτής καλείται να αναγνωρίσει μόνος του τις αδυναμίες και τα όριά του, ώστε να προλάβει ή να αντιμετωπίσει έγκαιρα τα συμπτώματα.

Πρώτος στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των αιτιών της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο καθώς και της αντιμετώπισής τους. Ο δεύτερος στόχος είναι η διερεύνηση της σχέσης του συνδρόμου με δημογραφικούς, κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες και παράγοντες που αφορούν στις συνθήκες εργασίας. Ο τελευταίος στόχος είναι η διερεύνηση της σχέσης της

σωματικής και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αν και η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, οι παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας φαίνεται να ασκούν ισχυρότερη στρεσογόνο επίδραση συγκριτικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά.

Η ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας, αποτελεί ουσιαστικό δείκτη χαμηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών φροντίδας. Οφείλει η διοίκηση των νοσοκομείων να ενδιαφερθεί, βρίσκοντας αποτελεσματικούς τρόπους χειρισμού των προβλημάτων και εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στους χρήστες υπηρεσιών υγείας.

Burnout of Greek nurses and its relationship to the physical and mental health

Keywords: Burnout, nursing staff, physical and mental health, working environment, risk factors, management strategies.

Abstract

Burnout is the modern disease of workers in the 21st century. Nursing is among the caring professions which are significantly affected by the painful burnout syndrome.

Can be characterized as the syndrome of physical and psychological exhaustion of a health professional. Nurse loses interest to the patients, he ceases to be satisfied with work and creates a negative self-image.

Burnout syndrome is not recognized as a disease with a specific symptomatology and this shows difficulty in identification. Perceived through specific behaviors and attitudes of nurses, often accompanied by organic and psychosomatic symptoms.

For the treatment of the syndrome, the nurse called to recognize the weaknesses and limitations, in order to forestall or cope with early symptoms.

The first objective of this study is to investigate the causes of professional burnout at the individual and organizational level and to deal with them. The second objective is to investigate the relationship of the syndrome with demographic, socio-economic factors and factors relating to working conditions. The ultimate objective is to investigate the relationship of physical and mental health of nurses with the three dimensions of Burnout syndrome.

Although Burnout is a multifactor phenomenon, factors related to the working environment seems to wield stronger effect compared to their individual characteristics.

The existence of professional burnout, as indicated by the results of research, is an essential indicator of low quality care services. Hospital administration must be

interested in finding effective ways to handle problems and ensuring the quality of the services provided to users of health services.

Περιεχόμενα

Περίληψη	ix
Abstract	xi
Κατάλογος Πινάκων	xvii
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xix

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Βιβλιογραφική επισκόπηση

- 1.1 Ιστορική εξέλιξη της έννοιας επαγγελματική εξουθένωση
- 1.2 Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης
 - 1.2.1 Το θεωρητικό μοντέλο του Cherniss
 - 1.2.2 Το μοντέλο των Edelmich & Brodsky
 - 1.2.3 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων των Maslach & Jackson
 - 1.2.4 Το μοντέλο της Pines
 - 1.2.5 Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου του Karasek
 - 1.2.6 Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής
 - 1.2.7 Το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων-πόρων
- 1.3 Κλίμακες μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης
 - 1.3.1 Κλίμακα της Maslach
 - 1.3.2 Κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης
 - 1.3.3 Κλίμακα προσωπικού
 - 1.3.4 Κλίμακα Oldenburg
 - 1.3.5 Κλίμακα της Κοπεγχάγης
 - 1.3.6 Το ψυχοκοινωνικό ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Επαγγελματική εξουθένωση

- 2.1 Συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης
- 2.2 Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό στρες
- 2.3 Παράγοντες που προκαλούν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης
- 2.4 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για την επιχείρηση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών

- 3.1 Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό
- 3.2 Μελέτες για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στον Ελλαδικό Χώρο
- 3.3 Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης με την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

- 4.1 Διαχείριση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης
 - 4.1.1 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο
 - 4.1.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο
 - 4.1.3 Παρεμβάσεις σε επίπεδο μικρής ομάδας
 - 4.1.4 Παρεμβάσεις με την εφαρμογή ορθών πρακτικών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η διοίκηση ανθρώπινων πόρων στον κλάδο της υγείας

- 5.1 Εισαγωγή
- 5.2 Ορισμός και στόχοι της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων
- 5.3 Ο ρόλος της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων στον τομέα της υγείας
 - 5.3.1 Ο ρόλος της υποκίνησης
 - 5.3.2 Ο ρόλος της ηγεσίας
 - 5.3.3 Ο ρόλος της ενδυνάμωσης και της δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Μεθοδολογία-Έρευνα

- 6.1 Μεθοδολογία της έρευνας
 - 6.1.1 Σκοπός και σχεδιασμός της έρευνας
 - 6.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα
 - 6.1.3 Περιγραφή του δείγματος
 - 6.1.4 Ερευνητικά εργαλεία

6.2 Αποτελέσματα της έρευνας

6.2.1 Δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία

6.2.2 Συνθήκες εργασίας

6.2.3 Ερωτήσεις που αφορούν την υγεία του δείγματος

6.2.4 Καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού

Προσωπικού

6.3 Διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης με προσωπικούς- δημογραφικούς παράγοντες και τις συνθήκες εργασίας

6.4 Διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης με την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών

6.5 Συμπεράσματα

6.6 Περιορισμοί της έρευνας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Σκέψεις για συζήτηση

7.1 Προτάσεις

7.1.1 Η ανάρρωση των νοσηλευτών και η αλλαγή της σχέσης με την εργασί

7.2 Επίλογος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ερωτηματολόγιο

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Έγκριση ερευνητικής εργασίας

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κατάλογος Πινάκων

- 1.1 Η καμπύλη της εξουθένωσης
- 2.1 Διαφορές ανάμεσα σε στρες και εξουθένωση
- 2.2 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για τον εργαζόμενο
- 2.3 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για την επιχείρηση
- 3.1 Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές
- 5.1 Τρόπος επηρεασμού των εργαζομένων από τα μέσα υποκίνησης
- 6.1 Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης
- 6.2 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το φύλο
- 6.3 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ηλικία
- 6.4 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση
- 6.5 Αριθμός παιδιών του δείγματος
- 6.6 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το επίπεδο σπουδών
- 6.7 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την εκπαίδευση
- 6.8 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το τμήμα εργασίας
- 6.9 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας
- 6.10 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα κίνητρα επιλογής επαγγέλματος
- 6.11 Δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία
- 6.12 Συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού
- 6.13 Προτεινόμενες αλλαγές για βελτίωση και αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος
- 6.14 Εκτίμηση της σωματικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού
- 6.15 Εκτίμηση της ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού
- 6.16 Κατανομή του δείγματος ως προς τον βαθμό εξουθένωσης
- 6.17 Μέσες τιμές της έντασης της επαγγελματικής εξουθένωσης
- 6.18 Σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με προσωπικούς-δημογραφικούς παράγοντες και τις συνθήκες εργασίας
- 6.19 Σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις έξι κλίμακες του ερωτηματολογίου γενικής υγείας

Κατάλογος διαγραμμάτων

- 6.1 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το φύλο
- 6.2 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ηλικία
- 6.3 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση
- 6.4 Αριθμός παιδιών του δείγματος
- 6.5 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το επίπεδο σπουδών
- 6.6 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας
- 6.7 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα κίνητρα επιλογής επαγγέλματος
- 6.8 Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τις αλλαγές που προτείνουν για τη βελτίωση και αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Ιστορική εξέλιξη της έννοιας επαγγελματική εξουθένωση

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) μελετήθηκε για πρώτη φορά ως ψυχολογικό σύνδρομο στις αρχές της δεκαετίας του 1970 από τον βραβευμένο με Νόμπελ Herbert Freudenberger και ορίζεται ως **εξάντληση του ατόμου, η οποία προέρχεται από παρατεταμένη χρήση των ενεργειακών του αποθεμάτων.**

Ο Freudenberger το 1974 κατέληξε σε αυτόν τον ορισμό για να περιγράψει μια κατάσταση εξάντλησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο εργασιακό τους περιβάλλον. Παραλλήλισε την έννοια του όρου επαγγελματική εξουθένωση (burnout) με ένα κτίριο που έχει καταστραφεί από πυρκαγιά. Οι παρατηρήσεις του βασίστηκαν σε επαγγελματίες και εθελοντές εργαζόμενους της κλινικής του. Καθόρισε την κατάσταση αυτή ως «αδυναμία για επίδοση ή εξουθένωση λόγω υπερβολικών απαιτήσεων που αφορούν την ενέργεια, τη δύναμη ή τις δυνατότητες». Το άτομο γίνεται άκαμπτο, ξεροκέφαλο και ανελαστικό, εμποδίζει την πρόοδο και τις δομικές αλλαγές επειδή οι αλλαγές αυτές απαιτούν προσπάθεια για προσαρμογή. Ο Freudenberger θεωρεί ότι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση είναι οι αφοσιωμένοι και οι απορροφημένοι από την εργασία τους, εκείνοι δηλαδή που αισθάνονται τόσο μια εσωτερική πίεση να προσφέρουν όσο και μια εξωτερική να αποδώσουν. Περιέγραψε τον «αφοσιωμένο εργαζόμενο» (dedicated), ο

ο οποίος αναλαμβάνει υπερβολικά πολλή δουλειά, τον «υπέρ-δεσμευμένο εργαζόμενο» (overcommitted), του οποίου η ζωή έξω από την εργασία δεν δίνει ικανοποίηση και τον «αυταρχικό εργαζόμενο» (authoritarian), ο οποίος νοιώθει ότι κανείς άλλος εκτός από αυτόν δεν μπορεί να κάνει την δουλειά το ίδιο αποτελεσματικά (Freundenberger, 1975).

Η Jones (1980) χαρακτηρίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως σύνδρομο συναισθηματικού και σωματικού κενού, το οποίο εμπεριέχει την αρνητική στάση για την εργασία, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την έλλειψη ενδιαφέροντος για τους ασθενείς. Συνήθως εκδηλώνεται ως συχνός εκνευρισμός και θυμός προς τους ασθενείς, απόσυρση από την εργασία, απουσίες, παραίτηση του εργαζομένου, χαμηλή παραγωγικότητα, εργασιακή δυσαρέσκεια και έλλειψη δημιουργικότητας.

Η Seuntjens (1982) ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως εξασθένηση της ψυχολογικής κατάστασης, η οποία προκαλείται από την διάψευση των επαγγελματικών ελπίδων, με αποτέλεσμα την μειωμένη αποδοτικότητα και το χαμηλό ηθικό, τα οποία οδηγούν σε απουσίες, αποχώρηση από την εργασία και ψυχοσωματικές αρρώστιες. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια απάντηση στο στρες, είναι μια σωματική και ψυχολογική εξάντληση. Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι αναπτύσσουν επαγγελματική εξουθένωση δεν έχουν πια θετικά αισθήματα για τον εαυτό τους και τους ασθενείς και ίσως να τους συμπεριφέρονται με απάνθρωπο κυνισμό (Seuntjens, 1982).

Άλλοι συγγραφείς περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως την «προοδευτική απώλεια του ιδεαλισμού, της ενέργειας και του σκοπού, η οποία βιώνεται από ανθρώπους που εργάζονται σε επαγγέλματα προσφοράς, ως αποτέλεσμα της εργασίας τους» (Sturgess *et al*, 1983). Ο Cherniss (1980) περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως την αρρώστια των «υπέρ-αφοσιωμένων». Οι Cronin-Stubbs & Rooks (1985) την ορίζουν ως ψυχοβιολογική δυσκολία προσαρμογής και συμπεριφοριστική απάντηση στους επαγγελματικούς στρεσογόνους παράγοντες. Οι Breznjak & Ben Yalr (1989) πιστεύουν ότι οφείλεται στην ανισορροπία μεταξύ των δυνατοτήτων, των αξιών, των προσδοκιών και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος.

Η κλινική ψυχολόγος Christina Maslach (1978 & 1982) έδωσε τον πιο περιεκτικό ίσως ορισμό περιλαμβάνοντας τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική και νοητική εξουθένωση, η οποία παρατηρείται σε κάθε επαγγελματία που η δουλειά του απαιτεί την συνεχή επαφή με άλλους ανθρώπους. Η Maslach αναφέρει ότι το σύνδρομο αυτό

δεν εμφανίζεται ξαφνικά αλλά είναι το αποτέλεσμα παρατεταμένης εργασίας υπό πίεση. Περιγράφει το σύνδρομο ως «δείκτη φθοράς» των αξιών, της αξιοπρέπειας και της θέλησης του εργαζόμενου. Σύμφωνα με τις Christina Maslach και Jackson Susan (1986), υπάρχουν τρεις διαστάσεις που περιγράφουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης: **η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων.** Στην αρχή του συνδρόμου εμφανίζεται πρώτη η συναισθηματική εξάντληση. Ο εργαζόμενος αισθάνεται κουρασμένος από την δουλειά του και δεν έχει την ψυχολογική δύναμη να επενδύσει σε αυτήν. Αυτό έχει σαν συνέπεια την προσπάθειά του να αμυνθεί και να προστατέψει τον εαυτό του, «μονώνοντας» τα συναισθήματά του και αναπτύσσοντας απρόσωπες σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς για να αποφύγει την πίεση. Αυτός ο μηχανισμός οδηγεί στην τελική φάση της εξουθένωσης, δηλαδή στην πτώση της απόδοσης στην δουλειά. Όπως το έθεσε ένας επαγγελματίας, «δεν είναι ότι δεν θέλω να βοηθήσω αλλά δεν μπορώ, φαίνεται ότι έχω κουραστεί να συμπάσχω» (Firth-Cozens and Payne, 1999).

Ο παραπάνω ορισμός των Maslach & Jackson σε συνδυασμό με την ανάπτυξη και τεκμηρίωση ενός μεθοδολογικού εργαλείου για την μελέτη και μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτέλεσε ορόσημο για την εμπειρική μελέτη. Το τυποποιημένο αυτό εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ονομάζεται MBI (Maslach Burnout Inventory, 1981 & 1986) και δίνει στους ερευνητές τα απαραίτητα εφόδια για την μελέτη του συνδρόμου.

επαγγελματική αποτελεσματικότητα (professional efficacy).

Τέλος ενδιαφέρον παρουσιάζει η ερμηνεία που δόθηκε από την Pines (1993) για το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Pines υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με την ανάγκη του ανθρώπου να πιστεύει ότι η ζωή του έχει νόημα και ό,τι κάνει είναι χρήσιμο και έχει κάποια σημασία. Οι άνθρωποι προσπαθούν να ικανοποιήσουν αυτή την ανάγκη μέσα από την δουλειά τους. Όσοι δεν είναι ιδιαίτερα αφοσιωμένοι στην δουλειά τους έχουν λιγότερες πιθανότητες να βιώσουν την επαγγελματική εξουθένωση. Αντίθετα, εκείνοι που είναι αφοσιωμένοι στην δουλειά τους, που αισθάνονται ότι η εργασία τους δίνει νόημα στη ζωή τους αλλά παράλληλα αισθάνονται ότι έχουν αποτύχει στον εργασιακό τομέα, είναι επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση.

Στην εικόνα που ακολουθεί φαίνονται οι καταστάσεις που βιώνει ο εργαζόμενος καθώς μειώνεται η εργασιακή του απόδοση και ικανοποίηση και αυξάνεται η αίσθηση

κενότητας και ευτέλειας. Όπως αναφέρθηκε ο εργαζόμενος ξεκινά να εργάζεται έχοντας υπερβολικές προσδοκίες και καθώς μειώνεται η εργασιακή του απόδοση και ικανοποίηση και αυξάνεται η αίσθηση κενότητας και ευτέλειας καταλήγει στην εξουθένωση.

Πίνακας 1.1
Η καμπύλη της εξουθένωσης



Πηγή: Coyote, C. (2006), Slow Leadership

Ανακτήθηκε από www.slowleadership.com/2006/12/understanding-burnout-part-1-html

1.2 Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα προσπαθούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Υπάρχουν δύο βασικές προσεγγίσεις των ερευνητών:

- Η πρώτη ομάδα τονίζει την σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις

προσδοκίες που έχει ο επαγγελματίας από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από τον χώρο στον οποίο εργάζεται.

- Η δεύτερη ομάδα υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού (Dekker & Schaufeli, 1995 και Antoniou, 1999).

1.2.1 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Σύμφωνα με τον C. Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μια διαδικασία παρά ένα μεμονωμένο συμβάν και ακολουθεί τρεις φάσεις.

- Φάση «εργασιακού στρες»:** το εργασιακό στρες είναι αποτέλεσμα της διατάραξης της ισορροπίας ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους, η οποία δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα του εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτή η διατάραξη μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, αλλά δεν οδηγεί απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.
- Φάση «εξάντλησης»:** Η προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας εκδηλώνεται με την μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μια κατάσταση συνεχούς έντασης, την οποία εάν δεν καταφέρει να διαχειριστεί σωστά, μπορεί να οδηγηθεί σε απογοήτευση και παραίτηση.
- Φάση «αμυντικής κατάληξης»:** Σε αυτό το στάδιο πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και συμπεριφορά του εργαζόμενου. Εκδηλώνεται κυνισμός, αρνητισμός, οργή, καχυποψία, οικογενειακές συγκρούσεις και

απάθεια για τους άλλους έτσι ώστε να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

1.2.2 Το μοντέλο των Edelmich & Brodsky (1980)

Οι Edelmich & Brodsky περιέγραψαν μια σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του.

- i. **Στάδιο ενθουσιασμού:** Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό, έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Σε αυτό το στάδιο υπέρ-επενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο και την ψυχή του. Διαπιστώνοντας, όμως, ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.
- ii. **Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας:** η εργασιακή καθημερινότητα διανεύδει τις προσδοκίες και οι ανάγκες του δεν καλύπτονται μέσα από την δουλειά. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί να επενδύσει ακόμη περισσότερο στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Σταδιακά η εργασία παύει να φαντάζει ιδανική, ακόμη όμως δεν έχει αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.
- iii. **Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης:** ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από αυτή την κατάσταση θα πρέπει είτε να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του, είτε να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο.
- iv. **Στάδιο απάθειας:** ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους,

όμως επενδύει ελάχιστη ενέργεια στην εργασία του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του.

1.2.3 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων των Maslach & Jackson (1982)

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το μοντέλο αυτό αναδεικνύει τρεις διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, που κάθε μια αντιπροσωπεύει και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων.

1^η διάσταση ➡ **Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion):** Θεωρείται η πιο σημαντική από τις τρεις διαστάσεις. Ο εργαζόμενος αισθάνεται ψυχική και σωματική κόπωση, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Συνήθως συνοδεύεται από συναισθήματα απογοήτευσης και έντασης. Οι προσδοκίες διαψεύδονται, πηγές ανανέωσης της ενέργειας δεν υπάρχουν και τα άτομα δεν είναι ικανά να προσφέρουν.

2^η διάσταση ➡ **Αποπροσωποποίηση (depersonalization):** ο εργαζόμενος απομακρύνεται και αποξενώνεται από τους ασθενείς/πελάτες και έχει απρόσωπες, επιθετικές και κυνικές σχέσεις με αυτούς. Ο νοσηλευτής έχει κυνική, αρνητική στάση απέναντι στους ασθενείς του. Είναι αγενής, έχει κακή επικοινωνία μαζί τους, τους βλέπει μόνο σαν «νούμερα». Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η τάση να αναφέρεται στους ασθενείς όχι με τα ονόματά τους αλλά με το αριθμό του δωματίου τους ή την ασθένειά τους. Η αποπροσωποποίηση θεωρείται ως ένας μηχανισμός αντιμετώπισης της εξουθένωσης από πλευράς εργαζομένων, ο οποίος δεν είναι μόνο μια αποδεκτή αντίδραση αλλά και επαγγελματική.

3^η διάσταση ➡ **Έλλειψη προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment):** Ο εργαζόμενος έχει την αίσθηση ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στο χώρο εργασίας του και να έχει θετικές αλληλεπιδράσεις με το εργασιακό του περιβάλλον. Ακόμη και εάν έχει επιτυχίες τις υποτιμά και αισθάνεται ανεπαρκής.

1.2.4 Το μοντέλο της Pines (1988)

Η Pines τονίζει περισσότερο το ρόλο του εργασιακού περιβάλλοντος. Θεωρεί ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα κίνητρα παίζουν ρόλο μόνο για την πυροδότηση και τον καθορισμό της βαρύτητας του συνδρόμου. Ωστόσο τονίζει ότι οι περισσότερο αφοσιωμένοι εργαζόμενοι εμφανίζουν βαρύτερες μορφές εξουθένωσης και κατά την γνώμη της η αιτία της εξουθένωσης αυτής είναι υπαρξιακή και οφείλεται στην ανάγκη του ανθρώπου να δώσει νόημα στη ζωή του. Όταν η εργασία αποτυγχάνει να το κάνει, η επαγγελματική εξουθένωση είναι αναπόφευκτη. Η Pines και οι συνεργάτες της δεν περιορίστηκαν μόνο στους επαγγελματίες υγείας, αλλά διερεύνησαν και άλλους τομείς, όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1988) και οι πολιτικές συγκρούσεις. Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure, 2005) αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μια μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία.

1.2.5 Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου του Karasek (The demand-control model)

Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου-κοινωνικής στήριξης (Karasek, 1979, Karasek & Theorell, 1990, Johnson & Hall, 1988), είναι ένα από τα πιο γνωστά και ευρέως διαδεδομένα μοντέλα. Το μοντέλο αυτό ορίζει τρεις βασικούς παράγοντες άγχους οι οποίοι επηρεάζουν την ευεξία των εργαζομένων:

1. Ψυχολογικές απαιτήσεις της εργασίας
2. Έλεγχος ή εύρος λήψης αποφάσεων
3. Κοινωνική στήριξη από προϊστάμενους, συναδέλφους και υφιστάμενους

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι αρνητικές αντιδράσεις άγχους (όπως η κόπωση, η αγωνία, η κατάθλιψη και η σωματική ασθένεια) εμφανίζονται όταν οι ψυχολογικές απαιτήσεις είναι υψηλές και ο έλεγχος της εργασίας κατά τη λήψη αποφάσεων είναι χαμηλός. Η κοινωνική στήριξη μπορεί να λειτουργήσει ως ενισχυτικός παράγοντας. Η εργασία προκαλεί στρες στον εργαζόμενο όταν δεν του κεντρίζει το ενδιαφέρον, είναι βαρετή, μονότονη και δεν τον βοηθά να αναπτύσσει και να αξιοποιεί τις κλίσεις και τις

γνώσεις του ή να αποκτήσει νέες γνώσεις και δεξιότητες. Το μοντέλο αυτό συσχετίζει τα διάφορα επαγγέλματα με το εργασιακό άγχος και με τον κίνδυνο ασθένειας. Έχει χρησιμοποιηθεί σε επιδημιολογικές μελέτες χρόνιων νόσων, όπως η στεφανιαία νόσος.

1.2.6 Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής (ERI: The effort-reward imbalance model)

Το 1990 οι Siegrist *et al* πρότειναν ένα νέο μοντέλο για τη σχέση εργασιακών συνθηκών και υγείας των εργαζομένων. Η βασική υπόθεση είναι ότι πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα σε αυτό που ο εργαζόμενος «επενδύει» στη δουλειά του και σε αυτό που παίρνει πίσω ως ανταπόδοση. Στην αντίθετη περίπτωση νιώθει πιεσμένος και δυσαρεστημένος και αυτό μακροπρόθεσμα επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας του. Τι εννοεί ο Siegrist όταν μιλά για προσπάθεια και ανταπόδοση; Ο όρος προσπάθεια έχει δύο διαστάσεις:

- 1) την εξωγενή προσπάθεια, δηλαδή το έργο που καταβάλλει ο εργαζόμενος προκειμένου να εκπληρώσει τα βασικά εργασιακά του καθήκοντα (χρησιμοποιώντας την ορολογία του Karasek, τις απαιτήσεις της δουλειάς), και
- 2) την ενδογενή προσπάθεια, δηλαδή τα εσωτερικά κίνητρα του εργαζόμενου που τον ωθούν να αποδώσει στον εργασιακό του χώρο.

Τέτοια κίνητρα είναι η ανάγκη του για λήψη πρωτοβουλιών, η ανάγκη του για κοινωνική αναγνώριση, η ανταγωνιστικότητά του, ο βαθμός ευερεθιστότητάς του και η ικανότητα του να αποσυνδέει την επαγγελματική από την προσωπική του ζωή. Ως ανταπόδοση ο εργαζόμενος λαμβάνει από τη δουλειά του κοινωνική αναγνώριση, χρηματική ανταμοιβή, τη δυνατότητα διατήρησης της εργασιακής του θέσης και επαγγελματική/οικονομική ασφάλεια. Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα, κυρίως από τον ίδιο τον Siegrist και τους συνεργάτες του (Siegrist, Peter, Junge, Cremer & Seidel, 1990. Siegrist, Peter, Cremer & Seidel, 1997.), συμφωνούν με τις υποθέσεις του, ότι η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ αυτών των παραγόντων συνδέεται συχνά με υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας/ανταπόδοσης, αν και πολλά υποσχόμενο, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης προκειμένου να διαπιστωθεί η ορθότητα των υποθέσεών του, αλλά και να βρεθούν τα όρια των εφαρμογών του.

1.2.7 Το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων-πόρων (JD: The Job Demands-Resources Model)

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας είναι τόσες ώστε να μην μπορούν να καλυφθούν από τις πηγές και από το σύνολο των ευεργετημάτων που αυτή προσφέρει.

Οι *εργασιακές απαιτήσεις* αναφέρονται στις σωματικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πλευρές της εργασίας, οι οποίες απαιτούν διαρκή σωματική ή πνευματική προσπάθεια και σχετίζονται με συγκεκριμένες σωματικές και ψυχολογικές θυσίες (Demerouti και συν., 2001).

Οι *εργασιακοί πόροι* αναφέρονται στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πλευρές της εργασίας, οι οποίες μπορούν να:

- i. Είναι λειτουργικές προς την επίτευξη των εργασιακών στόχων.
- ii. Μειώνουν τις εργασιακές απαιτήσεις που συνδέονται με τις φυσικές και ψυχολογικές θυσίες.
- iii. Προωθούν την προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη. (Bakker & Demerouti, 2007. Demerouti και συν, 2001).

1.3 Κλίμακες μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Πολλοί ερευνητές της οργανωτικής ψυχολογίας και οργανωτικής συμπεριφοράς ασχολούνται με τη διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, βασιζόμενοι στα θεωρητικά μοντέλα που αναφέρθηκαν παραπάνω. Για να διεξαχθούν αποτελεσματικές έρευνες, οι οποίες θα οδηγήσουν στη δημιουργία θεωρητικής βάσης και πρακτικών που θα μπορούν να εφαρμοστούν, προσπάθησαν να κατασκευάσουν εργαλεία μέτρησης αυτού του φαινομένου. Η δημιουργία θεωρητικής βάσης αφορά τα αίτια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, τη δυναμική του και τα

αποτελέσματά του, κυρίως για να μπορεί να γίνει πρόληψη των αποτελεσμάτων του συνδρόμου στους εργαζόμενους. Επίσης από τις έρευνες με τα διάφορα εργαλεία παρέχονται πληροφορίες για την αντιμετώπιση του συνδρόμου, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, ανάλογα με το στάδιο στο οποίο γίνεται η διάγνωση (Burke & Richardsen, 1993).

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αναλύονται παρακάτω.

1.3.1 Κλίμακα της Maslach (The Maslach Burnout Inventory-MBI)

Πρόκειται για την πιο δημοφιλή και διαδεδομένη κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το ερωτηματολόγιο της Maslach (Maslach, 1982. Maslach & Jackson, 1981, 1986. Maslach & Leiter, 1997) αποτελείται από 22 ερωτήματα, τα οποία μετρούν τα τρία δομικά στοιχεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης αποτυπώνει το βαθμό στον οποίο το άτομο νοιώθει συναισθηματικά υπερφορτισμένο και εξουθενωμένο από την εργασία του. Η συναισθηματική εξουθένωση, δηλαδή η εξάντληση των αποθεμάτων των συναισθηματικών πόρων του εργαζόμενου, θεωρείται ο πυρήνας του ερωτηματολογίου και αποτελεί το κυρίαρχο συστατικό του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach, Shaufeli, Leiter, 2001).

Η υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης περιγράφει τη στάση που κρατούν τα άτομα απέναντι στους ασθενείς/πελάτες και η οποία τείνει να είναι μηχανική, κυνική και αποστασιοποιημένη.

Η υποκλίμακα της μειωμένης προσωπικής επίτευξης καταγράφει τα αισθήματα μειωμένης αποτελεσματικότητας και επίδοσης του εργαζόμενου σε σχέση με τα προσδοκώμενα από τον εαυτό του.

Το συγκεκριμένο εργαλείο ζητά από τους εργαζόμενους να δείξουν την συχνότητα των συναισθημάτων τους κατά τη διάρκεια του εργασιακού έτους. Κάθε ένα από τα ερωτήματα βαθμολογείται από μια επταβάθμια κλίμακα Likert, με το 0 να σημαίνει ότι ποτέ δεν εμφανίζει αυτό που ερωτάται και το 6 να σημαίνει ότι το αισθάνεται κάθε μέρα.

Η Maslach διαμόρφωσε αργότερα την ονοματολογία των δύο τελευταίων δομικών στοιχείων (Maslach *et al*, 2001). Η αποπροσωποποίηση ονομάστηκε «κυνισμός», περιγράφοντας όλες τις αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές (απογοήτευση, απομυθοποίηση, έλλειψη εμπιστοσύνης σε ανθρώπους και καταστάσεις) που εκδηλώνουν οι εργαζόμενοι στο χώρο εργασίας τους. Η μειωμένη προσωπική επίτευξη μετονομάστηκε σε «μειωμένη αποτελεσματικότητα» και αναφέρεται στα αισθήματα του εργαζόμενου που έχουν να κάνουν με μια προσωπική εκτίμηση του ελλείμματος της αποτελεσματικότητας, της επίτευξης, της παραγωγικότητας και της ικανότητάς του να ανταπεξέλθει σε οποιαδήποτε εργασία του ανατεθεί (Leiter & Maslach, 2001).

Η κλίμακα της Maslach αναφέρεται κυρίως στους εργαζόμενους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και στους εκπαιδευτικούς. Η χρήση της σε άλλους κλάδους δεν είχε ικανοποιητικά αποτελέσματα (Evans & Fisher, 1993. Boles, Dean, Ricks, Short & Wang, 2000). Για να καλυφθεί το κενό δημιουργήθηκε μια νέα κλίμακα, η Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), για έρευνα σε όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

1.3.2 Κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout Inventory-BI)

Η κλίμακα BI δημιουργήθηκε από τους Pines, Aronson και Kafry (1981). Αποτελείται από 21 ερωτήματα, τα οποία βαθμολογούνται με μια κλίμακα Likert με το 0 να σημαίνει «ποτέ» και το 6 να σημαίνει «πάντα». Η συνολική βαθμολογία είναι ο μέσος όρος των απαντήσεων. Τα ερωτήματα αντιπροσωπεύουν τα τρία δομικά συστατικά στοιχεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αντίθετα με το MBI δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένο τύπο εργασίας, έχει αξιοπιστία και εγκυρότητα (Schaufeli & Enzmann, 1988).

1.3.3 Κλίμακα προσωπικού (Stiff Burnout Scale-SBS)

Η κλίμακα προσωπικού αναφέρεται στο προσωπικό των επαγγελματιών υγείας (Jones, 1980). Αποτελείται από 30 ερωτήματα βασισμένα στην θεωρητική προσέγγιση της

Maslach αλλά περιέχει και ερωτήματα που αφορούν τη συμπεριφορά και την φυσιολογία. Τα δέκα τελευταία ερωτήματα αποτελούν μια κλίμακα ψεύδους, έτσι ώστε να ανιχνευθούν τάσεις για «καλές απαντήσεις». Το SBS αξιολογεί τις αρνητικές γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφοριστικές, ψυχολογικές και κοινωνιολογικές αντιδράσεις του ατόμου που προκαλούν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο Jones αναφέρει την ύπαρξη τεσσάρων παραγόντων: την δυσαρέσκεια για την εργασία, την ψυχολογική και διαπροσωπική ένταση, τη φυσική ασθένεια και τον κίνδυνο και τέλος την μη επαγγελματική σχέση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών.

1.3.4 Κλίμακα Oldenburg (Oldenburg Burnout Inventory-OLBI)

Η κλίμακα OLBI δημιουργήθηκε σχετικά πρόσφατα και περιλαμβάνει τα δομικά στοιχεία της εξουθένωσης, της αποδέσμευσης μαζί με τον κυνισμό και την μειωμένη προσωπική επίτευξη. Σκοπός της δημιουργίας της κλίμακα OLBI ήταν η αμφίπλευρη διατύπωση των ερωτημάτων των δομικών στοιχείων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ το MBI είχε μόνο αρνητικές διατυπώσεις στις ερωτήσεις του, το OLBI έχει μισές αρνητικές και μισές θετικές διατυπώσεις, ώστε να καλύψει την περιγραφή των δομικών στοιχείων αμφίπλευρα.

Η κλίμακα χρησιμοποιείται για το σύνολο των εργαζομένων, δηλαδή και για επαγγέλματα στα οποία δεν υπάρχουν επαφές και σχέσεις τύπου πάροχος-πελάτης (Demerouti & Bakker, 2008).

1.3.5 Κλίμακα της Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory-CBI)

Σχετικά πρόσφατα ο Kristensen και οι συνεργάτες του (2005) δημιούργησαν ένα καινούριο εργαλείο για την μέτρηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το CBI αναπτύχθηκε κατά την διάρκεια της μελέτης PUMA σε εργαζόμενους παροχής υπηρεσιών στη Δανία. Θεωρήθηκε ότι η απόδοση της έννοιας του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με το MBI είναι ασαφής. Οι ερευνητές θεώρησαν ότι δεν εξετάζεται η πιθανή ερμηνεία της αποπροσωποποίησης ως μια στρατηγική αντιμετώπισης της εργασιακής πίεσης και η ερμηνεία της μειωμένης επαγγελματικής

επίτευξης ως μια επίδραση του διαρκούς στρες πάνω στον εργαζόμενο. Η διατύπωση του MBI δεν έγινε αποδεκτή από τους Δανούς συμμετέχοντες στην έρευνα, προκαλώντας αρνητικές αντιδράσεις (Engelbrecht, 2006).

Το CBI είναι σχεδιασμένο μετά από προσεκτική έρευνα και βασίζεται σε ένα σύνολο θεωρητικών υποθέσεων. Περιέχει τρεις διαφορετικές κλίμακες: μια κλίμακα που μετρά τη γενική εξουθένωση και ονομάζεται προσωπικό σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, μια δεύτερη που σχετίζεται με το εργασιακό κομμάτι και μια τρίτη κλίμακα που σχετίζεται με την σχέση εργαζόμενου-πελάτη. Τα ερωτήματα της πρώτης κλίμακας εμπνέονται από το BI, της δεύτερης από την υποκλίμακα συναισθηματικής εξουθένωσης των ερωτηματολογίων MBI και MBI-GS. Οι ερωτήσεις της τρίτης κλίμακας που αφορούν την σχέση εργαζόμενου-πελάτη διατυπώθηκαν πρόσφατα και είναι καινούριες. Οι ήδη υπάρχουσες μελέτες δείχνουν ότι η μέτρηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε διαφορετικά επαγγέλματα είναι δυνατή με τη χρήση του CBI.

1.3.6 Το ψυχοκοινωνικό ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης (The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-COPSOQ II)

Το ερωτηματολόγιο COPSOQ II είναι η εξέλιξη του COPSOQ I. Είναι ένα πλήρες εργαλείο που καταγράφει πλήθος ψυχολογικών, προσωπικών και οργανωτικών παραγόντων οι οποίοι συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά καταγράφει και την εμφάνιση των επιπτώσεων στο σωματικό, ψυχολογικό και διανοητικό επίπεδο του εργαζόμενου (Pejtersen *et al*, 2010. Kristensen *et al*, 2005). Περιλαμβάνει 41 υποκλίμακες με συνολικά 127 ερωτήματα. Κάποιες από τις πιο πρόσφατες υποκλίμακες αναφέρονται στην εμπιστοσύνη, στη δικαιοσύνη, στην κοινωνικοποίηση μέσα στην εργασία, στη διαφοροποίηση της εργασίας, στο ρυθμό της εργασίας, στην αναγνώριση, στη σύγκρουση οικογένειας-εργασίας, σε θέματα ανάρμοστης συμπεριφοράς στο εργασιακό περιβάλλον.

Το COPSOQ II βασίστηκε στην έρευνα με ερωτηματολόγια σε 3500 Δανούς και είναι ένα πολυπαραγοντικό εργαλείο μέτρησης ψυχοκοινωνικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένου και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, σε μια από τις υποκλίμακές του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

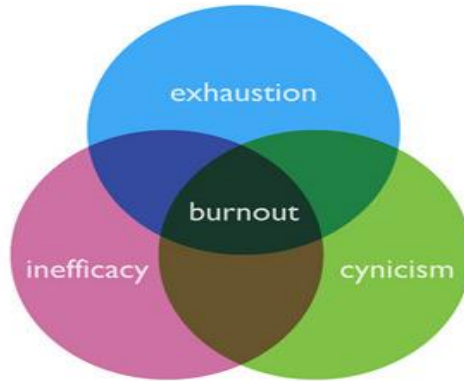
2.1 Συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τρεις είναι οι συνιστώσες που συνθέτουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach *et al*, 1996):

- **Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion):** είναι το πρώτο στάδιο του συνδρόμου. Χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας, αδυναμία συγκέντρωσης στα εργασιακά καθήκοντα και την αίσθηση ότι έχουν εξαντληθεί οι συναισθηματικές εφεδρείες του εργαζόμενου. Στην πορεία της εξάντλησης τα άτομα νοιώθουν ανίκανα να δώσουν κάτι από τον εαυτό τους στους άλλους, πιστεύουν ότι δεν είναι τόσο υπεύθυνα στην εργασία τους όσο παλιά και υπάρχει η αίσθηση διάψευσης των προσδοκιών τους.
- **Αποπροσωποποίηση (depersonalization):** ο νοσηλευτής μεταχειρίζεται τους ασθενείς περισσότερο ως αντικείμενα παρά ως ανθρώπους. Κρατάει απόμακρη, αρνητική και κυνική στάση απέναντι τους, γίνεται αντικοινωνικός και αγενής. Παύει να αναφέρεται στους ασθενείς με το όνομά τους, και χρησιμοποιεί την ασθένεια ή τον αριθμό του κρεβατιού του. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να βρίσκεται όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο μακριά από τους ασθενείς και τα διαλείμματα μεγαλώνουν.
- **Μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων (loss of personal accomplishment):** έχει να κάνει με τον τρόπο που βλέπει ο νοσηλευτής τον εαυτό του και την σχέση

του με τους ασθενείς και την εργασία. Νοιώθει αποτυχημένος στην εργασία του, μειώνεται η αυτοεκτίμησή του και μπορεί να οδηγηθεί στην κατάθλιψη, στην αναζήτηση εργασίας που δεν απαιτεί στενή επαφή με ανθρώπους ή στην παραίτηση από την εργασία.

Οι τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης



2.2 Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό στρες

Παρατηρείται συχνά μια ταύτιση του εργασιακού στρες με την επαγγελματική εξουθένωση. Όπως έχουν αναφέρει οι Pines & Aronson (1988) η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια από τις σημαντικότερες συνέπειες του εργασιακού στρες χωρίς όμως οι δύο αυτοί όροι να είναι ταυτόσημοι.

Το **εργασιακό στρες** είναι αποτέλεσμα της αντίληψης του εργαζόμενου ότι υπάρχει ανισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας του και την ικανότητά του να λειτουργήσει αποτελεσματικά (OSHA, 2000). Οφείλεται κυρίως σε συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως ωράριο, φόρτος εργασίας, εργασιακές σχέσεις, σταδιοδρομία, οργανωτική δομή, εργασιακό κλίμα, αλληλεπίδραση οικογενειακού και εργασιακού περιβάλλοντος (Cooper, 1983 & 1985). Το πρόβλημα του στρες είναι πολύ συχνό, επηρεάζει όλους τους ανθρώπους και μπορεί να προκαλείται από μεγάλο αριθμό καταστάσεων. Τα σημεία και συμπτώματα του εργασιακού στρες είναι ποικίλα και μιμούνται πολλές ασθένειες. Οι επιδράσεις του στρες στην υγεία εξαρτώνται από

τον τρόπο με τον οποίο το βιώνει και το αντιμετωπίζει ο κάθε άνθρωπος. Η προσωπικότητα, δηλαδή, του εργαζόμενου είναι ο καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τον τρόπο αντίληψης και διαχείρισης μιας κατάστασης στρες.

Η **επαγγελματική εξουθένωση**, σύμφωνα με το μοντέλο της Pines (2005), οφείλεται στις αρνητικές συνέπειες του χρόνιου εργασιακού στρες στην υγεία, αλλά και σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα με τους ειδικούς, αποτελεί μια από τις συνέπειες του εργασιακού στρες. Θεωρείται όμως μια κατάσταση πολύ πιο σύνθετη, γιατί δεν χαρακτηρίζεται μόνο από τους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες που συνθέτουν το στρες, αλλά εξαρτάται και από ποικίλες κοινωνικές και μορφωτικές μεταβλητές, οι οποίες δρουν ως καταλύτες για το πέρασμα από το στρες στην επαγγελματική εξουθένωση. Χαρακτηρίζεται από ταχεία κατανάλωση των ενεργειακών ψυχοσωματικών αποθεμάτων και μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων.

Στο εργασιακό στρες η συναισθηματική εξάντληση, το μειωμένο αίσθημα επίτευξης ή οι αρνητικές αυτό-αξιολογήσεις αποτελούν βασικά στοιχεία, δεν ισχύει όμως το ίδιο και για την αποπροσωποποίηση, η οποία αποτελεί κύριο στοιχείο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Καντάς, 1998). Στον Πίνακα 2.1 που ακολουθεί φαίνονται επιγραμματικά οι διαφορές ανάμεσα στο επαγγελματικό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Pines & Keinan, 2005).

Πίνακας 2.1

Διαφορές ανάμεσα σε στρες και εξουθένωση

Επαγγελματικό στρες	Επαγγελματική εξουθένωση
<ul style="list-style-type: none"> Χαρακτηρίζεται από την υπέρ-εμπλοκή. 	<ul style="list-style-type: none"> Προκύπτει από την αποστασιοποίηση.
<ul style="list-style-type: none"> Τα συναισθήματα υπέρ-δραστηριοποιούνται. 	<ul style="list-style-type: none"> Τα συναισθήματα αμβλύνονται.
<ul style="list-style-type: none"> Η σωματική φθορά είναι πρωταρχική. 	<ul style="list-style-type: none"> Η συναισθηματική φθορά είναι πρωταρχική.
<ul style="list-style-type: none"> Η εξουθένωση επηρεάζει τη σωματική ενεργητικότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> Η εξουθένωση επηρεάζει τα κίνητρα και την ορμή.
<ul style="list-style-type: none"> Παράγει αποσυντονισμό. 	<ul style="list-style-type: none"> Παράγει αποθάρρυνση.
<ul style="list-style-type: none"> Γίνεται κατανοητό ως απώλεια ενέργειας και «καυσίμων». 	<ul style="list-style-type: none"> Γίνεται κατανοητή ως η απώλεια ιδανικών και ελπίδας.
<ul style="list-style-type: none"> Η κατάθλιψη προκαλείται από την ανάγκη του οργανισμού να προστατευθεί και να κρατήσει αποθέματα ενέργειας. 	<ul style="list-style-type: none"> Η κατάθλιψη προκαλείται από τον θρήνο για την απώλεια ιδανικών και ελπίδας.
<ul style="list-style-type: none"> Παράγει μια αίσθηση επείγοντος και υπερδραστηριότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> Παράγει μια αίσθηση ότι είσαι αβοήθητος και δεν υπάρχουν ελπίδες.
<ul style="list-style-type: none"> Παράγει πανικό και αγχώδεις διαταραχές 	<ul style="list-style-type: none"> Παράγει παράνοια, αποπροσωποποίηση και αποστασιοποίηση.
<ul style="list-style-type: none"> Μπορεί να σε σκοτώσει πρόωρα και να μην προλάβεις να τελειώσεις αυτό που άρχισες 	<ul style="list-style-type: none"> Δεν θα σε σκοτώσει αλλά θα σου φανεί πως δεν βρίσκεις νόημα στη ζωή σου

Πηγή: Pines & Keinan (2005), Stress and Burnout: The significant difference

2.3 Παράγοντες που προκαλούν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

Αρχικά όλες οι μελέτες για τη διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση περιστράφηκαν γύρω από τους παράγοντες εργασίας και τους προσωπικούς παράγοντες. Οι δύο αυτοί παράγοντες δρουν σαν συγκοινωνούντα δοχεία που καθορίζουν το μέγεθος και την ένταση της εξουθένωσης για το κάθε άτομο. Η Maslach (1978) θεώρησε ότι η κύρια αιτία της εξουθένωσης για τους εργαζόμενους στα επαγγέλματα που παράγουν ανθρωπιστικής μορφής εργασία είναι η συνεχής επαφή με ανθρώπους και τα προβλήματά τους.

Σήμερα επικρατεί η άποψη ότι **η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού των απαιτήσεων της εργασίας αλλά και των προσωπικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων**. Σύμφωνα με τους Maslach *et al* (2001) η εξουθένωση είναι μια ατομική εμπειρία. Αυτό σημαίνει ότι οτιδήποτε ικανοποιεί έναν εργαζόμενο μπορεί να εξουθενώσει κάποιον άλλο. Ομοίως η Vachon (1987) αναφέρει πως υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, και έχουν ως πυρήνα ατομικά κριτήρια. Πιστεύει ότι η αντοχή του εργαζόμενου στο στρες μειώνεται από συνθήκες όπως:

-
- Ατομικά χαρακτηριστικά (φύλλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κ.α.).
 - Ατομικοί παράγοντες (κίνητρα του ατόμου, επιθυμίες και απαιτήσεις, προσωπικότητα κ.α.).
 - Διαπροσωπικοί παράγοντες (στήριξη του περιβάλλοντος).
 - Κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες.
-

Άλλες μελέτες, όπως αυτή του κοινωνικού-ψυχολογικού μοντέλου της Pines (1988) θεωρούν ότι οι συνθήκες εργασίας είναι αυτές που καθορίζουν το κατά πόσο ένα άτομο θα εμφανίσει επαγγελματική εξουθένωση. Οι ατομικοί παράγοντες επηρεάζουν μόνο το χρόνο εμφάνισης και την ένταση των συμπτωμάτων. Οι εργαζόμενοι που έχουν υψηλούς στόχους όταν ξεκινούν την καριέρα τους, όταν ενταχθούν σε ένα «θετικό» εργασιακό χώρο αποδίδουν στο μέγιστο βαθμό. Αντίθετα, όταν ενταχθούν σε ένα πιεστικό για τον ψυχισμό τους χώρο εργασίας, τότε είναι επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση.

Στην διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται μια σειρά από προσωπικά χαρακτηριστικά τα οποία φαίνεται ότι συντελούν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης:

- **Ηλικία:** φαίνεται ότι οι νεότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης (Maslach, 1982. Maslach, Shaufeli, Leiter, 2001. Chang, Daly, Hancock, 2006). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν και μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία, είναι πιο ώριμοι και σταθεροί, πιθανόν έχουν πιο ισορροπημένη άποψη για τη ζωή και επομένως είναι λιγότερο επιρρεπείς στην εξουθένωση.
- **Φύλλο:** Η Maslach (1982) υποστηρίζει ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλλα, οι οποίες είναι αποτέλεσμα κυρίως των επαγγελματών που ακολουθούν και όχι των διαφορετικών χαρακτηριστικών του αρσενικού με το θηλυκό φύλλο. Η Martin (2000) από την άλλη υποστηρίζει ότι πράγματι υπάρχει θέμα φύλλου στην εξουθένωση λόγω όμως διαφορετικότητας των συναισθημάτων που διέπουν τα δύο φύλλα. Το γυναικείο φύλλο έχει μεγαλύτερη επιθυμία να καταθέσει και να εκφράσει συναισθήματα.
- **Οικογενειακή κατάσταση:** Οι παντρεμένοι αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από ότι οι εργένηδες και οι εργαζόμενοι με μικρά παιδιά λιγότερα συμπτώματα εξουθένωσης από ότι οι εργαζόμενοι χωρίς παιδιά. Το οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται ότι συχνά στηρίζει συναισθηματικά τους εργαζόμενους, ενώ παράλληλα οι εργαζόμενοι που έχουν οικογένεια είναι συνήθως μεγαλύτεροι σε ηλικία, πιο ώριμοι και με πιο ρεαλιστικούς στόχους (Lemkau, Rafferty, Gordon, 1994. Maslach, 1982).

Από την άλλη, οι απαιτήσεις της εργασίας πολλές φορές δεν συμβαδίζουν με τις απαιτήσεις της οικογένειας. Όταν τα προβλήματα της εργασίας μεταφέρονται στο σπίτι, όταν ο ένας από τους δύο συζύγους κάνει συχνά επαγγελματικά ταξίδια ή υποχρεώνεται να μετακομίσει για επαγγελματικούς λόγους, τότε προκαλείται μεγάλο άγχος. Ειδικότερα στις οικογένειες «διπλής καριέρας», όπου και οι δύο σύζυγοι επιδιώκουν επαγγελματική σταδιοδρομία, όλα τα προαναφερθέντα προβλήματα διπλασιάζονται και το άγχος γίνεται ακόμη μεγαλύτερο (Αντωνίου, 2006).

- **Επάγγελμα:** Το επάγγελμα ως παράγοντας επαγγελματικής εξουθένωσης έχει μελετηθεί πάρα πολύ. Φαίνεται ότι το εργασιακό περιβάλλον σχετίζεται πιο ισχυρά με την επαγγελματική εξουθένωση από ότι η προσωπικότητα και οι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες (Burke *et al*, 1984. Maslach & Jackson, 1986). Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο βαθμός εξουθένωσης δεν είναι ο ίδιος για κάθε χώρο εργασίας. Ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από ότι άλλες, επειδή οι εργασιακές τους θέσεις:

-
- Απαιτούν μεγαλύτερη κατανάλωση ενέργειας.
 - Παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους.
 - Η επαφή με τους πελάτες είναι περισσότερο συναισθηματικά φορτισμένη.
-

Παράγοντες του επαγγέλματος που συντελούν στην εξουθένωση:

Φόρτος εργασίας: Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων πρέπει να εξυπηρετηθεί σε πολύ λίγο χρόνο από ένα μικρό αριθμό εργαζομένων. Όταν ο φόρτος είναι μεγάλος, η επαφή του επαγγελματία με τον χρήστη των υπηρεσιών είναι μικρή. Δαπανάται λιγότερος χρόνος, προσφέρονται λιγότερες υπηρεσίες και ο επαγγελματίας επικεντρώνεται σε λίγα μόνο προβλήματα (Maslach, 1982). Σύμφωνα με τους Maslach & Pines, 1977 όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ατόμων που έχει να εξυπηρετήσει ένας εργαζόμενος, τόσο υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης βιώνει και ταυτόχρονα δεν έχει την αίσθηση της ολοκλήρωσης και της επιτυχίας (Pines & Kanner, 1982).

Εκτός από τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και η υποαπασχόληση συνδέεται με ανία, μειωμένα κίνητρα για την εργασία και συχνά με υψηλά επίπεδα άγχους (Occupational Wellbeing Group, 2007. Health and Safety Executive, 2004. Cooper *et al*, 2002).

Κακές συνθήκες εργασίας: Ο χώρος που ζούμε αλλά και ο χώρος που εργαζόμαστε επηρεάζει τις σωματικές, εγκεφαλικές και ψυχικές μας

λειτουργίες. Στους περισσότερους χώρους εργασίας οι συνθήκες είναι συχνά δυσάρεστες και πολλές φορές επικίνδυνες.

Ο έντονος τεχνητός φωτισμός, ο ανύπαρκτος φωτισμός, ο έντονος και διαρκής θόρυβος, οι ακραίες θερμοκρασίες, οι δυσάρεστες μυρωδιές, το ανύπαρκτο ή ελλιπές σύστημα εξαερισμού, ο «καταθλιπτικός» χρωματισμός του χώρου, τα κακοσχεδιασμένα γραφεία, οι κίνδυνοι από τοξικές ουσίες, καρκινογόνα υλικά, ακτινοβολία, όλα αυτά δημιουργούν ένα εχθρικό για τον εργαζόμενο περιβάλλον, το οποίο επηρεάζει την παραγωγικότητα του. Επιπλέον ένα τέτοιο περιβάλλον δημιουργεί ενοχλήσεις όπως, πονοκεφάλους, εκνευρισμό, υπερένταση, αδυναμία συγκέντρωσης και τέλος έντονο άγχος (Occupational Wellbeing Group, 2007. Health and Safety Executive, 2004).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν επηρεάζονται το ίδιο όλα τα άτομα από τις κακές συνθήκες εργασίας. Υπάρχουν για παράδειγμα άτομα που είναι περισσότερο ανθεκτικά στα υψηλά επίπεδα θορύβου ή στα υψηλά-χαμηλά επίπεδα θερμοκρασίας.

Εργασία σε βάρδιες: σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις έχουν και οι εναλλαγές των διαστημάτων εργασίας. Το ανθρώπινο σώμα δεν είναι προγραμματισμένο να εργάζεται όλο το 24ωρο και να έχει την ίδια απόδοση. Είναι προγραμματισμένο να βρίσκεται σε επαγρύπνηση την ημέρα και να κοιμάται τις νυχτερινές ώρες. Ο νυχτερινός ύπνος θεωρείται πολύ σημαντικός για την ξεκούραση και την καλή λειτουργία του εγκεφάλου και δεν μπορεί να αναπληρωθεί από τον ημερήσιο ύπνο, ο οποίος δεν είναι το ίδιο ποιοτικός.

Η εργασία σε νυχτερινές βάρδιες έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με υψηλά ποσοστά υπνηλίας και κόπωσης, με προβλήματα στο ρυθμό του μεταβολισμού, με διαταραχές του ύπνου, με βιολογικά και συναισθηματικά προβλήματα (Αντωνίου, 2006).

Η εργασία σε βάρδιες αποτελεί σημαντική πηγή εργασιακού άγχους καθώς επηρεάζει άμεσα τις φυσικές λειτουργίες και την πνευματική διαύγεια και καθιστά το άτομο επιρρεπές σε ατυχήματα. Από την άλλη, η εργασία σε βάρδιες μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος μέσω των κοινωνικών επιπτώσεων που συνεπάγεται, καθώς διαταράσσει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου.

Παρατεταμένο ωράριο εργασίας: Πολύ συχνά το εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας ξεπερνά τις 48 ώρες και αυτό έχει τις ανάλογες συνέπειες στις ανθρώπινες σχέσεις και ευνοεί την εκδήλωση του άγχους (Occupational Wellbeing Group, 2007). Ιδιαίτερα επιρρεπείς στο εργασιακό άγχος είναι οι ειδικευόμενοι γιατροί, οι οποίοι μπορεί να δουλεύουν ακόμη και εκατό ώρες την εβδομάδα (Jones, 1980).

Πολλά ταξίδια: τα συχνά ταξίδια στα πλαίσια της εργασίας μπορεί να αποδειχθούν σοβαρή πηγή άγχους. Οι γάμοι και οι οικογένειες αναστατώνονται και η ομαλή ζωή του σπιτιού διαταράσσεται. Ο εργαζόμενος αφιερώνει λιγότερο χρόνο στην οικογένεια αλλά και στους συναδέλφους, και ίσως νιώθει αποκομμένος από τον χώρο εργασίας του (Cooper *et al*, 2002).

Σύγκρουση ρόλων: Ο εργαζόμενος λαμβάνει πολλές φορές αντικρουόμενες απαιτήσεις από τα άτομα στον εργασιακό του χώρο και δεν έχει αρκετή πληροφόρηση ώστε να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Οι επιχειρήσεις/οργανισμοί που ενθαρρύνουν υψηλά επίπεδα σύγκρουσης ρόλων δημιουργούν δυσaréσκεια και δυσκολίες στους εργαζόμενους και επομένως ενθαρρύνουν και υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης (Maslach & Leiter, 1997).

Πολλές φορές οι απαιτήσεις του εργασιακού ρόλου βρίσκονται σε σύγκρουση με τις προσωπικές αξίες του εργαζόμενου και με το κοινωνικό ή οικογενειακό περιβάλλον, π.χ. μια εργαζόμενη γυναίκα που είναι ταυτόχρονα σύζυγος, μητέρα και νοικοκυρά (Αντωνίου, 2006. Layne, 2001).

Ασάφεια εργασιακού ρόλου: Ασάφεια ρόλου μπορεί να υπάρξει όταν ένα άτομο προσλαμβάνεται σε μια θέση εργασίας ή αλλάζει θέση εργασίας και του γίνεται μερική πληροφόρηση σχετικά με το ρόλο του και τα καθήκοντά του. Επίσης, ασάφεια μπορεί να υπάρξει όταν ο ίδιος ο εργαζόμενος δεν αντιληφθεί ή δεν κατανοήσει τους στόχους της εταιρείας και τις απαιτήσεις των ανωτέρων του (Occupational Wellbeing Group, 2007. Health and Safety Executive, 2004. Layne, 2001).

Περιεχόμενο της εργασίας: Όταν τα καθήκοντα που ανατίθενται στους εργαζόμενους χαρακτηρίζονται από εντατική αλληλεπίδραση και σχέση μεταξύ των δύο πλευρών, είναι πιθανότερο να οδηγήσουν σε εξουθένωση τον εργαζόμενο (Cordes & Dougherty, 1993).

Τρόπος λειτουργίας της επιχείρησης: Σε μια κάθετη ιεραρχική δομή οι εργαζόμενοι έχουν μικρή αυτονομία, μπορούν να εντοπίσουν κάποια προβλήματα αλλά δεν μπορούν να πάρουν πρωτοβουλία να τα λύσουν. Έτσι οι εργαζόμενοι έχουν μικρή ικανοποίηση από την δουλειά τους και αυξάνεται η συναισθηματική εξουθένωση (Maslach & Leiter, 1997).

Ανεπάρκεια μισθολογικών αποδοχών: Εκτός από την μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση δημιουργεί επίσης άγχος, ανασφάλεια και μικρότερο εργασιακό γόητρο. Υποτίθεται ότι οι εργαζόμενοι θα πρέπει να είναι ευχαριστημένοι που έχουν δουλειά, με δεδομένη την μεγάλη ανεργία και τις περικοπές θέσεων, παρόλο που ο μισθός μένει «παγωμένος» ή μειώνεται και τα καθήκοντα αυξάνονται (Rice *et al*, 1990).

Απουσία δικαιοσύνης: Η θεωρία αυτή, εισηγητής της οποίας είναι ο J. Stacy Adams (1965), υποστηρίζει, όπως έχει αποδείξει και η εμπειρική έρευνα, πως οι εργαζόμενοι ακολουθούν στην εργασία τους τις νόρμες της ισότητας και της δικαιοσύνης. Οι εργαζόμενοι συγκρίνουν όλα όσα επενδύουν για την επιχείρηση με τα αποτελέσματα που λαμβάνουν από αυτή και ταυτόχρονα με τα αποτελέσματα ενός άλλου ατόμου ή ομάδας που προσφέρει εξίσου με τους ίδιους. Ο εργαζόμενος, μπορεί να δυσαρεστηθεί όταν υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα σε αυτά που ο ίδιος προσφέρει για την επιχείρηση και στην αμοιβή (εξωγενή ή εσωγενή) που λαμβάνει από αυτή. Όταν ένας οργανισμός λειτουργεί ως κοινότητα, οι εργαζόμενοι έχουν εμπιστοσύνη ο ένας προς τον άλλο, επικοινωνούν ανοιχτά και σέβονται την εργασία ο ένας του άλλου. Αντιθέτως οι οργανισμοί δεν λειτουργούν έτσι, έχουν μια χρηματοοικονομική λογική και δεν ενδιαφέρονται για το αντίκτυπο που θα έχουν οι ενέργειές τους στους εργαζόμενους. Η δικαιοσύνη περιλαμβάνει την ενημέρωση των εργαζομένων και την κατανόηση των λόγων για αλλαγές, στοιχεία τα οποία όταν απουσιάζουν μπορούν να αποτελέσουν αιτία για την εμφάνιση εξουθένωσης.

Συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων: Οι συγκρούσεις αυτές αφορούν τις αξίες των εργαζομένων και μπορεί να επηρεάσουν κάθε πτυχή της εργασίας τους. Τα συστήματα που υιοθετούνται από τον οργανισμό συχνά περιορίζουν την προσωπική επαφή και ευνοούν τις συγκρούσεις αξιών μεταξύ των εργαζομένων (Αντωνίου, 2006).

Επιπλέον, όταν η ομάδα των συναδέλφων αποτελείται από άτομα ανταγωνιστικά και επιθετικά (προσωπικότητα τύπου Α), τα οποία έχει αποδειχθεί ότι είναι επιρρεπή στο άγχος, δεν καλλιεργούνται σχέσεις αλληλεγγύης και αλληλοσυμπαραστάσης, κυριαρχεί η επιφυλακτικότητα και δεν λύνονται τα προβλήματα. Αυτή η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου μέσα στην ομάδα εργασίας αποτελεί σημαντική πηγή άγχους (Molnar, 2009).

Τέλος ας μην ξεχνάμε τα φαινόμενα σεξουαλικής παρενόχλησης και βίας στους εργασιακούς χώρους μεταξύ εργαζόμενων ανεξαρτήτου ιεραρχικής βαθμίδας. Τα φαινόμενα αυτά προκαλούν μεγάλο άγχος στα θύματα και επηρεάζουν τόσο την διανοητική όσο και την ψυχική τους υγεία (European Agency for Safety and Health at Work, 2010. PRIMA-EF Guidance Sheet, 2008).

- **Μορφωτικό επίπεδο:** Σύμφωνα με την Maslach οι πτυχιούχοι εργαζόμενοι σε τομείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε σύγκριση με εκείνους που έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και χαμηλότερα επίπεδα για τα προσωπικά επιτεύγματα.
- **Τύπος της προσωπικότητας:** Ο τύπος της προσωπικότητας του εργαζόμενου και η ικανότητά του να προσαρμόζεται σε στρεσογόνες καταστάσεις έχει μεγάλη σημασία για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Gomez & Michaelis, 1995). Συνήθως όσοι πλήττονται είναι άτομα ιδιαίτερα σχολαστικά, που έχουν ανάγκη να αποδεικνύουν στον εαυτό τους και στους άλλους ότι είναι ικανά, θέλουν να απολαμβάνουν την επιδοκιμασία, την εκτίμηση και την αγάπη των συνανθρώπων τους. Τα άτομα αυτά εμφανίζονται ως αγχώδη, εσωστρεφή, ψυχαναγκαστικά, σε υπερβολικό βαθμό ενθουσιώδη και με ταύτιση προς τον πάσχοντα συνάνθρωπό τους. Από την άλλη υπάρχουν άτομα που είναι ανθεκτικά στο άγχος, αφοσιώνονται στην εργασία τους, αυτοελέγχονται και αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες της εργασίας τους ως προκλήσεις.

Την δεκαετία του '50 οι καρδιολόγοι Meyer Friedman και Ray Rosenman (1959) περιέγραψαν ένα τύπο προσωπικότητας, ο οποίος φαίνεται ότι

σχετίζεται συχνά με την εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων. Ο τύπος αυτός ονομάστηκε *προσωπικότητα τύπου A (TAB-type A behavioral pattern)*. Τα χαρακτηριστικά αυτής της προσωπικότητας είναι η μεγάλη φιλοδοξία και ανταγωνιστικότητα, η προσπάθεια για γρήγορη κοινωνική άνοδο και επαγγελματική επιτυχία. Τα άτομα αυτά έχουν συνεχή αίσθηση έλλειψης χρόνου, είναι αεικίνητα, βιάζονται να τελειώσουν ότι αρχίζουν, διακόπτουν συχνά τον συνομιλητή τους, ασχολούνται με πολλά πράγματα ταυτόχρονα, είναι αυστηρά οργανωμένα, ανυπόμονα και δεν αναθέτουν εύκολα αρμοδιότητες σε άλλους (Friedman & Rosenman, 1971). Η προσωπικότητα τύπου A έχει σχετιστεί με το άγχος. Σε αντίθεση με τον τύπο A είναι η προσωπικότητα τύπου B (TBBP), που χαρακτηρίζεται από έλλειψη ανταγωνιστικότητας και φιλοδοξίας, δεν επιζητά την γρήγορη κοινωνική και επαγγελματική άνοδο, καταβάλλει ήπια προσπάθεια, δεν νοιώθει πίεση χρόνου, δεν βιάζεται και δεν εκνευρίζεται (Huezynski & Buchanan, 2007).

Μια πιο πρόσφατη μελέτη των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τύπου A (Καντάς, 1992) υποστηρίζει ότι πίσω από την προσωπικότητα τύπου A υπάρχει μια νευρωτική προσωπικότητα και όχι μια διαφορετική διάσταση της προσωπικότητας.

- **Κίνητρα:** Τα κίνητρα που οδήγησαν τον εργαζόμενο στο επάγγελμα, οι προσδοκίες που έχει από αυτό και η ικανοποίηση από την εργασία μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Η εξουθένωση αρχίζει να εμφανίζεται όταν υπάρχει διάσταση μεταξύ αυτών που πιστεύει ο εργαζόμενος ότι θα πετύχαινε και αυτών που έχει πετύχει (Cordes & Dougherty, 1993). Ειδικότερα η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης συνδέεται στενά με την επαγγελματική εξουθένωση (Aiken *et al*, 2002. Bennett *et al*, 2005). Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει άμεση σχέση τόσο με την ψυχική υγεία του εργαζόμενου όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων να έχουν υψηλή αποδοτικότητα και σταθερό, μόνιμο και ικανοποιημένο προσωπικό (Καντάς, 1998).
- **Επαγγελματική σταδιοδρομία:** Η πρόοδος της επαγγελματικής σταδιοδρομίας είναι σημαντικός παράγοντας στην εμφάνιση του συνδρόμου

(Cordes & Dougherty, 1993). Τα άτομα που προάγονται στην εργασία τους βιώνουν μικρότερα επίπεδα εξουθένωσης. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην μικρότερη σε συχνότητα και ένταση επαφή με τους πελάτες αλλά και στο υψηλότερο συναίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων, το οποίο αντισταθμίζει τα επίπεδα εξουθένωσης.

Οι Maslach και Leiter (1997) διατύπωσαν τρεις ακόμη λόγους, οι οποίοι συμβάλλουν στην αύξηση του βαθμού της εξουθένωσης. Αυτοί είναι:

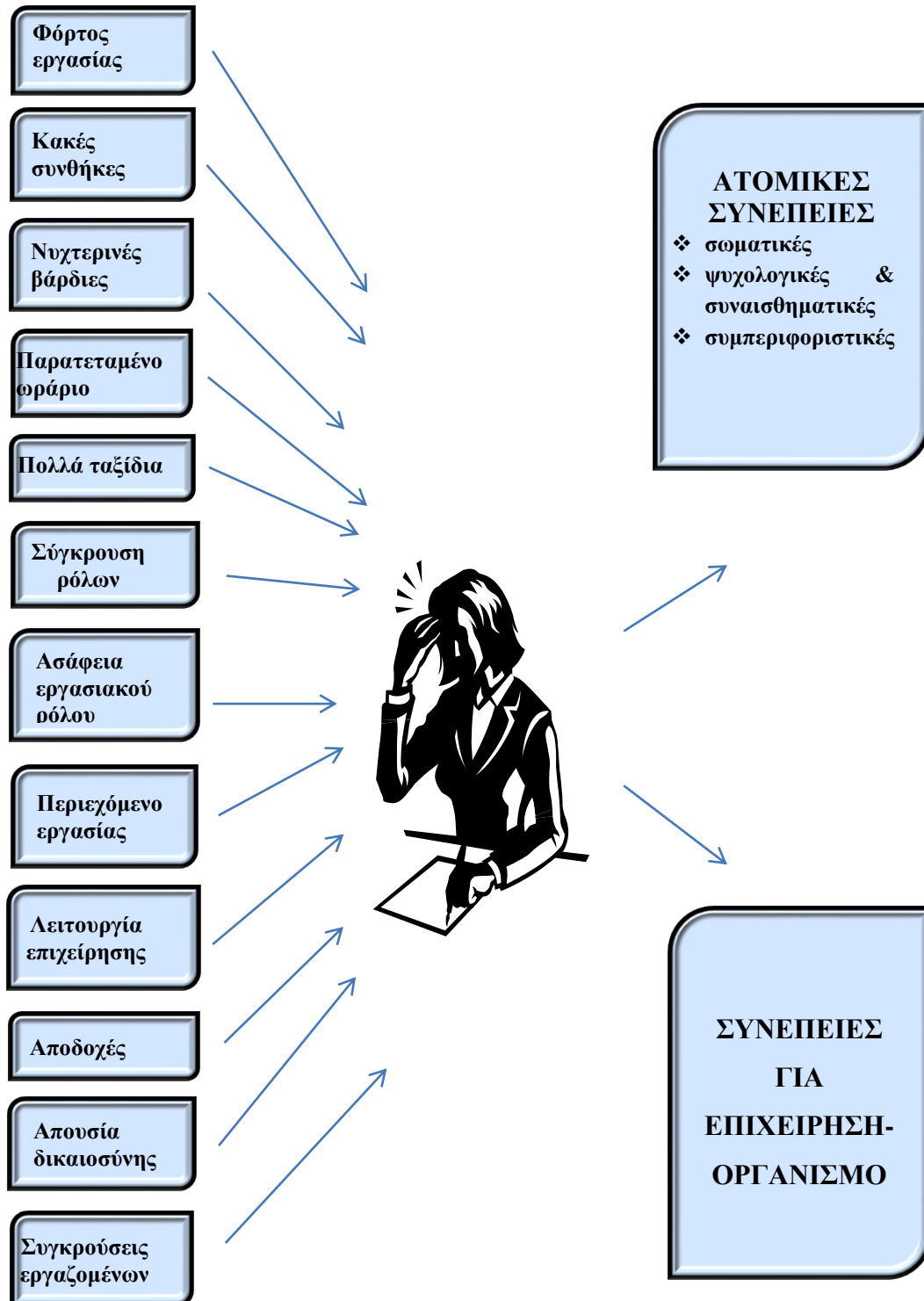
- a. Οι *τάσεις της οικονομίας*, που αφορούν την συνεχώς αυξανόμενη επιθυμία των επιχειρήσεων για κέρδος, γεγονός που τις οδηγεί σε χρησιμοποίηση εργατικού δυναμικού με μικρότερο κόστος, συχνά από άλλες χώρες και σε περικοπές προϋπολογισμού σε κοινωνικής μορφής υπηρεσίες προς τους εργαζόμενους.
- b. Η *τεχνολογική εξέλιξη*, εκτός του ότι μπορεί να αντικαταστήσει το εργατικό δυναμικό με μηχανήματα, απαιτεί και ενημερωμένους εργαζόμενους με γνώσεις υψηλής τεχνολογίας. Οι εργαζόμενοι μέχρι να ενημερωθούν και να ανταπεξέλθουν στην τεχνολογική ανάπτυξη πιέζονται υπερβολικά.
- c. Η *φιλοσοφία της διοίκησης των επιχειρήσεων*. Όταν ο εργαζόμενος δέχεται κοινωνική υποστήριξη στο χώρο της εργασίας του μετριάζονται οι συνέπειες του εργασιακού άγχους. Η υποστήριξη αυτή μπορεί να προέλθει από τους προϊστάμενους με έναν επίσημο χαρακτήρα, όπως η ανατροφοδότηση πληροφόρησης, οι πιθανότητες προαγωγής και η επιβράβευση, αλλά και από τους συναδέλφους με ανεπίσημο τρόπο, μέσω της φιλίας και της συναισθηματικής υποστήριξης γενικότερα (Leiter, 1991. Jenkins & Elliot, 2004).

Πίνακας 2.2

Παράγοντες του επαγγέλματος που συντελούν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης

ΠΗΓΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΓΧΟΥΣ



Πηγή: Cooper *et al* (1988)

2.4 Φάσεις εξέλιξης της επαγγελματικής εξουθένωσης

Ψυχολόγοι όπως ο Herbert Freudenberger & Gail North (1987) έχουν διατυπώσει την άποψη ότι η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να διαιρεθεί σε 12 φάσεις, οι οποίες δεν ακολουθούνται κατ' ανάγκη διαδοχικά.

- 1. Ο καταναγκασμός για να αποδείξει τον εαυτό του.** Ο εργαζόμενος βρίσκεται στην αρχή της καριέρας του, έχει υπερβολικές φιλοδοξίες, υψηλούς στόχους και επενδύει υπερβολικά στις σχέσεις που αναπτύσσει με ασθενείς/πελάτες και συναδέλφους.
- 2. Σκληρότερη εργασία.** Ο εργαζόμενος νομίζει ότι εάν δουλέψει πιο εντατικά θα καλύψει την αίσθηση ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και τις ανάγκες του. Αρχίζει να αφιερώνει περισσότερο χρόνο στη δουλειά του, παρακολουθεί σεμινάρια, συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης.
- 3. Παραμέληση των αναγκών.** Δεδομένου ότι εργάζεται σκληρότερα, δεν έχει χρόνο και ενέργεια για τίποτε άλλο. Οι φίλοι, η οικογένεια, το φαγητό, ο ύπνος θεωρεί ότι μειώνουν τον χρόνο και την ενέργεια που μπορεί να δώσει στην εργασία του.
- 4. Μετατόπιση των συγκρούσεων.** Το άτομο συνειδητοποιεί ότι αυτό που κάνει δεν είναι σωστό, αλλά δεν είναι σε θέση να δει την πηγή του προβλήματος.
- 5. Αναθεώρηση των αξιών.** Το άτομο απομονώνεται από τους άλλους, αποφεύγει τις συγκρούσεις και πέφτει σε μια κατάσταση άρνησης για τις βασικές του ανάγκες. Μπορεί επίσης να αλλάξει το σύστημα αξιών του. Η εργασία καταναλώνει όλη την ενέργεια που έχει απομείνει και δεν αφήνει χρόνο για τους φίλους και τα χόμπι.
- 6. Άρνηση των προβλημάτων που ανακύπτουν.** Η κοινωνική επαφή γίνεται ανυπόφορη. Οι ξένοι αντιμετωπίζονται με επιθετικότητα και σαρκασμό και ο εργαζόμενος τους θεωρεί αιτία αύξησης των προβλημάτων του.
- 7. Απόσυρση.** Το άτομο απομονώνεται και πιστεύει ότι δεν υπάρχει ελπίδα. Βοήθεια μπορεί να αναζητηθεί στο αλκοόλ ή τα ναρκωτικά
- 8. Εμφανείς αλλαγές στην συμπεριφορά** προς συνεργάτες, οικογένεια, φίλους και άλλους ανθρώπους από τον άμεσο κοινωνικό του περίγυρο.

- 9. Αποπροσωποποίηση.** Το άτομο χάνει την επαφή με τον εαυτό του, έχει αρνητική, κυνική στάση απέναντι στους ανθρώπους, αγνοεί τις ανάγκες τους, ενώ η ζωή του μετατρέπεται σε μια σειρά από μηχανικές λειτουργίες.
- 10. Εσωτερική κενότητα.** Το άτομο αδειάζει εσωτερικά, μπορεί να έχει προβλήματα ύπνου, βάρους, υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Τα αισθήματα αυτολύπησης είναι συχνά.
- 11. Κατάθλιψη.** Συμπτώματα κατάθλιψης εμφανίζονται, όπως δυσφορία, χαμηλή ενεργητικότητα, κούραση (σωματική και πνευματική), ανικανότητα συγκέντρωσης κ.α..
- 12. Σύνδρομο Burnout.** Στο τελευταίο στάδιο το άτομο καταρρέει σωματικά και συναισθηματικά και θα πρέπει να αναζητήσει άμεση ιατρική βοήθεια. Σε ακραίες περιπτώσεις, όταν εμπλέκεται η κατάθλιψη, μπορεί να υπάρχει και αυτοκτονικός ιδεασμός (μόνο λίγοι άνθρωποι διαπράττουν πραγματικά αυτοκτονία).

2.5 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι περισσότερες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση ομαδοποιούν τις συνέπειες σε τρεις κατηγορίες (Cushway, 1992. Sandstrom, Rhodin, Lundberg *et al*, 2005):

1. Σωματικές
2. Ψυχολογικές και συναισθηματικές
3. Συμπεριφοριστικές

Οι **σωματικές συνέπειες** σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα ενεργητικότητας, εξάντληση και χρόνια σωματική κούραση. Διαταραχές στην διατροφή και διαταραχές στον ύπνο είναι συχνές. Ο εργαζόμενος έχει αυξημένη ευαισθησία σε ασθένειες και σε ψυχοσωματικά προβλήματα (Pines & Aronson, 1988). Προβλήματα υγείας όπως πονοκέφαλοι, χρόνιες ημικρανίες, υπερένταση, συχνά κρυολογήματα, έλκος στομάχου, πόνοι στη μέση, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, δύσπνοιες, υψηλή αρτηριακή πίεση,

καρδιαγγειακές παθήσεις εμφανίζονται στην επαγγελματική εξουθένωση (Tyler & Cushway, 1998).

Στις **ψυχολογικές συνέπειες** ανήκουν η απάθεια του εργαζόμενου, η αδιαφορία και η παραίτηση, η αίσθηση ότι δεν μπορεί κανείς να τον βοηθήσει, στεναχώρια, άγχος, νευρικότητα, ευερεθιστότητα, θυμός, καχυποψία, παρανοϊκές σκέψεις, πλήξη, αποθάρρυνση και απέχθεια. Ο εργαζόμενος φτάνει στο σημείο να πιστεύει ότι δεν έχει τίποτε άλλο να προσφέρει. Παρουσιάζει έλλειψη συγκέντρωσης και προσοχής, έχει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και αρνητική στάση απέναντι στους συναδέλφους και τους πελάτες (Pines & Aronson, 1988. Rogers & Dodson, 1988. Maslach, 1982).

Οι **συνέπειες στην συμπεριφορά** αφορούν όχι μόνο στο εργασιακό περιβάλλον αλλά και στην προσωπική και στην κοινωνική ζωή του εργαζόμενου. Το άτομο μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού του χώρου στις οικογενειακές και κοινωνικές του σχέσεις, προκαλώντας ένταση, διαμάχες, κυνική συμπεριφορά. Η εξουθένωση μειώνει το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές, προκαλεί την απομόνωση του ατόμου και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε διαζύγιο (Griffith *et al*, 1999. Maslach, 1982). Δεν είναι λίγα τα άτομα που μπορεί να αρχίσουν ή να αυξήσουν το κάπνισμα, το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών (Cordes & Dougherty, 1993).

Στο εργασιακό περιβάλλον παρατηρούνται αυξημένη συχνότητα λαθών, αργοπορίες, απουσίες, ακόμη και παραιτήσεις. Η επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων και των πελατών επηρεάζεται αρνητικά. Ο εργαζόμενος εμφανίζει σκληρή συμπεριφορά απέναντι στους άλλους και αδιαφορία για την λύση των προβλημάτων τους. Μπορεί να υπάρξουν έντονοι διαξίφισμοί και διαμάχες μεταξύ των εργαζομένων και των πελατών (Rogers & Dodson, 1988). Συνοπτικά εμφανίζονται οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για τον εργαζόμενο στον Πίνακα 2.2 που ακολουθεί.

Πίνακας 2.2
Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης
για τον εργαζόμενο

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφοριστικά
<ul style="list-style-type: none"> • Αϋπνία 	<ul style="list-style-type: none"> • Κυνισμός 	<ul style="list-style-type: none"> • Χαμηλή εργασιακή απόδοση και ικανοποίηση
<ul style="list-style-type: none"> • Πονοκέφαλοι 	<ul style="list-style-type: none"> • Απάθεια 	<ul style="list-style-type: none"> • Μειωμένη επικοινωνία
<ul style="list-style-type: none"> • Διαταραχές κενώσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθημα ανεπάρκειας 	<ul style="list-style-type: none"> • Απουσίες
<ul style="list-style-type: none"> • Διατροφικές διαταραχές 	<ul style="list-style-type: none"> • Ευερεθιστότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ χρήση φαρμάκων
<ul style="list-style-type: none"> • Φάγωμα νυχτών 	<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθηση ματαιότητας 	<ul style="list-style-type: none"> • Κάπνισμα/Αλκοόλ
<ul style="list-style-type: none"> • Κλάμα 	<ul style="list-style-type: none"> • Λύπη 	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ οικογενειακές συγκρούσεις
<ul style="list-style-type: none"> • Υπερένταση 	<ul style="list-style-type: none"> • Πλήξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Αδυναμία λήψης απόφασης
<ul style="list-style-type: none"> • Αναπνευστικά προβλήματα 	<ul style="list-style-type: none"> • Καχυποψία 	<ul style="list-style-type: none"> • Αδυναμία αντιμετώπισης καταστάσεων
<ul style="list-style-type: none"> • Μυοσκελετικά προβλήματα 	<ul style="list-style-type: none"> • Απώλεια χιούμορ 	<ul style="list-style-type: none"> • Εργασιομανία
<ul style="list-style-type: none"> • Σεξουαλική δυσλειτουργία 	<ul style="list-style-type: none"> • Φόβος για το μέλλον 	<ul style="list-style-type: none"> • Παραίτηση

2.4 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για την επιχείρηση

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει κόστος, άμεσο και έμμεσο και για την ίδια την επιχείρηση (Sutherland & Cooper, 1990). Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Εργασίας (ILO-2001) η εργασιακή εξουθένωση στοιχίζει στην αμερικανική βιομηχανία 200 δις \$ το χρόνο σε απουσίες από την εργασία, απώλεια παραγωγικότητας, ιατρικές ασφάλειες, ατυχήματα, ασθένειες και πρόωρους θανάτους (Kulkarni, 2006), ενώ στην ευρωπαϊκή οικονομία στοιχίζει πάνω από 20 δις € το χρόνο. Περίπου οι μισές εργάσιμες ημέρες χάνονται στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο εξαιτίας απουσιών των εργαζομένων για λόγους που σχετίζονται με το άγχος και την εξουθένωση (έρευνα της European Agency for Safety and Health at Work, 2000). Η ίδια πηγή αναφέρει σε έρευνα του 2000 από τον Διεθνή Οργανισμό Εργασίας ότι ένα στα δέκα ανώτερα στελέχη υποφέρει από εξουθένωση. Επίσης, ένα ποσοστό 30-50% των εργαζομένων αναφέρουν διαταραχές και νοσήματα που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση.

Στην Ιαπωνία οι θάνατοι από υπερβολικό φόρτο εργασίας και εντατικοποίηση της εργασίας ανήλθαν το 2005-2006 σε 20.000 (Nishiyama & Johnson, 2010). Το 2009 στην Γαλλία, 24 υπάλληλοι του γνωστού γαλλικού τηλεπικοινωνιακού κολοσσού France Telecom αυτοκτόνησαν και 13 άλλοι έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας μέσα σε διάστημα 18 μηνών, εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης που ήταν αποτέλεσμα της διαρκούς αναδιάρθρωσης που γινόταν στην εταιρία (Chrisafis, A. - The Guardian, 2009).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (2014), οι εργαζόμενοι απασχολούνται περισσότερες ώρες από ότι στην υπόλοιπη Ευρώπη (45,4 ώρες την εβδομάδα σε σύγκριση με 38,4 ώρες κατά μέσο όρο στα κράτη-μέλη της ΕΕ). Σχεδόν ένας στους δύο Έλληνες εργαζόμενους αναφέρει προβλήματα στην πλάτη και άγχος εξαιτίας της εργασίας. Το ποσοστό αυτό είναι διπλάσιο από το αντίστοιχο ευρωπαϊκό. Επίσης οι υπόλοιποι ευρωπαίοι εργαζόμενοι έχουν τις μισές ημέρες απουσίας λόγω ασθένειας και προβλημάτων υγείας.

Γενικά, υποστηρίζεται ότι αν σε μια επιχείρηση το 40% των εργαζομένων εμφανίζει συμπτώματα άγχους, τότε αυτός ο οργανισμός χαρακτηρίζεται ως «ανθυγιεινός» (EUOSHA, 2000). Πιο συχνά εμφανίζεται μειωμένο ενδιαφέρον για εργασία, συχνές αποχωρήσεις, απουσίες, μη τήρηση των ωραρίων, χαμηλή

αποδοτικότητα- παραγωγικότητα, αύξηση παραπόνων πελατών (Jones *et al*, 1998). Οι Cooper *et al* (1996) χρησιμοποίησαν τον όρο Presenteeism σε αντίθεση με τον όρο Absenteeism για να περιγράψουν το φαινόμενο του εργαζομένου ο οποίος έχει φυσική παρουσία στην εργασία ενώ νοητικά απουσιάζει, εμφανίζοντας κατά συνέπεια χαμηλή αποδοτικότητα. Είναι κάτι αντίστοιχο του όρου boreout ως αντίθεση του burnout και περιγράφει την ανία και την έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία.

Συνοπτικά αναφέρονται οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για την επιχείρηση:

Πίνακας 2.3

Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για την επιχείρηση

❖ Αλλαγή εργασιακής απόδοσης σε ποιότητα και ποσότητα
❖ Αύξηση σε απουσίες, αποχωρήσεις και συνταξιοδοτήσεις
❖ Μείωση στα κέρδη
❖ Δυσκολία στην πρόσληψη και διατήρηση κατάλληλων εργαζομένων
❖ Δυσκολία στην εφαρμογή καινοτομιών
❖ Αύξηση των απεργιών
❖ Αλλαγή στην ποιότητα της εργασιακής ζωής

Πηγή: Sutherland & Cooper (1986)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

3.1 Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό

Ανάμεσα στα ιδιαίτερα στρεσογόνα επαγγέλματα ανήκουν τα επαγγέλματα υγείας στην Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Γενικά οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στο στρες και στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους, γιατί αυτοί έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σοβαρό αντίκτυπο στους ασθενείς. Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών για την επαγγελματική εξουθένωση έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας.

Η Firth-Cozens *et al* (1997), αναφέρει ότι το 1/3 του νοσηλευτικού προσωπικού σε όλο τον κόσμο παρουσιάζει συμπτώματα εξουθένωσης από την αρχή ακόμη της καριέρας του, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών είναι πολύ υψηλός. Επίσης οι νοσηλευτές/τριες καθώς και οι ψυχίατροι έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών.

Το 1998 η Δημητρίου δημοσιεύει άρθρο για την διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών στο οποίο μελετάει τα συμπτώματα και τους τρόπους με τους οποίους οι νοσηλευτές προσαρμόζονται στην εργασιακή εξουθένωση. Χωρίζει τους παράγοντες που οδηγούν σε εξουθένωση σε τρεις κατηγορίες:

- Ενδογενείς: βαρύτητα ασθενών, ανασφάλεια, προσωπικά προβλήματα.

- Διαπροσωπικούς: σχέση με συναδέλφους, ένταση στην ομάδα εργασίας, έλλειψη επικοινωνίας, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, έλλειψη αναγνώρισης έργου από τους προϊστάμενους.
- Εξωγενείς: φόρτος εργασίας, γραφειοκρατία, θέση εργασίας, οργανισμός.

Ο **χώρος** που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται ότι σχετίζεται με την ύπαρξη και τον βαθμό της εξουθένωσης. Σύμφωνα με έρευνα των Hanningan *et al* (2000) και Kilfedder CJ *et al* (2001), το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσιάζει έντονα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Εκτός όμως από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας βιώνουν πιο συχνά το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Από έρευνα των Poncet *et al* (2007) σε νοσηλευτές στη Γαλλία, φαίνεται ότι το 1/3 του νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ είχαν βιώσει το σύνδρομο. Οι κύριοι παράγοντες που συντελούν στην εξουθένωση είναι η έλλειψη οργάνωσης, οι σχέσεις με τους προϊστάμενους και τους γιατρούς, ο φόβος για τον θάνατο του ασθενούς και η σύγκρουση στις αποφάσεις για την πορεία του ασθενή.

Μεγάλου βαθμού εξουθένωση εμφανίζουν και οι παθολογικοί και χειρουργικοί νοσηλευτές, σύμφωνα με έρευνα των Zhu W. *et al* (2007). Οι γρήγοροι ρυθμοί εργασίας, ο μεγάλος φόρτος δουλειάς και η ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης είναι οι κυριότεροι παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Οι Jaracz K. *et al* (2005), μελέτησαν νοσηλευτές από γενικά, νευρολογικά και ψυχιατρικά τμήματα και κατέληξαν ότι ο βαθμός πίεσης που δέχονται οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του έργου τους συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση. Ο βαθμός πίεσης μπορεί να είναι τόσο μεγάλος που σύμφωνα με τους Pompili M. *et al* (2006) μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Ο χώρος εργασίας συμβάλλει στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και ένας από τους λόγους είναι η ψυχολογική διάθεση των νοσηλευτών, η οποία επιδεινώνεται όταν αυτοί εργάζονται σε χώρους με αυξημένη θνησιμότητα ασθενών. Πολλές έρευνες, για να εξετάσουν το πώς συμβάλλει η παράμετρος «ψυχολογική διάθεση» στην εξουθένωση, επικεντρώθηκαν σε νοσηλευτές νοσοκομείων με καρκινοπαθείς ασθενείς.

Οι Grunfeld *et al* (2000) διεξήγαγαν έρευνα σε 1016 εργαζόμενους ογκολογικών μονάδων του Οντάριο, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο MBI της Maslach. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ψυχολογική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και το μειωμένο αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων είναι πιο συχνά στον τομέα των θεραπευτών από ότι στο υπόλοιπο προσωπικό. Τα ευρήματα έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των ογκολογικών τμημάτων έχει υψηλά επίπεδα άγχους και σκέφτεται την παραίτηση ή την μείωση των ωρών εργασίας. Παρόμοια έρευνα είχε διεξαχθεί και στην Ελλάδα από τους Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλο το 1994 σε 217 νοσηλεύτριες ογκολογικών τμημάτων της Αθήνας και σε 226 νοσηλεύτριες γενικού νοσοκομείου της Αθήνας. Τα ευρήματα της έρευνας ήταν ίδια με αυτά των Grunfeld *et al*.

Ο παράγοντας **προσωπικότητα** είναι πολύ σημαντικός στην διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι Ιακωβίδης και λοιποί το 1997 μελέτησαν τη σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την προσωπικότητα του νοσηλευτή. Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο Maslach και η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει μια πολύπλοκη σχέση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του δείγματος η οποία οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα πραγματικό κλινικό σύνδρομο με νευρωσικά χαρακτηριστικά και όχι το φυσιολογικό αποτέλεσμα μιας υπερβολικής κούρασης.

Ο ρόλος του **οργανισμού** και οι στρατηγικές που ακολουθεί μελετήθηκαν επίσης σε σχέση με την εξουθένωση των νοσηλευτών. Η έρευνα των Blumenthal *et al* (1998) σύγκρινε νοσηλευτές από το δημόσιο τομέα της Βρετανίας με νοσηλευτές που ασχολούνταν σε ευεργετικούς οργανισμούς και ιδρύματα. Το προσωπικό στους ευεργετικούς οργανισμούς είχε ξεκάθαρους ρόλους στην εργασία, θετικότερη στάση απέναντι στην δουλειά του και τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης ήταν χαμηλότερα από αυτά των νοσηλευτών του δημόσιου τομέα. Παρόλα αυτά τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν συγκρίσιμα στις δύο ομάδες.

Νεότερη έρευνα των Demir *et al* (2003) έγινε σε 333 άτομα σε δύο νοσοκομεία της Τουρκίας, ένα δημόσιο και ένα πανεπιστημιακό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του πανεπιστημιακού νοσοκομείου παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης και αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι οι νοσηλευτές του πανεπιστημιακού νοσοκομείου αισθάνονται πιο ανεξάρτητοι στις εργασιακές τους δραστηριότητες. Και στα δύο νοσοκομεία η μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία και το

υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης, ενώ οι πολλές νυχτερινές βάρδιες, οι κακές σχέσεις με τους συναδέλφους, προβλήματα της προσωπικής ζωής αυξάνουν την επαγγελματική εξουθένωση.

Σε μια εργασία των Bernardi *et al* (2005) μελετήθηκαν 40 άρθρα με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση από όλες τις ηπείρους εκτός από την Νότια Αμερική. Στην εργασία αυτή φάνηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις στρατηγικές του κάθε οργανισμού.

Οι Jenkins & Elliott (2004) σε μελέτη τους σε καταρτισμένο και μη καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό της Αγγλίας διαπίστωσαν ότι ο **βαθμός εκπαίδευσης** των νοσηλευτών σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το μισό περίπου νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίασε σημεία εξουθένωσης. Από αυτούς το καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό βίωνε υψηλότερη πίεση φόρτου εργασίας σε σχέση με το αναρμόδιο. Η ανεπαρκής στελέχωση και οργάνωση ήταν ο κύριος παράγοντας άγχους του καταρτισμένων εργαζόμενων, ενώ οι δύσκολοι και απαιτητικοί ασθενείς ήταν η κύρια πηγή άγχους για το αναρμόδιο.

Οι Fallowfield & Jenkins (1999), εστιάζοντας στους εργαζόμενους (γιατρούς και νοσηλευτές) των ογκολογικών κλινικών, θεωρούν ότι η **εκπαίδευση στην επικοινωνία** είναι βασικό προσόν. Η ανεπαρκής εκπαίδευση στην επικοινωνία προκαλεί άγχος στους ασθενείς και τους συγγενείς, ενώ από την άλλη συμβάλλει στην δημιουργία άγχους στους εργαζόμενους, έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης και επαγγελματική εξουθένωση.

Η **ικανότητα ελέγχου καταστάσεων** στον εργασιακό χώρο και στην ζωή έχει μεγάλη σημασία στην εμφάνιση εξουθένωσης στους νοσηλευτές. Οι Schmitz *et al* (1999) μελέτησαν 361 νοσηλευτές από εννέα νοσοκομεία και βρήκαν ότι όταν είναι αυξημένη η ικανότητα που έχουν οι εργαζόμενοι να ελέγχουν τις καταστάσεις της ζωής τους, τότε οι πιθανότητες να ανταπεξέλθουν στο άγχος είναι μεγαλύτερες και τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι χαμηλά. Από την άλλη, όταν οι εργαζόμενοι είναι εξουθενωμένοι, αδυνατούν να υιοθετήσουν στρατηγικές ώστε να προσαρμοστούν σε προβληματικές καταστάσεις.

Από την διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται ότι η ικανότητα ελέγχου καταστάσεων παίζει σημαντικό ρόλο στην εξουθένωση και γενικότερα στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Τελευταία όμως, στο «παρασκήνιο» της ικανότητας ελέγχου, αναφέρεται συχνά και η **συναισθηματική νοημοσύνη**. Η περιγραφή του Goleman (1998) για την

συναισθηματική νοημοσύνη είναι η πιο διαδεδομένη. Τα χαρακτηριστικά ενός ατόμου με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη είναι: η αναγνώριση των συναισθημάτων του, ο έλεγχός τους, η εξεύρεση κινήτρων για τον εαυτό του, η αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων και η διαχείριση των σχέσεών του.

Η Linda Gerits σε έρευνά της σχετικά με την συναισθηματική νοημοσύνη των νοσηλευτών κατάληξε στο συμπέρασμα ότι, σε εργασιακά περιβάλλοντα με υψηλές απαιτήσεις, η επιλογή και ο έλεγχος στρατηγικών άμεσης αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων από τον εργαζόμενο επηρεάζονται από το επίπεδο της συναισθηματικής του νοημοσύνης. Η Gerits αναφέρει ότι υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης σχετίζονται με μικρότερα επεισόδια εξουθένωσης, λιγότερες απουσίες και λιγότερες παραιτήσεις. Οι Gerits *et al* (2004) συσχέτισαν την συναισθηματική νοημοσύνη με τις κοινωνικές δεξιότητες. Με τον όρο κοινωνικές δεξιότητες περιγράφεται η ικανότητα του εργαζόμενου να μοιράζεται τα συναισθήματά του με άλλους, η ικανότητα για διαπροσωπικές σχέσεις και η ικανότητα να επιδείξει κοινωνική υπευθυνότητα. Η έρευνα έδωσε έμφαση στις διαφορές των δύο φύλων και έδειξε ότι οι γυναίκες με υψηλά προφίλ συναισθηματικής νοημοσύνης και χαμηλά επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων είχαν λιγότερα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτός ο συνδυασμός ίσως να αποτελεί μια καλή στρατηγική για να ανταποκριθούν οι εργαζόμενοι στις αντίξοες συνθήκες. Οι κοινωνικές δεξιότητες δε φάνηκε να έχουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση εξουθένωσης και στους άνδρες.

Οι **εργασιακοί παράγοντες** φαίνεται από πληθώρα διεθνών ερευνών ότι συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση και στην εξέλιξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Μια μελέτη που επικεντρώνεται αποκλειστικά στο εργασιακό περιβάλλον και την σχέση του με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης είναι αυτή των Fernet *et al* (2008). Φαίνεται ότι όταν οι εργαζόμενοι μπορούν να ελέγχουν την εργασία τους και να αυτοπροσδιορίζονται μέσα σε αυτή, τότε η εμφάνιση εξουθένωσης και πιο συγκεκριμένα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης είναι σπάνια. Ο νοσηλευτής βιώνει εργασιακή ανασφάλεια, που απορρέει από την αβεβαιότητα διατήρησης της θέσης εργασίας, το επίπεδο αμοιβής, τις ώρες εργασίας, τις σχέσεις με τους συναδέλφους και το περιεχόμενο της εργασίας (Hellgren *et al*, 1999).

Οι Sverke *et al* (2002) αναφέρουν ότι η μορφή απασχόλησης συμβάλλει στην εργασιακή ανασφάλεια. Όσοι νοσηλευτές εργάζονται σε μόνιμη βάση εμφανίζουν

χαμηλότερα επίπεδα εργασιακής ανασφάλειας σε σχέση με αυτούς που εργάζονται με συμβάσεις. Οι εργαζόμενοι σε μόνιμη βάση έχουν την αίσθηση ότι αποτελούν μέρος του οργανισμού, έχουν δηλαδή μεγαλύτερη οργανωσιακή δέσμευση σε σχέση με τους συμβασιούχους.

Η έρευνα των Baker *et al* (2000) αναφέρεται σε έναν σημαντικό εργασιακό παράγοντα: το ισοζύγιο αμοιβής-εργασιακής προσπάθειας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι νοσηλευτές έχουν αρνητικό ισοζύγιο, έχουν και υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης.

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι ένας εργασιακός παράγοντας ο οποίος έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης εδώ και δεκαετίες (Locke, 1976. Jayaratne & Chess, 1984. Maslach & Jackson, 1982. Antoniou, Davidson & Cooper, 2003). Η πρώτη νοσηλευτική μελέτη για την επαγγελματική ικανοποίηση πραγματοποιήθηκε στο Σικάγο από τον Nahm το 1940. Η επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να οριστεί ως η θετική στάση του εργαζόμενου προς το επαγγελματικό του έργο. Θεωρείται ότι έχει άμεση σχέση τόσο με την ψυχική υγεία του εργαζόμενου όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων να έχουν υψηλή αποδοτικότητα και σταθερό, μόνιμο και ικανοποιημένο προσωπικό (Καντάς, 1998). Η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι μια μονοδιάστατη έννοια, αλλά αποτελείται από επιμέρους στοιχεία και μπορεί να διακριθεί σε εσωγενή και εξωγενή. Η εσωγενής ικανοποίηση έχει να κάνει με το περιεχόμενο της εργασίας, π.χ. ελευθερία επιλογών, βαθμός υπευθυνότητας, ποικιλία δραστηριοτήτων, χρήση δεξιοτήτων κ.α. Η εξωγενής έχει να κάνει με το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η εργασία, π.χ. συνθήκες εργασίας, φόρτος εργασίας, ωράριο, ασφάλεια, αμοιβές.

Ο Jansen (1996) σε δείγμα 402 νοσηλευτών βρήκε ότι οι νοσηλευτές βιώνουν μέτρια επίπεδα εξουθένωσης και εργασιακής ικανοποίησης, ωστόσο η ικανοποίηση επηρεάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα χαρακτηριστικά της εργασίας, ενώ η εξουθένωση από τα ατομικά χαρακτηριστικά.

Ο φόρτος εργασίας, απόρροια της ανεπαρκούς στελέχωσης, είναι σοβαρή απειλή κινδύνου προς τον ασθενή. Θέτει σε κίνδυνο την επαγγελματική ακεραιότητα των νοσηλευτών και τους οδηγεί σε ανυπεράσπιστα θέση από όπου αναπόφευκτα οδηγούνται στην δυσαρέσκεια (Godfrey, 1978). Οι Claus & Bailey (1980) συνδέουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών με τον αυξημένο φόρτο εργασίας, την βελτιωμένη αναλογία στελέχωσης και την διεξαγωγή της εργασίας μέσα στα επιθυμητά επίπεδα

της νοσηλευτικής. Αλλά και ο υπό-φόρτος εργασίας όταν ακολουθείται από ακανόνιστες περιόδους έντασης παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση του στρες (Καντάς, 1996).

Οι Price & Mueller (1981) συνέδεσαν την επαγγελματική εξουθένωση με την μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης και την εργασιακή ρουτίνα. Όσο μεγαλύτερη ποικιλία δραστηριοτήτων έχει μια εργασία τόσο μειωμένη είναι η αίσθηση της ρουτίνας. Η ποικιλία στην εργασία, οι ευκαιρίες ανάπτυξης και η καθιέρωση νέων ευκαιριών κατάρτισης συνδέονται με θετική ανταπόκριση στο περιβάλλον εργασίας και άρα με χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης (Cross & Fallon, 1985).

Σε έρευνα των Μουστάκα και συν (2010) σε 328 Έλληνες νοσηλευτές σε νοσοκομεία της πρωτεύουσας και της επαρχίας μελετήθηκε η **κοινωνική αναγνώριση** ως παράγοντας επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας “μειωμένη κοινωνική αναγνώριση” υφίσταται για το νοσηλευτικό προσωπικό των ελληνικών νοσοκομείων, συμβάλλει στην αύξηση της έντασης του εργασιακού στρες και οδηγεί τους νοσηλευτές στο να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με προγενέστερη έρευνα των Lawrence *et al* (1996) που αναγνωρίζουν την σημαντικότητα του παράγοντα της κοινωνικής αναγνώρισης στην ενθάρρυνση των νοσηλευτών να παραμείνουν στο νοσηλευτικό επάγγελμα και στην ικανοποίηση από την εργασία.

Η σχέση της επαγγελματικής ικανοποίησης με την εξουθένωση έχει εξεταστεί από πολλούς ερευνητές. Εξακολουθεί να είναι ένα ζήτημα αμφιλεγόμενο. Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί τους εργαζόμενους στο να μην είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους ή η μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης λειτουργεί ως παράγοντας της εξουθένωσης;

3.2 Μελέτες για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στον Ελλαδικό χώρο

Στην Ελλάδα η Αδαλή (2000) εκπόνησε μελέτη με δείγμα 233 νοσηλευτές που εργάζονταν σε παθολογικά τμήματα πέντε κρατικών νοσοκομείων της Αθήνας. Σκοπός ήταν να μελετηθεί το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και η σχέση της με τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το φύλλο φάνηκε να έχει σχέση με τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ η ηλικία δεν φάνηκε να έχει ιδιαίτερο

ρόλο. Η οικογενειακή κατάσταση έχει σχέση με την αποπροσωποποίηση και το επίπεδο εκπαίδευσης με την αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση. Σε μεταγενέστερη μελέτη οι Αδαλή και συν (2002) βρήκαν ότι οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Λόγων των υψηλών ποσοστών συναισθηματικής εξάντλησης που βρέθηκε στο δείγμα, οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται κόπωση, δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς τους, δεν αναπτύσσουν στενότερες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική και την συναισθηματική τους στήριξη. Προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από τα άτομα που θεωρούν πηγή της εξάντλησής τους.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω συμπεράσματα έρχεται η μελέτη των Κανδρή και συν (2004), η οποία υποστηρίζει ότι η καλή συνεργασία, η υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση της εργασίας και ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, βοηθούν τον νοσηλευτή να αντισταθεί στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επίσης δυσμενείς συνθήκες εργασίας, όπως βεβαρημένο εργασιακό πρόγραμμα, έλλειψη αυτονομίας, αυταρχική διοίκηση, ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη, οδηγούν σε αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (Αντωνίου, 2003).

Η Αντωνίου και συν (2005) σε μελέτη εργαζομένων στα ελληνικά νοσοκομεία, συνέδεσε τα υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες με τη συναισθηματική και τη σωματική δυσλειτουργία, κυρίως σε εργαζόμενους μικρότερων ηλικιών.

Η εργασία των Σιουρούνη και συν (2006) για την επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, παρατηρεί υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σε άτομα που εργάζονται σε χώρους όπου έχουν ως κύριο σκοπό την θεραπεία, σε σύγκριση με εκείνους που εργάζονται σε τμήματα αποκατάστασης.

Σημαντική θεωρείται και η εργασία των Σταύρου και συν (2005) για την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) της επαρχίας και την ικανοποίηση των διακομιζομένων ασθενών. Φαίνεται ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την εργασιακή απόδοση των εργαζομένων. Η αποπροσωποποίηση επηρεάζει την συμπεριφορά των πληρωμάτων απέναντι στους ασθενείς, αλλά και την επικοινωνία με τον γιατρό

υποδοχής. Τέλος και οι τρεις μαζί διαστάσεις του συνδρόμου έχουν σαν αποτέλεσμα την μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών.

Σε μελέτη της Καδδά (2005) σε 42 δημόσια νοσοκομεία διαπιστώνεται η ύπαρξη του στρες κυρίως στα ογκολογικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το σημαντικότερο σε αυτή τη μελέτη είναι η διαπίστωση ότι υπάρχουν θετικά αποτελέσματα στα λίγα νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει οργανωμένες παρεμβάσεις διαχείρισης όπως, συζητήσεις με ειδικούς επιστήμονες, δημιουργία ομάδων εργασίας και υλοποίηση σεμιναρίων και ημερίδων.

Ο Καντάς (1998) όπως και οι Cooper *et al* (2002) αναφέρουν ότι κακές συνθήκες εργασίας όπως, κακή αρχιτεκτονική διαρρύθμιση, κακός φωτισμός, τοξικές ουσίες/ακτινοβολία, δυσάρεστες μυρωδιές, ακραίες θερμοκρασίες ζεστές ή κρύες, έντονος θόρυβος, κακός αερισμός των νοσοκομείων δημιουργούν ενοχλήσεις, επηρεάζουν την παραγωγικότητα και προκαλούν αισθήματα κλειστοφοβίας στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Επίσης ο Καντάς στην ίδια έρευνα αναφέρεται και σε μια ακόμη ιδιαιτερότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος, το κυκλικό ωράριο εργασίας. Η εναλλαγή των διαστημάτων ημέρας και νύχτας κατά τα οποία διεξάγεται η εργασία των νοσηλευτών έχει σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες στον εργαζόμενο. Η αλλαγή των βιορυθμών επηρεάζει την αποδοτικότητα του εργαζόμενου και τον κάνει επιρρεπή στα ατυχήματα. Οι εναλλαγές βαρδιών έχουν επίδραση στη θερμοκρασία του σώματος, στο ρυθμό μεταβολισμού, στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, στη νοητική απόδοση αλλά και στα κίνητρα των εργαζομένων. Ακόμη έχουν επίδραση και στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου. Σε μελέτη των Cooper *et al* (1996), φαίνεται ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο παρουσίασαν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, περισσότερα προβλήματα στην σεξουαλική τους ζωή και χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης από την προσωπική τους ζωή.

Στην Ελλάδα ο αριθμός των νοσηλευτών είναι περίπου 10.700, αναλογία 1.79/1000 κατοίκους και φέρνει την χώρα μας στην τελευταία θέση μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών (Κυριόπουλος και συν 2012). Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι το φαινόμενο αυτό οφείλεται σε τρεις λόγους, οι οποίοι συνδέονται με την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης:

- a. Έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
- b. Χαμηλές αποδοχές.

c. Αντίξοες συνθήκες άσκησης του.

Το 1995 οι Πατεράκη και λοιποί αναφέρθηκαν όχι μόνο στα αίτια αλλά και στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής κόπωσης των νοσηλευτών. Αναφέρουν μέτρα πρόληψης της κόπωσης, όπως, πολυμορφία στην εργασία, βελτίωση εργασιακών σχέσεων κ.α. Σπάνια έχουν μελετηθεί παράγοντες που αφορούν στην πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σε μελέτη των Παπαδοπούλου και συν (1997) σε εργαζόμενους στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις», φαίνεται ότι η καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες, η ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για την βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, η συνεργασία και τα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης μπορούν να βοηθήσουν τους εργαζόμενους.

Η Μιχαλοπούλου (2003) μελέτησε τους παράγοντες που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Τόνισε στην εργασία της τον σημαντικό ρόλο της διδασκαλίας τρόπων μείωσης του άγχους ώστε να αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται συνοπτικά οι παράγοντες, που σύμφωνα με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές.

Πίνακας 3.1

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου
επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές.

• Προσωπικότητα	• Επαγγελματική ικανοποίηση
• Βαθμός εκπαίδευσης	• Εργασιακή ανασφάλεια
• Εκπαίδευση στην επικοινωνία	• Επίπεδο αμοιβής
• Ικανότητα ελέγχου καταστάσεων	• Ωράριο εργασίας
• Συναισθηματική νοημοσύνη	• Μορφή απασχόλησης
• Σχέσεις με συναδέλφους	• Φόρτος εργασίας
• Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά	• Εργασιακή ρουτίνα
• Χώρος εργασίας	• Έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης
• Ρόλος του οργανισμού	• Κακές κτιριακές υποδομές

3.3 Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης με την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) οι διαταραχές υγείας του γενικού πληθυσμού που σχετίζονται με το στρες, είναι η κυριότερη αιτία πρόωρων θανάτων στην Ευρώπη. Μπορεί γενικά το στρες να είναι μια υποκειμενική κατάσταση δυσφορίας, το εργασιακό όμως στρες είναι αποτέλεσμα της αντίληψης του εργαζόμενου ότι υπάρχει ανισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας του και την ικανότητά του να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Το εργασιακό στρες είναι η αντίδραση του εργαζόμενου όταν δέχεται πιέσεις στο χώρο εργασίας για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Η επαγγελματική εξουθένωση, όπως έχουμε αναφέρει ήδη, είναι μια κατάσταση χρόνιας μείωσης των προσωπικών ενεργειακών πόρων λόγω παρατεταμένης έκθεσης στο εργασιακό στρες (Freudenberger, 1974. Maslach & Jackson, 1981). Τα όρια μεταξύ στρες και εξουθένωσης στο χώρο εργασίας είναι ασαφή και συχνά επικαλυπτόμενα, ενώ πολλοί ερευνητές επιβεβαιώνουν την μεταξύ τους σχέση (Shaufeli *et al*, 1993. Cooper & Payne, 1988. Maslach *et al*, 1996). Οι επιπτώσεις της εξουθένωσης, τόσο στον εργαζόμενο όσο και στο εργασιακό του περιβάλλον, είναι εμφανείς.

Οι επιπτώσεις των παραπάνω παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης (πίνακας 3.1) στην σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτή γίνονται αντιληπτές μέσω διαφόρων συμπτωμάτων/ενδείξεων. Σε οργανικό επίπεδο εκδηλώνονται ήπια ή σοβαρότερα προβλήματα που αφορούν *το καρδιαγγειακό, το ανοσοποιητικό, το γαστρεντερικό, το μυοσκελετικό, το ενδοκρινικό και το αναπαραγωγικό*. Σε ψυχολογικό επίπεδο εκδηλώνονται συμπτώματα *σε επίπεδο συμπεριφοράς, σε συναισθηματικό επίπεδο και σε γνωστικό επίπεδο*. Τέλος σε κοινωνικό επίπεδο αναφέρεται συχνά *η απόσυρση, ο περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων και η μεταφορά των εργασιακών προβλημάτων στην οικογένεια*.

Στρες και καρδιαγγειακό σύστημα

Η έκθεση του νοσηλευτή σε συνεχές έντονο στρες μπορεί μακροπρόθεσμα να επιφέρει σοβαρά καρδιολογικά νοσήματα. Άτομα με χαρακτηριστικά προσωπικότητας τύπου Α, δηλαδή μεγάλη ανταγωνιστικότητα, διαρκή αίσθηση του επείγοντος, φιλοδοξία για

ταχεία κοινωνική άνοδο, υψηλές προσδοκίες για τον εαυτό του και τους άλλους, αδυναμία χαλάρωσης, τάση για γρήγορο περπάτημα και χαμηλή αυτοεκτίμηση, έχουν προδιάθεση για υψηλή αρτηριακή πίεση και στεφανιαία νόσο (Friedman & Rosenman, 1959. Τούντας, 1999, Robin & Leslie, 2006).

Η εχθρική συμπεριφορά που χαρακτηρίζει την προσωπικότητα τύπου Α συνδέεται με μεγαλύτερη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής συχνότητας και του επιπέδου ορμονών του στρες στο αίμα. Οι Suarez *et al* (1998) και Richards *et al* (2000) μελέτησαν άτομα με αισθήματα θυμού, επιθετική και ανταγωνιστική συμπεριφορά και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα παραπάνω πρότυπα συμπεριφοράς συνδέονται με την αύξηση της ολικής χοληστερόλης και την χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη. Το χρόνιο στρες αυξάνει επίσης τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης του πλάσματος και της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων γεγονός που οδηγούν σε χρόνια αιμοσυμπύκνωση και αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων. Οι παράγοντες αυτοί συμβάλλουν καθοριστικά στο σχηματισμό θρόμβων στο αίμα και στην εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων (Muldoon *et al*, 1995. Stoney, 1999). Η ομοκυστεΐνη είναι ένα μη πρωτεϊνικό αμινοξύ που τα υψηλά της επίπεδα έχουν συσχετιστεί με καρδιαγγειακές παθήσεις, καταστροφή των νευρώνων και επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη.

Σύμφωνα με μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες, όπως η Whitehall II (1982-University College London) σε 10.308 δημοσίους υπαλλήλους, 35 έως 55 χρόνων και η σκανδιναβική Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP-1992 έως 1994) σε όλους τους Σουηδούς πολίτες 45 έως 70 χρόνων, χωρίς προηγούμενη εμφάνιση εμφράγματος, έδειξαν ότι ανεξάρτητα από την συνύπαρξη των κλασικών παραγόντων κινδύνου, η εργασία υψηλών απαιτήσεων-χαμηλού ελέγχου απόφασης (high demand-low decision control) όπως και η εργασία υψηλών απαιτήσεων-χαμηλής απολαβής (high demand-low reward) αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου. Η έννοια της εργασίας χαμηλής απολαβής στις παραπάνω μελέτες δεν ορίζεται μόνο ως χαμηλή χρηματική αμοιβή, αλλά επίσης και ως χαμηλή πιθανότητα προαγωγής και εξέλιξης.

Αρκετές έρευνες εξέτασαν την σχέση του εργασιακού στρες με φυσιολογικούς μηχανισμούς εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Για παράδειγμα έρευνα των Nordstrom *et al* (2001), μετρώντας την στένωση των καρωτίδων, μέσω υπερήχων, έδειξε τη σχέση εργασιακού στρες και πρόωμης αθηροσκλήρωσης.

Το εργασιακό στρες μπορεί να επιδράσει στο καρδιαγγειακό σύστημα όχι μόνο μέσω των βιολογικών μεταβολών που προκαλεί αλλά και μέσω της διατροφικής συμπεριφοράς του ατόμου. Τα περισσότερα άτομα, όταν έχουν στρες, αναζητούν ως ψυχολογική διέξοδο την απόλαυση φαγητού πλούσιου σε λιπαρά, αλάτι και ζάχαρη (Olszewski & Levine, 2007).

Στρες και ανοσοποιητικό σύστημα

Η μελέτη των Ader & Cohen (1975) ήταν από τις πρώτες που ανέφεραν ότι το ανοσοποιητικό σύστημα δεν είναι αυτόνομο αλλά αλληλεπιδρά με άλλα οργανικά συστήματα. Η μελέτη αυτή αποτέλεσε την βάση για την ανάπτυξη της ψυχονευροανοσολογίας (psychoneuroimmunology), η οποία θεωρεί ότι η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου μπορεί να επηρεάσει το ανοσοποιητικό του σύστημα μέσω του νευρικού συστήματος. Οι ακριβείς μηχανισμοί που ευθύνονται για την αλληλεπίδραση του στρες με το ανοσοποιητικό σύστημα δεν έχουν διαλευκανθεί πλήρως, όμως η ενεργοποίηση λόγω στρες του υποθαλάμου – υποφυσιακού – επινεφριδιακού άξονα είναι κάτι παραπάνω από βέβαιη. Μια από τις βασικές απαντήσεις του εγκεφάλου στο στρες είναι η αύξηση της παραγωγής στον υποθάλαμο μιας ορμόνης που ονομάζεται εκλυτικός παράγοντας κορτικοτροπίνης (CRF). Η CRF μεταφέρεται από τον υποθάλαμο στην υπόφυση για να απελευθερώσει μια άλλη ορμόνη, τον εκλυτικό παράγοντα της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH). Η ορμόνη αυτή μεταφέρεται μέχρι τα επινεφρίδια για να απελευθερώσει τις στεροειδείς ορμόνες, οι οποίες είναι από τους πλέον ισχυρούς αναστολείς της λειτουργίας του ανοσοποιητικού.

Το εργασιακό στρες ενοχοποιείται και για αυτοάνοσες θυρεοειδοπάθειες, όπως η χρόνια θυρεοειδίτιδα Hashimoto και η θυρεοειδίτιδα της λοχείας, οι οποίες είναι πλέον οι πιο συχνές αυτοάνοσες διαταραχές που προσβάλλουν σχεδόν το 5% του συνολικού πληθυσμού. Σύμφωνα με ευρήματα ερευνών σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αυτών των νοσημάτων κατέχει το επίμονο στρες (Ferracci *et al*, 2003. Brent, 2008).

Το στρες έχει επίσης συνδεθεί με την αύξηση της ευαισθησίας σε ιογενείς λοιμώξεις, οι οποίες συνήθως εκδηλώνονται τα σαββατοκύριακα μετά από πολυάσχολη και αγχωτική εβδομάδα (McEwen & Stellar, 1993).

Ο μηχανισμός και ο σχηματισμός του καρκίνου είναι πάντα ένα θέμα που προκαλεί το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Οι επιστήμονες αναφέρουν πως σε παρατεταμένης διάρκειας στρεσογόνα γεγονότα ο υποθάλαμος ενεργοποιεί τον

βλεννογόνο αδένες, ο οποίος με την σειρά του ενεργοποιεί τους επινεφρίδιους αδένες να παράγουν ορμόνες που προκαλούν χημικές αλλαγές σε κύτταρα και ιστούς. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «αντίδραση μάχης ή φυγής» (Fight or Flight response). Κατά την διάρκεια της διαδικασίας αυτής το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να κατασταλεί. Η καταστολή του ανοσοποιητικού οδηγεί στην προδιάθεση ανάπτυξης ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου (National Cancer Institute, 2012).

Επίσης σύμφωνα με τους Conti *et al* (2011), ένας ανώμαλος ρυθμός έκκρισης κορτιζόλης υπονοεί μια αντίδραση άγχους και έχει σαν αποτέλεσμα την καταστολή της ανοσοποιητικής αντίδρασης, μειώνοντας την δραστηριότητα των λεμφοκυττάρων. Μελέτες έχουν δείξει ότι η κακή ρύθμιση της κορτιζόλης συνδέεται με ραγδαία εξέλιξη του καρκίνου του μαστού. Επίσης η μείωση της δραστηριότητας των λεμφοκυττάρων έχει συνδυαστεί με την μείωση της δραστηριότητας των φονικών κυττάρων (natural killers) (Glaser *et al*, 1986).

Στρες και γαστρεντερικό σύστημα

Η αλληλεπίδραση του στομάχου με τον εγκέφαλο δεν έχει κατανοηθεί πλήρως από τους επιστήμονες. Ωστόσο, οι ορμόνες του στρες φαίνεται πως προκαλούν υπερδιέγερση στις περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τη λειτουργία του εντέρου. Αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη ναυτία και τον ερεθισμό του στομάχου, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο UCLA της Καλιφόρνια.

Ο Wolff (1962) εκτίμησε την γαστρική έκκριση κάτω από διαφορετικές καταστάσεις συναισθηματικού στρες. Το οξύ στρες μπορεί να προκαλέσει επιβράδυνση της γαστρικής κένωσης, επηρεάζει την πέψη των τροφίμων, αλλά και την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών από το έντερο. Οι εναλλαγές δυσκοιλιότητας και διάρροιας αποτελούν χαρακτηριστικό σύμπτωμα στρες. Οι απαιτητικοί και εξοντωτικοί ρυθμοί εργασίας σε συνδυασμό με το στρες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση πεπτικού έλκους.

Στρες και μυοσκελετικό σύστημα

Ως μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία, θεωρούνται οι βλάβες μερών του σώματος, όπως οι μύες, οι σύνδεσμοι, οι τένοντες, οι αρθρώσεις, τα νεύρα, τα οστά και τα αγγεία, οι οποίες προκαλούνται ή επιδεινώνονται κατά κύριο λόγο από

την εργασία και από τις επιπτώσεις του άμεσου εργασιακού περιβάλλοντος (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, FACTS 71, 2007).

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

Σε συνθήκες στρες, οι μύες «τεντώνονται», δηλαδή συσπώνται. Η σύσπαση αυτή για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα μπορεί να προκαλέσει τις επονομαζόμενες κεφαλαλγίες τάσεως (είναι η πιο συχνή μορφή πονοκεφάλου), ημικρανία και διάφορα μυοσκελετικά προβλήματα (π.χ. πόνο στη μέση).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (FACTS 75, 2007) αναγνωρίζει, ανάμεσα σε άλλους, και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην εργασία που μπορούν να συμβάλλουν στην εκδήλωση μυοσκελετικών παθήσεων. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Απαιτητική εργασία, έλλειψη ελέγχου επί των εκτελούμενων καθηκόντων και χαμηλός βαθμός αυτονομίας.
- Χαμηλός βαθμός ικανοποίησης από την εργασία.
- Έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους, προϊστάμενους και διευθυντές.
- Έντονος ρυθμός εργασίας και πίεση χρόνου.

Στρες και ενδοκρινικό σύστημα

Όταν ο οργανισμός βρίσκεται σε κατάσταση στρες, τα επινεφρίδια – κάτω από τον έλεγχο της υπόφυσης και του υποθαλάμου – παράγουν κορτιζόλη και επινεφρίνη (αδρεναλίνη), τις επονομαζόμενες «ορμόνες του στρες». Η κορτιζόλη έχει αντιφλεγμονώδη δράση, επηρεάζει το μεταβολισμό και συμμετέχει σε διαδικασίες αντιμετώπισης καταστάσεων συναισθηματικής φόρτισης. Η αδρεναλίνη συμμετέχει και αυτή στην αντιμετώπιση καταστάσεων έντονης συναισθηματικής φόρτισης και ενεργοποιεί τον οργανισμό (αύξηση καρδιακού και μεταβολικού ρυθμού, αύξηση του ρυθμού της αναπνοής και της αρτηριακής πίεσης).

Το στρες, όταν παρατείνεται η διάρκειά του αρκετά, γίνεται κίνδυνος για τον οργανισμό. Η κορτιζόλη αυξάνει το σάκχαρο του αίματος διασπώντας το γλυκογόνο και προωθώντας τη μετατροπή των αμινοξέων σε γλυκόζη στο ήπαρ, διαδικασία που

ονομάζεται γλυκονεογένεση. Για τον λόγο αυτό η κορτιζόλη είναι μια διαβητογόνος ορμόνη. Από την άλλη πλευρά ενισχύει τον καταβολισμό των πρωτεϊνών, με συνέπεια την μείωση της μυϊκής μάζας και την παρουσία οστεοπόρωσης. Παρόλο που η κορτιζόλη ενισχύει την λιπόλυση, με την παρουσία της το λίπος έχει την τάση να συγκεντρώνεται στον τράχηλο και στον κορμό. Η κορτιζόλη καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα, και κυρίως τα λεμφοκύτταρα, ενώ περιορίζει την εκδήλωση της φλεγμονώδους απάντησης. Με τον τρόπο αυτό, αυξάνεται η επιρρέπεια του οργανισμού απέναντι στις λοιμώξεις. Όταν υπάρχει υπερέκκριση κορτιζόλης, μπορεί να παρατηρηθούν ψυχικές διαταραχές (Τούντας, 1999). Τέλος η κορτιζόλη μπορεί να προκαλέσει νέο έλκος στο γαστρεντερικό σύστημα ή να αναζωπυρώσει παλαιό έλκος.

Στα επινεφρίδια εκκρίνεται επίσης και η ορμόνη αλδοστερόνη, η οποία ρυθμίζει την ομοιόσταση νατρίου (Na^+) και καλίου (K^+). Σε παρατεταμένης διάρκειας στρες η ομοιόσταση $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ διαταράσσεται με αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης λόγω κατακράτησης χλωριούχου νατρίου.

Σε μελέτη στην Αγγλία το 2006 εξετάστηκε η σχέση του εργασιακού στρες με το μεταβολικό σύνδρομο. Οι Chandola *et al* διεξήγαγαν έρευνα σε 10.308 δημόσιους υπαλλήλους από το 1985 έως το 1999. Τα ευρήματά τους υποστηρίζουν ότι η έκθεση σε εργασιακό στρες για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να επηρεάσει το αυτόνομο νευρικό σύστημα και να προκαλέσει διαταραχές νεύρο-ενδοκρινικού τύπου, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη του μεταβολικού συνδρόμου. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από παχυσαρκία, αυξημένη περίμετρο κοιλιάς, υψηλή αρτηριακή πίεση, υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, υψηλή χοληστερόλη (LDL), ανθεκτικότητα στην ινσουλίνη και αυξημένη γλυκόζη αίματος νηστείας και έχουν διπλάσια πιθανότητα να το εμφανίσουν όσοι έχουν εργασιακό στρες

Στρες και αναπαραγωγικό σύστημα

Στις γυναίκες, το στρες μπορεί να προκαλέσει διαταραχή του εμμήνου κύκλου, διακοπή της εμμήνου ρήσεως, πόνο στη διάρκεια της περιόδου και ελάττωση της ερωτικής επιθυμίας. Στους άνδρες, η υπερπαραγωγή κορτιζόλης λόγω στρες μπορεί να επηρεάσει την φυσιολογική λειτουργία του συστήματος αναπαραγωγής. Στο χρόνιο στρες μπορεί να διαταραχθούν τα επίπεδα τεστοστερόνης και η παραγωγή σπερματοζωαρίων, με συνέπεια την υπογονιμότητα.

Σύμφωνα με έρευνα του περιοδικού «Fertility and Sterility» (2011), γυναίκες που είχαν στο σάλιο υψηλή συγκέντρωση άλφα αμυλάσης (ενός βιολογικού δείκτη στρες) είχαν 12% λιγότερη πιθανότητα να συλλάβουν από αυτές που είχαν χαμηλότερη συγκέντρωση.

Ο μηχανισμός που δημιουργεί υπογονιμότητα έχει πιθανόν να κάνει με την φυσιολογία της κατάθλιψης, δηλαδή τα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης, τη διατάραξη του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, καθώς και με την δυσλειτουργία του θυρεοειδούς.

Στρες και ψυχική υγεία

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την ύπαρξη ψυχικής υγείας ως «μια κατάσταση ευεξίας στην οποία ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται τη δική του δυναμική, μπορεί να εργάζεται παραγωγικά και αποτελεσματικά και είναι ικανός να συνεισφέρει στη δική του κοινωνία».

Η ΠΟΥ υπολογίζει ότι μέχρι το 2020 η κατάθλιψη θα καταστεί η δεύτερη πιο σημαντική αιτία ανικανότητας στον κόσμο. Η οικονομική πτυχή της ψυχικής υγείας είναι σημαντική. Το κόστος των ασθενειών ψυχικής υγείας υπολογίζεται στα 240 δισεκατομμύρια ευρώ το χρόνο. Το κόστος του εργοδότη από την απώλεια της παραγωγικότητας που οφείλεται σε ψυχολογικά προβλήματα υγείας, είναι υψηλότερο από ότι εκείνο που οφείλεται σε άλλα προβλήματα υγείας.

Υπάρχει, άραγε, σχέση μεταξύ των προβλημάτων της ψυχικής υγείας και των στρεσογόνων παραγόντων της εργασίας; Έρευνα των Tsutsumi et al (2000) έρχεται να επιβεβαιώσει ότι το καταθλιπτικό συναίσθημα στους εργαζόμενους σχετίζεται με στρεσογόνες συνθήκες στην εργασία τους. Το στρες πυροδοτείται συχνά από καταστάσεις όπου ζητείται από ένα άτομο να πράξει περισσότερα από όσα πιστεύει ότι μπορεί να κατορθώσει. Πολλές ημιτελείς ή δύσκολα επιτεύξιμες εργασίες μπορούν να προκαλέσουν στρες. Εάν μια αγχώδης κατάσταση συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης.

Στους επιβαρυντικούς παράγοντες, εκτός του φύλλου, του οικογενειακού ιστορικού για ψυχιατρική νόσο και του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου εμφανίζεται και το είδος του επαγγέλματος (Lorant *et al*, 2003. Muntaner *et al*, 2004). Πλήθος ερευνών υποστηρίζουν αυξημένα ποσοστά ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών σε απασχολούμενους σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα, με τους

επαγγελματίες υγείας να καταλαμβάνουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά (Edwards *et al*, 2000. Tennant, 2001). Ο αυξημένος κίνδυνος ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών στους επαγγελματίες υγείας ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα των ιδιαίτερων εργασιακών παραγόντων στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι σε αυτά, όπως ασταθές ωράριο εργασίας, επαφή με τον θάνατο, λήψη σημαντικών αποφάσεων, διάπραξη σφαλμάτων και απειλή δικαστικών μηνύσεων από τους ασθενείς, σύγκρουση μεταξύ οικογένειας και εργασίας (Kandri *et al*, 2004). Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής, γιατί αφενός είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Sapountzi & Lemonidou, 1994).

Ο βαθμός συναισθηματικής καταπόνησης, το στρες και η ένταση που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας είναι τόσο έντονα, που μπορεί να τους οδηγήσουν όχι μόνο σε κατάθλιψη αλλά και σε απόπειρα αυτοκτονίας (Pompili *et al*, 2006). Σε μελέτη στις ΗΠΑ, η συχνότητα των αυτοκτονιών ήταν 1.15 φορές υψηλότερη για τους άνδρες γιατρούς/νοσηλεύτες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και 3 φορές υψηλότερη για τις γυναίκες γιατρούς/νοσηλεύτριες (Firth-Cozens, 1997).

Ο ΠΟΥ επισημαίνει ότι το 75% των ατόμων που αναζητούν ψυχιατρική υποστήριξη είναι άτομα με μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και έντονο εργασιακό στρες. Το εργασιακό στρες μπορεί να προκαλέσει καταστάσεις όπως ανησυχία, κατάθλιψη, αϋπνίες και αισθήματα ανεπάρκειας (American Psychological Association-APA, 2005). Η συχνότητα και η ένταση αυτών των ψυχολογικών προβλημάτων καθορίζει τη μετέπειτα εξέλιξή τους σε διάφορες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες ενίοτε χρήζουν και θεραπευτικής αγωγής.

Τέλος εκτός από τα ψυχολογικά προβλήματα και τις ψυχικές διαταραχές μια πληθώρα εξαρτημένων συμπεριφορών ολοένα και σχετίζονται με το στρες, όπως διατροφικές διαταραχές, τυχερά παιχνίδια, χρήση παράνομων ουσιών, κατανάλωση οινοπνεύματος (Arnold *et al*, 1995), κάπνισμα αλλά και προφίλ ατόμων που είναι επιρρεπή σε ατυχήματα και έχουν βίαιη συμπεριφορά (Sinha, 2009).

Σοβαρή κατάχρηση οινοπνεύματος πολύ συχνά σχετίζεται με την κατάθλιψη. Η κατάχρηση του οινοπνεύματος περιπλέκει την πορεία της κατάθλιψης, όχι σπάνια όμως είναι η αιτία της. Η κατάχρηση οινοπνεύματος συνδυάζεται συχνά με κατάχρηση και άλλων ουσιών-φαρμάκων και με υψηλή συχνότητα αυτοκτονιών. Οι

νοσηλευτές/τριες και οι ψυχίατροι δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών και χρήσης αλκοόλ (Arnold *et al*, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

4.1 Διαχείριση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει σοβαρό κοινωνικοοικονομικό αντίκτυπο. Αναφέρεται ότι σημαντικός αριθμός εργαζομένων παραιτούνται πρόωρα λόγω εξουθένωσης (Claxton *et al*, 1998. Molassiotis *et al*, 1996). Ακόμη περισσότεροι χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας. Οι ημέρες εργασίας που χάνονται και η απώλεια παραγωγικότητας είναι σημαντικές. Μελέτες του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2000) δείχνουν ότι το 50-60% του συνόλου των χαμένων ημερών εργασίας μπορεί να αποδοθεί στο εργασιακό άγχος και στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους που σχετίζονται με την εργασία. Πρόκειται για το δεύτερο συχνότερο πρόβλημα υγείας που συνδέεται με την εργασία στην Ευρώπη μετά τις μυοσκελετικές διαταραχές. Το εθνικό κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης στη Γαλλία υπολογίστηκε μεταξύ 2 και 3 δισεκατομμυρίων ευρώ για το 2007. Στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά την περίοδο 2009-2010 χάθηκαν περίπου 9,8 εκατομμύρια ημέρες εργασίας λόγω του εργασιακού άγχους και οι εργαζόμενοι απουσίασαν κατά μέσο όρο 22,6 ημέρες από την εργασία τους. Στην Αυστρία το 42% των περιπτώσεων πρόωρης συνταξιοδότησης εργαζομένων σε θέσεις στελεχών αναφέρουν ως κύριο λόγο τις ψυχολογικές διαταραχές.

Στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών από το εξουθενωμένο νοσηλευτικό προσωπικό επιδεινώνεται. Το νοσηλευτικό προσωπικό αναπτύσσει κυνική διάθεση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση προβληματικών και επικίνδυνων συμπεριφορών στο χώρο της υγείας.

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να βλάψει τις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις του εργαζόμενου και να τον οδηγήσει σε μια αρνητική διάθεση απέναντι στη ζωή. Υπό αυτή την έννοια μπορεί να έχει κάποια κοινά στοιχεία με την κλινική κατάθλιψη (Iacovides *et al*, 1999).

Για την πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου, ο επαγγελματίας υγείας καλείται να αναγνωρίσει αρχικά μόνος του τις αδυναμίες και τα όριά του, έτσι ώστε να προλάβει ή να αντιμετωπίσει έγκαιρα τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οφείλει όμως και η διοίκηση των νοσοκομείων να ενδιαφερθεί με την εξεύρεση αποτελεσματικών τρόπων χειρισμού των προβλημάτων και την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στους χρήστες.

Η μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης επιτυγχάνεται με:

- την **πρόληψη** και την άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων, πριν εμφανιστούν η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων.
- την **σωστή και έγκαιρη αντίδραση** σε συνδυασμό με μια σειρά ενεργειών, που βασίζεται στην επίλυση προβλημάτων από την ηγεσία ή την ομάδα. Ο στόχος είναι να βελτιωθεί η οργανωτική και διοικητική ικανότητα εντοπισμού και αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν.
- την **αποκατάσταση**, η οποία περιλαμβάνει ευρέως γνωστές διαδικασίες στήριξης, συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβουλών και θεραπείας, ώστε οι εργαζόμενοι να μπορέσουν να ξεπεράσουν τα προβλήματά τους

Στο παρελθόν, η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης βασιζόταν σε παρεμβάσεις οι οποίες αφορούσαν μεμονωμένες προβληματικές καταστάσεις (π.χ. οργανωτικό κλίμα). Σήμερα η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης βασίζεται σε μια *ολιστική προσέγγιση των συνθηκών εργασίας*. Υιοθετούνται στρατηγικές περισσότερο ευρείες που μπορούν να αξιολογούν προβλήματα, που αφορούν τόσο σε

ατομικό όσο και σε διαπροσωπικό και οργανωτικό επίπεδο. Οι παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι σύνθετοι και διαφορετικοί μεταξύ τους με αποτέλεσμα, τις περισσότερες φορές, αν αντιμετωπιστούν αποσπασματικά ή όλοι μαζί στο σύνολό τους, η αντιμετώπιση του προβλήματος να είναι επιφανειακή. Είναι αναγκαίο η εφαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης να υλοποιείται σε φάσεις, αναδεικνύοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες, οι οποίοι με την σειρά τους θα οδηγήσουν στη λήψη των κατάλληλων παρεμβατικών μέτρων (Cox *et al*,2000). Πρέπει να αναπτυχθούν διαφοροποιημένες στρατηγικές παρέμβασης σε οργανωτικό, συλλογικό και ατομικό επίπεδο (Leka *et al*, 2008).

4.1.1 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο (πρωτογενείς παρεμβάσεις) στοχεύουν στην μείωση των πηγών έντασης στον οργανισμό μέσω της εργονομίας και στον εργασιακό, διοικητικό και περιβαλλοντικό ανασχεδιασμό. Τα μέτρα που λαμβάνονται αφορούν στο εργασιακό περιβάλλον, στον εξοπλισμό εργασίας-τεχνολογία, στους ρυθμούς της εργασίας, στα ωράρια, στο σύστημα επιβράβευσης-ανέλιξης(Wiili-Peltola *et al*, 2007).

Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις είναι προληπτικού και διορθωτικού χαρακτήρα και αξιολογούνται με όρους κόστους-αποτελέσματος. Παρά το γεγονός ότι η επιστημονική έρευνα για τη σχέση κόστους-αποτελέσματος δεν είναι εύκολη, πολλές οργανώσεις και φορείς χάραξης πολιτικής έχουν προσπαθήσει να προσδιορίσουν το κόστος και τα οφέλη των παρεμβάσεων όσον αφορά στις παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του άγχους στον χώρο εργασίας. Το κέντρο του Sainsbury για την ψυχική υγεία (SCMH, 2007) στην Βρετανία εκτιμά το ετήσιο επαγγελματικό κόστος που αφορά στην ψυχική υγεία στο χώρο εργασίας ως εξής:

-
- Απουσία λόγω ασθένειας: 8,4 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας (~ 9,7 δις. €)
 - Μειωμένη παραγωγικότητα: 5,1 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας (~ 5,9 δις. €)
 - Ανανέωση του προσωπικού: 2,4 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας (~ 2,8 δις. €)
-

Οι Wang *et al* (2007) ανακοίνωσαν τα αποτελέσματα έρευνας στις ΗΠΑ, στην οποία φαίνεται ότι το ετήσιο οικονομικό όφελος της εφαρμογής ειδικού προγράμματος για την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση όσον αφορά στα συμπτώματα κατάθλιψης που εμφανίζουν οι εργαζόμενοι ανέρχεται σε 1800\$ ανά υπάλληλο, έναντι ετήσιου κόστους ανά υπάλληλο που κυμαινόταν μεταξύ 100-400\$.

Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο αποσκοπούν στον περιορισμό των αιτιών του εργασιακού άγχους και περιλαμβάνουν μέτρα όπως(Elkin & Rosch, 1990):

✚ Επανασχεδιασμός της εργασίας

Ο επανασχεδιασμός της εργασίας περιλαμβάνει τη μεταβολή των εργασιακών απαιτήσεων διασφαλίζοντας ότι οι εργαζόμενοι διαθέτουν ή πρόκειται να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις για την εκτέλεση της εργασίας τους. Με τον επανασχεδιασμό της εργασίας βελτιώνεται η εκτέλεση της δουλειάς από τον εργαζόμενο καθώς και η ποσότητα και η ποιότητα της εργασίας. Οι ενέργειες προς αυτή την κατεύθυνση στοχεύουν:

- a. Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η απόδοση του νοσηλευτή και παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες. Αναγκαίο είναι να μελετηθούν τα προσωπικά κίνητρα του επαγγελματία, τα οποία επηρεάζουν άμεσα την προσαρμογή και την απόδοση του στο χώρο εργασίας.
- b. Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων του νοσηλευτή και η συμμετοχή του στην λήψη αποφάσεων. Αυξάνεται ο αυτοέλεγχος, η υπευθυνότητα και η ανεκτικότητα στις ιδιαίτερα αγχογόνες συνθήκες του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Παράλληλα δημιουργείται ένα εργασιακό περιβάλλον το οποίο διοικείται δημοκρατικά.
- c. Η πολυμορφία στην εργασία είναι απαραίτητη σε εργασίες που επηρεάζουν ψυχολογικά τους εργαζόμενους. Τα νέα ερεθίσματα στο χώρο εργασίας ικανοποιούν και αναζωογονούν τους εργαζόμενους.
- d. Η δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα για τον εργαζόμενο.

- e. Η δυνατότητα διαλειμμάτων και ειδικών αδειών βοηθούν τον νοσηλευτή να απομακρυνθεί από το αγχογόνο περιβάλλον και να επαναφορτίσει τις δυνάμεις του.

Δημοκρατική διοίκηση

Η δημοκρατική διοίκηση είναι ένας αναγκαίος παράγοντας έτσι ώστε να υπάρξει κλίμα αμοιβαίου σεβασμού στο εργασιακό περιβάλλον. Ο ρόλος του προϊστάμενου είναι μεν ηγετικός αλλά υπάρχει ενδιαφέρον για τις απόψεις του εργαζόμενου, προωθείται η συνεργασία και το κάθε άτομο αναλαμβάνει ευθύνες και πρωτοβουλίες. Τα προβλήματα συζητούνται και αναζητούνται από κοινού λύσεις, αποφεύγονται οι ανταγωνισμοί και η επιδίωξη προσωπικής ανάδειξης.

Δημιουργία συνεκτικών ομάδων

Η δημιουργία συνεκτικών ομάδων ενισχύεται με τις συναντήσεις των μελών του προσωπικού για την βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων και της συνεργασίας.

Επανασχεδιασμός του οργανωτικού περιβάλλοντος

Με τις αλλαγές αυτές γίνεται προσπάθεια μείωσης των αρνητικών στοιχείων της οργάνωσης της εργασίας. Απαιτείται επανασχεδιασμός της εργασίας με σκοπό την απόκτηση μεγαλύτερου ελέγχου από τον εργαζόμενο πάνω στο αντικείμενο της εργασίας του και την αξιοποίηση των δυνατοτήτων του (Luceno & Martin, 2008). Οι παρεμβάσεις για τον επανασχεδιασμό του οργανωτικού περιβάλλοντος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν (EU-OSHA, 2002):

- a. Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης κατά τις ώρες αιχμής με στόχο την μείωση του φόρτου εργασίας, την εφαρμογή βελτιώσεων στην οργάνωση βαρδιών και την αναπλήρωση προσωπικού λόγω απουσιών και έκτακτων καταστάσεων.
- b. Καθορισμός λειτουργιών και ευθυνών.
- c. Καθιέρωση ελαστικών προγραμμάτων εργασίας.

- d. Θέσπιση πρωτοκόλλου επικοινωνίας για καταστάσεις οι οποίες εγκυμονούν κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των νοσηλευτών.
- e. Αναγνώριση ενός βαθμού διακριτικής ευχέρειας σε ομάδες εργαζομένων, οι οποίοι θα μπορούν να ασκούν τα καθήκοντά τους με βάση κατευθυντήριες γραμμές που θα χαράζονται από τον οργανισμό και με στόχο τη βελτίωση της αυτονομίας και της διαδικασίας λήψης αποφάσεων.
- f. Προαγωγή της συμμετοχής των εργαζομένων, η οποία θα τους επιτρέπει να συμμετέχουν με τις συστάσεις τους, τις ιδέες και τις απόψεις τους.
- g. Συμπερίληψη των εργαζομένων στο σχεδιασμό προγραμμάτων.
- h. Καθιέρωση δίκαιων εργασιακών πολιτικών.

4.1.2 Παρεμβάσεις σε επίπεδο μικρής ομάδας

Οι παρεμβάσεις σε επίπεδο μικρής ομάδας (δευτερογενείς παρεμβάσεις) είναι και αυτές **προληπτικού χαρακτήρα** και στοχεύουν στην ενημέρωση-εκπαίδευση των εργαζομένων, σε συλλογικό και ατομικό επίπεδο, αναφορικά με τις σωστές πρακτικές εργασίας και τον κώδικα συμπεριφοράς στον εργασιακό χώρο. Σκοπός των παρεμβάσεων αυτών είναι η ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων των εργαζόμενων να διαχειρίζονται το άγχος μέσω εξειδικευμένης επιμόρφωσης. Παρεμβάσεις σε επίπεδο μικρής ομάδας είναι:

✚ Σεμινάρια-Ημερίδες-Εκπαιδευτικά προγράμματα

Η οργάνωση σεμιναρίων-ημερίδων και η παροχή δυνατοτήτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης βοηθάει σε θέματα αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει προγράμματα διαχείρισης χρόνου, δεξιοτήτων για επίλυση προβλημάτων και συμβουλευτικής για την τροποποίηση της εργασιακής συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής (Cooper, 2001).

✚ Μελέτες-εργασίες

Είναι αναγκαία η περιοδική διενέργεια μελετών-εργασιών για τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων και τους παράγοντες που την

προκαλούν και για την προσπάθεια εξάλειψης αυτών των στρεσογόνων παραγόντων.

Δημιουργία ειδικών τμημάτων

Η δημιουργία αυτών των τμημάτων με εξειδικευμένο προσωπικό-ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί-βοηθάει στην αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων, στον συντονισμό και στην επίλυση προβλημάτων επαγγελματικής εξουθένωσης, στη βελτίωση της επικοινωνίας με τον ασθενή και στην κατανόηση της σημασίας της συμπάθειας προς τους ασθενείς. Ειδικότερα οι ομάδες αυτές μπορούν να βοηθήσουν (EU-OSHA, 2002. Marine *et al*, 2009. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης-Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης «Ψυχαργός»-β' φάση):

- ✓ Με την κατάρτιση του προσωπικού για την αντιμετώπιση καταστάσεων όπως ο θάνατος, ο πόνος και το τελικό στάδιο ασθενειών.
- ✓ Με την εκπαίδευση για την απόκτηση δεξιοτήτων που συμβάλλουν στη μείωση του άγχους και στην βελτίωση των σχέσεων και της επαφής με τους ασθενείς.
- ✓ Με προγράμματα μείωσης του άγχους βασισμένα στην αυτοσυγκέντρωση, στην εκπαίδευση για την βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, στην εκμάθηση τρόπων αντιμετώπισης αντιδράσεων άγχους.
- ✓ Με την κατάρτιση του προσωπικού με στόχο την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό.
- ✓ Με την βελτίωση των σχέσεων μεταξύ συναδέλφων και διευθυντικών στελεχών στο χώρο εργασίας.
- ✓ Με την βελτίωση της εναρμόνισης του νοσηλευτή με το περιβάλλον του νοσοκομείου.
- ✓ Με την ενίσχυση της συμμετοχής και της αυτονομίας.
- ✓ Με τον εντοπισμό και την αξιοποίηση των ικανοτήτων του εργαζόμενου για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον εργασιακό χώρο.

Κλινικές εποπτείες

Οι κλινικές εποπτείες βοηθούν τους νοσηλευτές να αναπτύξουν ικανότητες και επαγγελματικές δεξιότητες χρήσιμες για την καριέρα τους (Darley, 1995). Απευθύνονται σε έναν εργαζόμενο ή μια ομάδα επαγγελματιών που με την

υποστήριξη ειδικού συμβούλου αναγνωρίζουν και αξιοποιούν δημιουργικά τις ικανότητές τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας. Ο σύμβουλος δεν αντιμετωπίζει τον επαγγελματία υγείας ως «προβληματικό» που χρήζει ψυχοθεραπείας. Αντίθετα, τον θεωρεί ικανό και υπεύθυνο στο ρόλο του και συνεργάζεται μαζί του για την κατανόηση της κατάστασης που τον δυσκολεύει και την αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισής της (Steinberg, 1995).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το νοσηλευτικό προσωπικό διαθέτει εδώ και πολλά χρόνια κλινικές εποπτείες, γεγονός που έχει βοηθήσει να διατηρείται υψηλό το ηθικό και το επαγγελματικό τους ενδιαφέρον, έχει βοηθήσει στο να αποκτήσουν επαγγελματικές φιλοδοξίες και ενδιαφέροντα και έχει μειωθεί ο κίνδυνος για επαγγελματική εξουθένωση.

Προγράμματα φυσικής άσκησης

Η άσκηση βελτιώνει την διάθεση, βοηθάει στην αντιμετώπιση της ήπιας κατάθλιψης, βελτιώνει την μνήμη και την πνευματική διαύγεια, βελτιώνει τον ύπνο, αυξάνει την αυτοεκτίμηση και ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα. Τα προγράμματα φυσικής άσκησης είναι διαδεδομένα μεταξύ των νοσοκομείων της Βόρειας Αμερικής. Στα νοσοκομεία αυτά παρέχονται ασκήσεις για την καρδιά, δραστηριότητες που τονώνουν τους μύες και δίνουν ευλυγισία στο σώμα, παροχή συμβουλών για τον τρόπο ζωής και διασκέδασης και ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές. Υποστηρίζεται ότι τα προγράμματα αυτά μειώνουν τις δαπάνες για ασθένειες των εργαζομένων, αυξάνουν την παραγωγικότητα και συντηρούν την καλή υγεία (Mayo Clinic, 2012. American Psychological Association, 2011).

4.1.3 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο (τριτογενείς παρεμβάσεις) αφορούν στον εντοπισμό των εργαζομένων που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση και στη λήψη μέτρων **επανορθωτικού-θεραπευτικού χαρακτήρα**. Στοχεύουν στην εξάλειψη ή μείωση της έντασης των συμπτωμάτων της εργασιακής εξουθένωσης σε ατομικό

επίπεδο και στις διαδικασίες ανάρρωσης προκειμένου ο εργαζόμενος να επιστρέψει και να επανεκταχθεί στην εργασία του. Η αξιολόγηση των μέτρων γίνεται με όρους σοβαρότητας των συμπτωμάτων-οφέλους.

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο πρέπει να γίνονται αφού εξαντληθούν ενδεχόμενες παρεμβάσεις σε οργανωτικό και συλλογικό (μικρής ομάδας) επίπεδο. Στην πράξη όμως, η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης βασίζεται σε ατομικές παρεμβάσεις, κυρίως λόγω του αυξημένου κόστους λήψης πρωτογενών και δευτερογενών παρεμβάσεων. Οποιαδήποτε στρατηγική ακολουθηθεί θα πρέπει οι παρεμβάσεις να εφαρμόζονται αρχικά σε περιορισμένη κλίμακα και να υπάρχει συμμετοχή εκτός των εργαζομένων και των εκπροσώπων τους και της διοίκησης του νοσοκομείου.

Υπάρχει μια πληθώρα προτεινόμενων στρατηγικών παρέμβασης σε ατομικό επίπεδο που άλλες έχουν ιατροκεντρικό προσανατολισμό και επικεντρώνονται στην άμεση βραχυπρόθεσμη θεραπεία των συμπτωμάτων της εργασιακής εξουθένωσης και άλλες έχουν ψυχοθεραπευτικό προσανατολισμό, επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των αιτιών, σε μακροπρόθεσμη βάση, και όχι απλά στην αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας. Οι ψυχοθεραπευτικοί τρόποι αντιμετώπισης της εργασιακής εξουθένωσης εφοδιάζουν το άτομο με τα κατάλληλα εκείνα εργαλεία που του επιτρέπουν να είναι προετοιμασμένο οποιαδήποτε στιγμή έρθει αντιμέτωπο με αγχογόνο κατάσταση.

Στις ατομικές παρεμβάσεις περιλαμβάνονται:

Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων

Συνήθως οι πρώιμες ενδείξεις αγνοούνται, είτε γιατί ο εργαζόμενος πιστεύει ότι «αντέχει», είτε γιατί θέλει να αποδείξει στον εαυτό του και στους συναδέλφους ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας. Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου.

Επανεκτίμηση προσωπικών στόχων και προσδοκιών

Μη ρεαλιστικοί στόχοι και προσμονές ενδέχεται να οδηγήσουν σε σύγχυση, απογοήτευση και αίσθηση προσωπικής αποτυχίας και αδυναμίας, που καθιστούν τον εργαζόμενο ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση.

✚ Αναγνώριση στρατηγικών αντιμετώπισης

Η αναγνώριση των στρατηγικών αυτών επιτρέπει στον επαγγελματία να αξιολογήσει ποιες έχουν αποτελεσματικό αντίκτυπο στη διαχείριση των συναισθημάτων του και στην επίλυση προβλημάτων στο χώρο εργασίας και ποιες δυσκολεύουν την προσαρμογή του και αυξάνουν το στρες που βιώνει.

✚ Αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης

Η υποστήριξη τόσο από φίλους και συνεργάτες όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μειώνει το στρες που βιώνει το άτομο, αλλά και τις πιθανότητες να νοσήσει.

✚ Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες

Οι Jaffe & Scott (1984) αναφέρονται στην σημασία της κατανομής του χρόνου και της ενέργειας σε τέσσερις τομείς της ζωής του ατόμου: την εργασία, τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, την σχέση με τον εαυτό και την διασκέδαση. Οι δραστηριότητες αυτές δεν αρκούν για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης, είναι δυνατό όμως να ανακουφίσουν αρκετά το άτομο, δίνουν την δυνατότητα εκτόνωσης και προάγουν την επικοινωνία.

✚ Διαχείριση του χρόνου

Σε επαγγελματικές στρεσογόνες συνθήκες η διαχείριση του χρόνου αποτελεί μια από τις πιο βασικές τεχνικές αντιμετώπισης του άγχους, καθώς αυτό πηγάζει όχι από την ποσότητα του διαθέσιμου εργασιακού χρόνου αλλά από τον μη ορθό τρόπο αξιοποίησής του και από την αίσθηση έλλειψης ελέγχου πάνω σε αυτόν.

Η σωστή διαχείριση του χρόνου σύμφωνα με τους Sutherland & Cooper (2003) μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες:

- ✓ Να αναπτύξουν μια προσωπική αίσθηση του χρόνου
- ✓ Να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους
- ✓ Να μειώνουν τις χρονικές πιέσεις
- ✓ Να απαλλαγούν από άσκοπες και χρονοβόρες δραστηριότητες
- ✓ Να αναθέτουν δραστηριότητες

- ✓ Να κάνουν τον χρόνο σύμμαχό τους

✚ Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας

Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας δίνει στον εργαζόμενο την αίσθηση ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις. Η αλλαγή χώρου εργασίας, όταν δεν αποτελεί αντίδραση φυγής, θεωρείται μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αλλαγή πρέπει να συνοδεύεται από την απαραίτητη αυτογνωσία, που βοηθά το άτομο να κατανοήσει τις πραγματικές και συχνά ασυνείδητες αιτίες που του δημιουργούν άγχος και τις μεθόδους αντιμετώπισης που εφαρμόζει (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1994).

✚ Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης

Οι ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης παρέχουν βοήθεια τόσο στους επαγγελματίες, όσο και στους συγγενείς τους. Βοηθούν τους εργαζόμενους στο:

- ✓ Να μοιράζονται τα συναισθήματά τους και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, τον θάνατο και τη ζωή.
- ✓ Να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο εργασίας.
- ✓ Να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων.
- ✓ Να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις, ενισχύοντας έτσι την αυτοπεποίθησή τους.

✚ Προγράμματα στήριξης των εργαζομένων

Σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες και στην Αμερική λειτουργούν εξωτερικά γραφεία παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών και παραπομπής των εργαζομένων, γνωστά ως Προγράμματα Στήριξης Εργαζομένων (Murphy, 1999). Πολλά από αυτά τα προγράμματα ξεκίνησαν ως προγράμματα αντιμετώπισης του αλκοολισμού του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και σταδιακά εξελίχθηκαν σε προγράμματα αντιμετώπισης ευρύτερων προβλημάτων του εργασιακού χώρου. Βοηθούν τους εργαζόμενους να αντιμετωπίσουν τόσο τα προσωπικά τους προβλήματα όσο και αυτά που απορρέουν άμεσα από την εργασία. Σύμφωνα με την BNA Policy and Practice

Series (1996-1999) και την WHO (2001), τα προγράμματα αυτά πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου και διαδικτύου
- Παραπομπή για ψυχολογικά συμπτώματα ή διαταραχές
- Οικογενειακή στήριξη
- Συμβουλευτική για την αντιμετώπιση νομικών ή οικονομικών προβλημάτων
- Στήριξη σε σοβαρά ιατρικά προβλήματα
- Προετοιμασία για την συνταξιοδότηση των επαγγελματιών υγείας
- Δυσκολίες που σχετίζονται με την επιλογή της καριέρας

Φαρμακευτική αγωγή

Το άτομο που βιώνει έντονα τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να βοηθηθεί με φαρμακευτική θεραπεία με:

1. Ελάσσονα ηρεμιστικά, που είναι χρήσιμα για την καταστολή του άγχους.
2. Αντικαταθλιπτικά με αγχολυτικές ιδιότητες.
3. Αντιψυχωτικά.

Τα αγχολυτικά φάρμακα περιέχουν βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες προκαλούν όχι μόνο ψυχολογική αλλά και βιολογική/οργανική εξάρτηση. Για το λόγο αυτό δεν πρέπει να χορηγούνται για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών. Η χορήγησή τους ανακουφίζει πρόσκαιρα μόνο από το άγχος και η πιθανότητα υποτροπής είναι μεγάλη. Συστήνεται να χορηγούνται μόνο όταν η συμπτωματολογία είναι βαριά και για μικρό χρονικό διάστημα με στόχο να έρθει το άτομο σε ένα τέτοιο επίπεδο που θα είναι δυνατή η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της εξουθένωσης.

Βιοανάδραση

Η μέθοδος της βιοανάδρασης βασίζεται σε ένα μηχανικό σύστημα με το οποίο, μέσω ηλεκτροδίων που τοποθετούνται σε διάφορα σημεία του σώματος, το άτομο λαμβάνει σήμα να εκδηλώσει μια συγκεκριμένη σωματική αντίδραση, συνήθως όχι άμεσα ορατή. Αυτή η αντίδραση στόχο έχει να μεταβάλλει, για παράδειγμα, την ένταση των μυών του μετώπου, την ποσότητα του αίματος που ρέει προς τα άνω και κάτω άκρα ή την θερμοκρασία του δέρματος. Οι

λειτουργίες αυτές μπορούν να μετρηθούν με ηλεκτρόδια, τα οποία τοποθετούνται στα αντίστοιχα σημεία του σώματος.

Υπάρχουν διαφορετικά είδη βιοανάδρασης, ανάλογα με την σωματική λειτουργία που μετράται. Η βιοανάδραση που μετρά την μυϊκή ένταση, δηλαδή την δραστηριότητα των μυϊκών ινών που παράγεται από τους μύες όταν κινούνται ή συστέλλονται, ονομάζεται ηλεκτρομυογραφική (ΗΜΓ) βιοανάδραση. Υπάρχει επίσης η θερμική βιοανάδραση, η οποία μετρά τη θερμοκρασία και την ροή του αίματος. Οι μέθοδοι αυτοί βασίζονται στις αρχές της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης. Τα άτομα εκπαιδεύονται να αποκτούν επίγνωση των σωματικών λειτουργιών τους και να τις τροποποιούν συνειδητά. Μαθαίνουν να ενεργοποιούν το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, το οποίο προκαλεί χαλάρωση, ως αντίδραση στην ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος κατά την διάρκεια μιας κατάστασης που προκαλεί φόβο ή άγχος (DiMatteo & Martin, 2006).

Αντίδραση απέναντι στην απειλή

Από την στιγμή που προκαλείται μια αγχωτική κατάσταση, μπορεί να εξαλειφθεί με έναν από τους τρεις ακόλουθους τρόπους (Spielberger, 1980):

- i. *Εξαλείψτε ή αποφύγετε τον κίνδυνο:* τα άτομα που εργάζονται σε στρεσογόνα επαγγέλματα μπορούν να μειώσουν τα άγχος τους είτε παίρνοντας άδεια, είτε αλλάζοντας δουλειά. Οι γιατροί συχνά συνιστούν θαλασσινά ταξίδια ή ξεκούραστες διακοπές σε άτομα που η σωματική και ψυχική τους υγεία απειλείται από τις πιεστικές συνθήκες της εργασίας. Βέβαια η εξάλειψη ή η αποφυγή ενός στρεσογόνου ερεθίσματος δεν μειώνει πάντα το άγχος.
- ii. *Ρίξτε μια δεύτερη ματιά:* μια αγχωτική κατάσταση μπορεί να μειωθεί αν επανεκτιμηθεί σαν λιγότερο απειλητική. Ο κρίσιμος κρίκος στην αλυσίδα στρες-απειλή-άγχος είναι η εκτίμηση της απειλής και όχι ο αντικειμενικός κίνδυνος. Αν το άτομο συνειδητοποιήσει ότι η κατάσταση δεν είναι τόσο επικίνδυνη όσο είχε φανεί αρχικά, τότε θα μειωθεί η αγχωτική κατάσταση.
- iii. *Προσποιηθείτε ότι δεν υπάρχει:* αν η πηγή του κινδύνου συνδέεται με απωθημένες σκέψεις ή αισθήματα, έρχονται «επί σκηνής» ψυχολογικοί

αμυντικοί μηχανισμοί για να μειώσουν την αγχωτική κατάσταση που προξένησαν οι απωθημένες σκέψεις ή τα αισθήματα.

✚ **Συστηματική απευαισθητοποίηση**

Η συστηματική απευαισθητοποίηση είναι μια μορφή ψυχολογικής θεραπείας, που έχει πολύ καλά αποτελέσματα στη μείωση του άγχους που σχετίζεται με παράλογους φόβους και φοβίες. Οι θεραπείες αυτές συνδυάζουν μια χαλαρωμένη σωματική και ψυχική κατάσταση με μια άγχο-διεγερτική σκηνή. Το σκεπτικό της θεραπείας είναι ότι η χαλαρωμένη κατάσταση είναι ασυμβίβαστη με την ένταση και την ανησυχία που βιώνει το άτομο σε έντονες καταστάσεις άγχους (Spielberger, 1980).

Ο θεραπευτής, μέσω εντατικών συνεντεύξεων, εντοπίζει τις συνθήκες που προκαλούν άγχος στο άτομο. Στη συνέχεια το εκπαιδεύει σε ασκήσεις βαθιάς μυϊκής χαλάρωσης, που το βοηθούν να αποκτήσει μεγαλύτερη επίγνωση της μυϊκής έντασης που συνοδεύει τις αγχωτικές καταστάσεις. Με τις ασκήσεις αυτές το άτομο μαθαίνει πώς να χαλαρώνει τους μύες σε όλα τα μέρη του σώματός του. Καθώς το άτομο χαλαρώνει του ζητείται να φανταστεί μια μικρή σε ένταση αγχωτική κατάσταση. Αν δεν παρουσιάσει καθόλου άγχος καθοδηγείται να φανταστεί μια μέτρια σε ένταση αγχωτική κατάσταση. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται έως ότου να είναι ικανός να φαντάζεται καταστάσεις που του προξενούσαν έντονο άγχος, χωρίς να αισθάνεται καμία απολύτως δυσφορία. Το ποσοστό των ατόμων που έχουν θεραπευτεί ή παρουσιάσει αξιόλογη βελτίωση με την μέθοδο αυτή φτάνει το 90% (Spielberger, 1980).

✚ **Ορθολογική υποβλητική θεραπεία (Ο.Υ.Θ.)**

Η θεραπεία αυτή αναπτύχθηκε από τον διάσημο Αμερικανό ψυχολόγο Albert Ellis (1974). Ο στόχος της Ο.Υ.Θ. είναι να πείσει το άτομο ότι το νευρωτικό άγχος προκαλείται από τις παράλογες πεποιθήσεις του και από το γεγονός ότι αντιλαμβάνεται λανθασμένα ορισμένα στρεσογόνα περιστατικά. Το διδάσκει να παρατηρεί τις δικές του σκέψεις, έτσι ώστε να αναλύει και να αμφισβητεί τις παράλογες πεποιθήσεις, οι οποίες συμβάλλουν στα συγκινησιακά του

προβλήματα. Η Ο.Υ.Θ. έχει πετύχει όταν έχουν εξαλειφθεί οι παράλογες σκέψεις και πεποιθήσεις.

✚ Ψυχανάλυση

Όπως και η Ο.Υ.Θ., η ψυχανάλυση αποβλέπει στην αλλαγή της εκτίμησης για την απειλή, η οποία οδηγεί σε νευρωτικές- αγχωτικές αντιδράσεις. Σε αντίθεση όμως με την Ο.Υ.Θ., η οποία εξετάζει τις έκδηλες παράλογες πεποιθήσεις του ατόμου, η ψυχανάλυση διερευνά τα βαθύτερα αίτια των προβλημάτων. Ο ψυχαναλυτής βοηθά το άτομο να ανακαλύψει τραυματικές εμπειρίες της παιδικής του ηλικίας που συνεχίζουν να επηρεάζουν τις σκέψεις, τα αισθήματα και την συμπεριφορά του. Ο στόχος είναι να αποκτήσει το άτομο επίγνωση του πώς τα απωθημένα αισθήματα συνδέονται με τα τωρινά προβλήματά του. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της ψυχανάλυσης είναι η πείρα του θεραπευτή (Spielberger, 1980).

✚ Μηχανισμοί άμυνας

Οι μηχανισμοί άμυνας είναι οι φύλακες του «εγώ», οι φρουροί της ψυχικής υγείας. Με τους μηχανισμούς άμυνας μειώνεται η συναισθηματική ένταση που δημιουργείται λόγω των ματαιώσεων, μειώνεται το άγχος και προστατεύεται το «εγώ». Είναι επίκτητες αντιδράσεις και βοηθούν το άτομο να αποφύγει τα προβλήματα εκείνα που δεν μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά. Οι κυριότεροι μηχανισμοί άμυνας είναι (Ποταμιάνος, 2002):

- *Μετουσίωση*: με αυτήν η παρόρμηση στρέφεται σε άλλη διεξοδό, περισσότερο χρήσιμη και παραδεκτή.
- *Απόθηση*: με αυτήν ασυνείδητα αλλά σκόπιμα ξεχνιούνται οδυνηρά γεγονότα.
- *Προβολή*: είναι το «κατηγορώ» που αποδίδουμε στους άλλους για δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε, ενώ η ευθύνη ανήκει μόνο σε εμάς.
- *Άρνηση*: με τον μηχανισμό αυτό το άτομο αρνείται επιθυμίες, συναισθήματα και ιδέες.
- *Ενδοβολή*: είναι το αντίθετο της προβολής. Στην προβολή το άτομο αποδίδει δικά του συναισθήματα σε άλλους, ενώ στην ενδοβολή ενσωματώνει χαρακτήρες και συναισθήματα άλλων.

- *Ταυτοποίηση*: είναι η προσπάθεια ταύτισης με κάποιον που κατέχει εξέχουσα θέση ή με κάποια ευχάριστη κατάσταση.
- *Εκλογίκευση*: είναι η αντικατάσταση ενός απαράδεκτου λόγου με παραδεκτό.
- *Απομόνωση*: είναι ο διαχωρισμός της αρχικής μνήμης από το αποτέλεσμα.
- *Αντίδραση ή υπεραναπλήρωση*: προλαβαίνει την ανάδυση μιας οδυνηρής σκέψης με άμεση αντικατάσταση της με μια ευχάριστη.

Ψυχοθεραπεία

Είναι η εφαρμογή ψυχοφυσικών μεθόδων με σκοπό την τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς. Είναι μεθοδική και συγκεκριμένη επιστημονική προσπάθεια για θεραπεία του ψυχικά πάσχοντα, ο οποίος θεωρείται ψυχοσωματική ολότητα, προικισμένη με το αγαθό της ελευθερίας του πνεύματος. Υπάρχουν διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, όπως (Ποταμιάνος, 2002. Freud, 2007):

- *Ατομική*: είναι η βάση κάθε μορφής ψυχοθεραπείας, ασκείται μεταξύ του ψυχοθεραπευτή και του ασθενούς και βοηθάει τον ασθενή να προσαρμοστεί καλύτερα στις εντάσεις της ζωής. Βασική προϋπόθεση η θέληση του ασθενή να θεραπευτεί.
- *Ομαδική*: οι θεραπευτικές ομάδες (6-8 άτομα) είναι συνήθως «κλειστές». Ο ασθενής βλέπει ότι δεν είναι ο μόνος που υποφέρει, δέχεται παραινέσεις και δημιουργεί δεσμούς με τους συνασθενείς του.
- *Συμπεριφοράς*: στηρίζεται στην ψυχολογία της μάθησης. Για την θεραπεία χρησιμοποιείται η ενίσχυση και η επιβράβευση.
- *Περιβάλλον και ψυχοθεραπεία*: χρησιμοποιείται το περιβάλλον για να επέλθει αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενούς. Η συνεργασία με άλλους, η εξάσκηση εξουσίας και η πρακτική στην ανάληψη ευθυνών ενθαρρύνει τον αυτοσεβασμό του ασθενούς
- *Αναμνηχή-ψυχόδραμα*: υπάρχει η οργανωμένη αναμνηχή, κατά την οποία οι ασθενείς ασχολούνται όλοι μαζί με παιχνίδια, θέατρο, χορούς, χορωδία, ασκήσεις κτλ. Το ψυχόδραμα είναι μια μέθοδος ομαδικής ψυχοθεραπείας κατά την οποία μέσα από κάποιους συγκεκριμένους δραματικούς ρόλους

ανιχνεύονται στοιχεία της δομής της προσωπικότητας, οι διαπροσωπικές σχέσεις, συγκρούσεις και ψυχικά προβλήματα.

- *Φυσική άσκηση:* η σωστή διατροφή, η άσκηση, οι υγιεινές συνήθειες και η επαρκής ανάπαυση συμβάλλουν στην προστασία του εργαζόμενου από τις επιπτώσεις του χρόνιου στρες. Ειδικά η αεροβική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά την κατάθλιψη, το άγχος, την συναισθηματική δυσφορία και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνει την διάθεση, τη γνωστική λειτουργία και την αυτοεικόνα (Anthony, 1991. Travers & Cooper, 1996). Ακόμη και αν ασκηθεί κάποιος για μικρό χρονικό διάστημα, τα οφέλη σε ψυχολογικό επίπεδο έχουν πολλή μεγάλη χρονική διάρκεια. Όπως φάνηκε από ένα πρόγραμμα διάρκειας 12 εβδομάδων, το οποίο στόχευε στην βελτίωση της φυσικής κατάστασης μέσω αεροβικής άσκησης, οι συμμετέχοντες όχι μόνο αισθάνονταν σωματική και ψυχική ευεξία όταν το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε, αλλά το συναίσθημα αυτό διατηρούνταν ακόμη και μετά από δώδεκα μήνες (DiMatteo & Martin, 2006).
- *Εργοθεραπεία-απασχολησιοθεραπεία:* είναι η μετά από ιατρική σύσταση και κάτω από επαγγελματική καθοδήγηση δραστηριότητα που αποσκοπεί στο:
 - i. να βοηθήσει τον ασθενή να προσαρμοστεί στα διάφορα προβλήματα.
 - ii. να διατηρήσει, ξαναβρεί ή αναπτύξει καλές συνήθειες εργασίας.
 - iii. Να βοηθήσει στην αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας μετά από σωματικό ατύχημα ή ασθένεια.
- *Γνωστική θεραπεία:* αναπτύχθηκε από τον Aaron T. Beck ως μέθοδος κατανόησης και θεραπείας της κατάθλιψης. Μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λανθασμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν την ζωή τους. Εστιάζει στην πράξη και όχι στο πρόβλημα. Θεωρεί ότι μια αλλαγή της συμπεριφοράς μπορεί να αλλάξει τις σκέψεις και τα συναισθήματα (Beck, 2000).

Θεραπεία της μουσικής

Με την πρόοδο της τεχνολογίας έχει αποδειχθεί η επίδραση της μουσικής στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Πολλοί γιατροί χρησιμοποιούν την μουσική ως φάρμακο για την αντιμετώπιση του πόνου, του στρες και της κατάθλιψης. Ασυνείδητα η ακρόαση ενός γρήγορου μουσικού τέμπο αυξάνει την συχνότητα της αναπνοής

και τον καρδιακό παλμό, ενώ αντίθετα η ακρόαση ενός αργού τέμπο τα ελαττώνει. Η μουσικοθεραπεία είναι μια τεχνική μουσικά υποβοηθούμενης ψυχοθεραπείας, η οποία χρησιμοποιεί τη δύναμη της μουσικής για να εγείρει νοητικές εικόνες, συναισθήματα, σωματικές αισθήσεις, σκέψεις ή αναμνήσεις. Το υλικό αυτό αξιολογείται θεραπευτικά. (American Music Therapy Association, 2014).

✚ Τεχνικές χαλάρωσης

Η *προοδευτική μυϊκή χαλάρωση* αποτελεί μια τεχνική μέσω της οποίας το άτομο εστιάζει την προσοχή του σε συγκεκριμένες μυϊκές ομάδες και συσφίγγει και χαλαρώνει εναλλάξ τους μύες του. Για κάθε μυϊκή ομάδα απαιτείται σύσφιξη των μυών για περίπου 10 δευτερόλεπτα, η οποία ακολουθείται από χαλάρωση ίδιας χρονικής διάρκειας. Κατά την φάση της χαλάρωσης ζητείται από το άτομο να σκεφτεί κάτι ευχάριστο. Συνήθως μετά από ένα χρονικό διάστημα εκπαίδευσης, το άτομο είναι σε θέση να επιτύχει να χαλαρώσει ενθουμούμενο τα συναισθήματα που το διακατείχαν και τις σκέψεις που έκανε κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης (DiMatteo & Martin, 2006).

Ο *διαλογισμός* περιλαμβάνει διάφορες τεχνικές, στόχος των οποίων είναι η εστίαση της προσοχής σε μία συγκεκριμένη σκέψη ή εικόνα. Η πρακτική του διαλογισμού έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην μείωση του στρες και του άγχους, στην υπέρταση και στην εξάλειψη κάποιων φόβων (Shapiro, 1989).

Η *αντίδραση χαλάρωσης* είναι μια μέθοδος διαχείρισης του άγχους που μοιάζει με τον διαλογισμό. Αναπτύχθηκε από τον καρδιολόγο Herbert Benson (1975) και είναι πολύ δημοφιλής ανάμεσα στα διοικητικά στελέχη επειδή εφαρμόζεται εύκολα και μπορεί να ενταχθεί στο καθημερινό πρόγραμμα ενός εργαζόμενου. Η αντίδραση χαλάρωσης συνδυάζει την μυϊκή χαλάρωση, την αναπνευστική και παθητική στάση του σώματος, το ήσυχο περιβάλλον και έναν επαναλαμβανόμενο ήχο. Το άτομο μένει με τα μάτια κλειστά για 20 περίπου λεπτά και επαναλαμβάνει σιωπηλά μια λέξη που έχει επιλέξει. Επαναλαμβάνοντας αυτή τη λέξη εμποδίζει οποιαδήποτε σκέψη να διασπάσει την προσοχή του και να του χαλάσει την χαλάρωση. Είναι μια αποτελεσματική τεχνική για την αντιμετώπιση του άγχους και τον έλεγχο των συνεπειών του (DiMatteo & Martin, 2006. Lavey & Taylor, 1985. English & Baker, 1983).

Ψυχονευροανοσολογία

Η ψύχο-νεύρο-ανοσολογία ενοποιεί μετά από 2.500 χρόνια τις απόψεις του Ασκληπιού και του Ιπποκράτη με τα σύγχρονα ιατρικά δεδομένα. Η ραγδαία ανάπτυξη των νευροεπιστημών τα τελευταία 40 χρόνια βοήθησε στην αναγνώριση της συσχέτισης ΚΝΣ, ανοσιακού και ενδοκρινικού συστήματος στην ψυχική «διάθεση» του ανθρώπου, καθώς επίσης και στην αντίστροφη μεταξύ τους σχέση. Η ψυχονευροανοσολογία αποδεικνύει ότι αυτό που συμβαίνει στο μυαλό μας στο επίπεδο της αντίληψής μας και η συναισθηματική μας αντίδραση σε αυτήν την αντίληψη μπορεί να επηρεάσει την φυσιολογία μας και πιο συγκεκριμένα το ανοσοποιητικό μας σύστημα. Αφού ο άνθρωπος είναι μια ψύχο-σωματική οντότητα, τότε κάθε αντίδραση του οργανισμού του, που αργότερα αναγνωρίζεται σαν νόσος ή σύνδρομο, είναι επίσης ψυχοσωματική, είναι ψύχο-νεύρο-ενδοκρino-ανοσολογική, με διαφορετική ωστόσο την ποσοστιαία συμμετοχή του κάθε παράγοντα σε κάθε νόσο και σε κάθε διαφορετικό άνθρωπο.

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι ο νους και το σώμα αλληλεπιδρούν σαν μια ολότητα (Watkins, 1997). Η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων σχετίζεται στενά με ψυχολογικούς παράγοντες – στην προκειμένη περίπτωση, το στρες και το άγχος. Για παράδειγμα, φαίνεται ότι τα άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια έντονου και χρόνιου στρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σωματικά συμπτώματα μετά από την έκθεσή τους στο ρινοϊό, ο οποίος προκαλεί το κοινό κρυολόγημα (Cohen, 1996. Cohen *et al*, 1998).

Έρευνες στο χώρο της ψυχονευροανοσολογίας αποκάλυψαν μια σειρά από τρόπους ενδυνάμωσης του ανοσοποιητικού, όπως: συνειδητοποίηση της σχέσης νου-σώματος, εκμάθηση του πώς να βλέπουμε τη ζωή, ανάπτυξη δύναμης ανάκαμψης μετά από κάποια απώλεια και δυνατότητα να αποκαλύπτουμε τα τραυματικά μας συναισθήματα στον εαυτό μας και σε άλλους. Η θεραπεία δεν βασίζεται σε ένα μόνο σύστημα. Είναι εκλεκτική και χρησιμοποιεί ποικίλες τεχνικές και θεραπείες.

4.1.4 Παρεμβάσεις με την εφαρμογή ορθών πρακτικών

Ο συνδυασμός και ο προγραμματισμός των διαφόρων παρεμβάσεων τόσο σε ατομικό, όσο και σε οργανωτικό επίπεδο είναι απαραίτητοι για την πρόληψη και την θεραπεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. **Η προσεκτική εκτίμηση των αναγκών και η αξιολόγησή τους, η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και πρακτικών, η παροχή αυτονομίας στην οργάνωση της εργασίας, η συμπερίληψη των νοσηλευτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων, η ισοσκέλιση της προσπάθειας και αμοιβής, η βελτίωση της επικοινωνίας και της ανατροφοδότησης πληροφοριών, ο καθορισμός ευκρινών ρόλων, η ενθάρρυνση και ενδυνάμωση της κοινωνικής υποστήριξης, η συνεχής εκπαίδευση και η εφαρμογή πολυθεματικής μεθοδολογίας, οι τεχνικές χαλάρωσης και οι αθλητικές δραστηριότητες** είναι παραδείγματα παρεμβάσεων που μπορούν να εφαρμοστούν στους χώρους υγείας. Παρακάτω αναφέρονται περιληπτικά ορισμένες παρεμβάσεις που έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία σε διάφορα νοσοκομεία.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Α΄: Οι Murphy *et al* (1995), εφάρμοσαν ένα πιλοτικό πρόγραμμα που σκοπό είχε το σχεδιασμό λειτουργίας ενός νοσοκομείου σε κάποια προαστιακή περιοχή. Πυρήνας του προγράμματος αυτού αποτελούσε η ενεργός συμμετοχή των εργαζομένων στη δημιουργία και εφαρμογή του προγράμματος. Συστάθηκε μια ομάδα από επαγγελματίες υγείας από όλες τις ειδικότητες, η οποία είχε στόχο να μελετήσει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας των ασθενών, να αναγνωρίσει τις αδυναμίες του μοντέλου και να προτείνει τρόπους βελτίωσής του.

Η διεπιστημονική ομάδα είχε εβδομαδιαίες συναντήσεις στις οποίες συζητούσε τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι επαγγελματίες υγείας. Η ομάδα διαπίστωσε ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αποτελούσε τον βασικότερο παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων και πρότεινε τη δημιουργία ενός προγράμματος αντιμετώπισης.

Για την ομαλή διεξαγωγή του προγράμματος ορίστηκε ένας εξωτερικός σύμβουλος. Εφαρμόστηκε καινούριο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών που είχε ως πρωταρχικό στόχο τη διεπιστημονική συνεργασία και τον περιορισμένο αριθμό ασθενών που θα αναλάμβανε η κάθε ομάδα επαγγελματιών υγείας. Μετά την εφαρμογή του νέου προγράμματος **αυξήθηκε σημαντικά το αίσθημα**

επαγγελματικής ικανοποίησης, βελτιώθηκε η συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων, μειώθηκε το εργασιακό στρες και η σπατάλη του εργασιακού χρόνου.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Β΄: Οι τεχνικές που ακολουθούν συστήνεται να εφαρμόζονται σε εργαζόμενους με ασθενές νευρικό σύστημα, αυξημένα επίπεδα ανησυχίας και χαμηλό αυτοσεβασμό (Central and Eastern European Harm Reduction Network, 2006):

- Μικρότερα καθήκοντα – μεγαλύτερα διαλείμματα.
- Οργάνωση μιας διαδικασίας εκπαίδευσης η οποία θα ξεκινά από εύκολα τμήματα σε δυσκολότερα, έτσι ώστε να υπάρχει η αίσθηση της επιτυχίας – προόδου.
- Ενίσχυση της ανατροφοδότησης με επαίνους κατά την ολοκλήρωση των καθηκόντων.
- Μέγιστη διάκριση σε εξωτερικές αξιολογήσεις με ενίσχυση της θετικής πλευράς των αποτελεσμάτων.
- Χρήση αναλυτικού αλγόριθμου – κάθε εργασία πρέπει να αναλύεται στα βασικά της τμήματα.
- Μείωση των επιπέδων εργασιακού άγχους – αποφυγή τόσο της κριτικής, όσο και της υπερβολής στη θετική αξιολόγηση.
- Αποφυγή καταστάσεων ανταγωνισμού – είναι προτιμότερο να ανταγωνίζεται κάποιος τον εαυτό του με βάση την αρχή «σήμερα είναι καλύτερα από ότι ήταν χθες».
- Οργάνωση της εργασίας κατά τέτοιον τρόπο ώστε το άτομο να έχει περιοδικά επιτυχίες που αυξάνουν την αυτοεκτίμησή του.
- Ο σκοπός πρέπει να αφορά όχι μόνο στο αποτέλεσμα αλλά στην διαδικασία και τα μέσα με τα οποία επιτυγχάνεται.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Γ΄: Οι Jane´-Llopis *et al* (2005) εφαρμόζουν ένα πρόγραμμα στήριξης φροντιστών, το οποίο έχει σχεδιαστεί ώστε να αυξήσει τη συμμετοχή και την κοινωνική στήριξη των φροντιστών όσον αφορά την διαδικασία λήψης αποφάσεων που συνδέονται με την εργασία σε εγκαταστάσεις περίθαλψης του τομέα της υγείας.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει έξι εκπαιδευτικές συνεδρίες (4 έως 5 ώρες) και συμμετέχουν 10 διευθυντές ιδρυμάτων και 10 μέλη του προσωπικού άμεσης φροντίδας. Στόχος του προγράμματος είναι η καλύτερη κατανόηση και ενίσχυση των υφιστάμενων, η αύξηση της συμμετοχής των εργαζομένων, η ανάπτυξη και καθοδήγηση εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και η εκμάθηση τεχνικών για την διατήρηση των νέων δεξιοτήτων.

Το πρόγραμμα προκάλεσε αύξηση του αριθμού των υποστηρικτικών σχολίων όσον αφορά την εργασία, ενίσχυσε την πεποίθηση των συμμετεχόντων ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν εποικοδομητικά τις διαφωνίες και τον φόρτο εργασίας και τέλος ενίσχυσε το ομαδικό πνεύμα, την ψυχική υγεία και την ικανοποίηση από την εργασία.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Δ΄: Με εργατικό δυναμικό περίπου 8.500 υπαλλήλων, το δημόσιο νοσοκομείο Rigshospitalet είναι ένας από τους μεγαλύτερους εργοδότες στη Δανία. Ωστόσο, σύμφωνα με μια έρευνα του 2011 σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης από την εργασία, το άγχος, ο εκφοβισμός και η σεξουαλική παρενόχληση αναδείχθηκαν ως σημαντικά προβλήματα στον χώρο εργασίας.

Η βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας έγινε βασική προτεραιότητα για τα ανώτερα διοικητικά στελέχη. Αντί να εφαρμόσουν μια προσέγγιση από πάνω προς τα κάτω, εργάστηκαν σε ομάδες αξιολόγησης του περιβάλλοντος εργασίας σε επιμέρους τμήματα σε ολόκληρο το νοσοκομείο. Συνεργάστηκαν επίσης με εκπροσώπους συνδικάτων και εργαζομένων, προκειμένου να εφαρμόσουν νέες πρακτικές για τον περιορισμό του εργασιακού άγχους, του εκφοβισμού και της σεξουαλικής παρενόχλησης.

Μέσα από την διαδικασία αυτή αναδείχθηκε η σημασία της ανταλλαγής γνώσεων και της υποβολής σχολίων, με αποτέλεσμα την αναδιοργάνωση του έργου των υφιστάμενων ομάδων. Εκπρόσωποι των εργαζομένων συμμετείχαν στον σχεδιασμό οδηγιών και πολιτικών για την πρόληψη του εργασιακού άγχους, του εκφοβισμού και της σεξουαλικής παρενόχλησης. Συγκροτήθηκε επίσης ένα δίκτυο διαχείρισης για την πρόληψη των καταχρηστικών συμπεριφορών, ενώ το ηλεκτρονικό ενημερωτικό δελτίο του νοσοκομείου περιέλαβε παραδείγματα περιπτώσεων όπου επιμέρους τμήματα του νοσοκομείου είχαν βελτιώσει σημαντικά το περιβάλλον εργασίας (Ευρωπαϊκός

Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία – Healthy Workplaces, 2014-15).

Η προσπάθεια αυτή, η οποία βραβεύτηκε στον διαγωνισμό των Ευρωπαϊκών Βραβείων Καλής Πρακτικής 2012-2013 για τους Ασφαλείς και Υγιείς Χώρους Εργασίας, βελτίωσε τον βαθμό ικανοποίησης από την εργασία και μείωσε το άγχος του προσωπικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Εισαγωγή

Οι αρνητικές συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης στο κόστος και στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών έχουν τεκμηριωθεί τόσο σε ερευνητικό όσο και σε θεωρητικό επίπεδο. Παρόλα αυτά δεν έχει γίνει αρκετή έρευνα, η οποία να αφορά προγράμματα στρατηγικών παρέμβασης που έχουν στόχο να την μειώσουν.

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια υπάρχουν δύο προσεγγίσεις στα προγράμματα παρέμβασης για την μείωση της εξουθένωσης. Η πρώτη προσέγγιση αφορά τους εργαζόμενους και την προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν το στρες με διάφορες δεξιότητες, έτσι ώστε να μην οδηγηθούν στην εξουθένωση. Η προσέγγιση αυτή είναι η πιο διαδεδομένη, ίσως γιατί υπάρχει η πεποίθηση ότι τα προσωπικά προβλήματα είναι αυτά που προκαλούν την επαγγελματική εξουθένωση. Με αυτή τη λογική θεωρείται πιο εύκολο να αλλάξει το άτομο παρά ένας οργανισμός. Τα αποτελέσματα όμως αυτής της προσέγγισης δεν είναι μόνιμα.

Η δεύτερη προσέγγιση αφορά την οργάνωση και την αλλαγή των εργασιακών συνθηκών που μπορεί να συμβάλλουν στην εξουθένωση. Πολλοί μελετητές θεωρούν ότι το εργασιακό περιβάλλον πρέπει να αλλάξει, ώστε η μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης να είναι μεγαλύτερη. Είναι τεκμηριωμένο ότι η ενίσχυση του δικτύου υποστήριξης των εργαζομένων και οι αλλαγές στα διάφορα οργανωτικά επίπεδα, όπως

διοικητικές αποφάσεις και αλλαγές πολιτικής του οργανισμού, συμβάλλουν στην μείωση της εξουθένωσης και στη συγκράτησή της σε χαμηλά επίπεδα. Μάλιστα τις τελευταίες δεκαετίες δίνεται μεγάλη έμφαση στο ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού προς την κατεύθυνση αυτή.

5.2 Ορισμός και στόχοι της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων

Η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων (ΔΑΠ) αποτελεί μια λειτουργία του οργανισμού η οποία μελετά το προσωπικό όχι ως παράγοντα-συντελεστή που προκαλεί κόστος, αλλά ως περιουσιακό στοιχείο στο οποίο κάθε επιχείρηση ή οργανισμός οφείλει να επενδύει (Τερζίδης & Τζωρτζάκης, 2004). Αναλαμβάνει στρατηγικό ρόλο, διαμορφώνοντας τις κατάλληλες συνθήκες, ώστε η επιχείρηση να μπορέσει να υποκινήσει και να αξιοποιήσει τους εργαζόμενους. Με την αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου, της εργασίας και του οργανισμού επιδιώκεται η δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος.

Η ΔΑΠ μπορεί να οριστεί «ως μια σειρά από ρόλους και λειτουργίες, που αναγνωρίζουν τη σημασία του ανθρώπινου παράγοντα στην εργασία και στοχεύουν στη δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος μέσω της στρατηγικής ανάπτυξης ενός ικανού και αφοσιωμένου ανθρώπινου δυναμικού και μέσω της χρήσης τεχνικών διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού που επηρεάζουν την κουλτούρα και την δομή ενός οργανισμού, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην εναρμόνισή της με τις γενικές στρατηγικές της και το περιβάλλον» (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003). Η ΔΑΠ συγκεντρώνει μια σειρά από σημαντικές λειτουργίες με επίκεντρο τη διαχείριση (διοίκηση και ανάπτυξη) του ανθρώπινου παράγοντα:

- Ανάλυση και περιγραφή θέσεων εργασίας
- Προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού
- Προσέλκυση προσωπικού
- Επιλογή προσωπικού
- Εκπαίδευση και ανάπτυξη εργαζομένου
- Αξιολόγηση εργαζομένου
- Αμοιβές και παροχές

- Διοίκηση απόδοσης
- Εργασιακές σχέσεις
- Εσωτερική επικοινωνία
- Οργανωσιακή και διοικητική ανάπτυξη

Οι βασικοί σκοποί της ΔΑΠ είναι (Κανελλόπουλος, 1991):

- Η υποστήριξη της επίτευξης των συλλογικών στόχων της επιχείρησης ως τμήμα της διαδικασίας ανάπτυξης της επιχείρησης.
- Η δυνατότητα παροχής στην επιχείρηση να αποκτά και να διατηρεί το ειδικευμένο εργατικό δυναμικό που χρειάζεται.
- Η παροχή οδηγιών στην επιχείρηση για να προσαρμόζεται και να ικανοποιεί τις ανάγκες όλων των εμπλεκόμενων μερών της.
- Η απόκτηση και διατήρηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος.
- Η δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο η ομαδική εργασία και η ευελιξία μπορούν να ακμάσουν.
- Η παροχή ίσων ευκαιριών σε όλους και η αξιολόγηση με ίσους όρους.
- Η παροχή ίσων ευκαιριών στην εκπαίδευση και ανάπτυξη των δεξιοτήτων του προσωπικού.
- Η παρακίνηση των εργαζομένων μέσω ανταμοιβών για την αύξηση της αποδοτικότητάς τους.
- Η διατήρηση και βελτίωση των εργασιακών σχέσεων, σεβόμενοι τα δικαιώματά τους.

5.3 Ο ρόλος της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων στον τομέα της υγείας

Τόσο οι υπεύθυνοι της διοίκησης όσο και οι υπεύθυνοι των οικονομικών σε κάθε επιχείρηση ασχολούνται με την αύξηση της παραγωγικότητας και την ικανοποίηση από την εργασία, επειδή χωρίς το συνδυασμό αυτών των δύο παραγόντων δεν μπορεί να μιλά κανείς για βελτίωση της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας. Η ανάπτυξη της παραγωγικότητας είναι συνδεδεμένη με την πολιτική διαχείρισης του

ανθρώπινου δυναμικού. Ο στόχος κάθε επιχείρησης κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα είναι να κάνει τον καλύτερο συνδυασμό παραγωγικών συντελεστών.

Ο σημαντικότερος παραγωγικός συντελεστής στον τομέα της υγείας είναι οι άνθρωποι πόροι και αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει το διοικητικό έργο να εστιάζεται στη σωστή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού. Οι νέες προκλήσεις του σύγχρονου περιβάλλοντος και οι ραγδαίες εξελίξεις λόγω αλλαγών στην τεχνολογία, στην οργάνωση, την κουλτούρα κ.τ.λ. προτρέπουν τους οργανισμούς υγείας και τα συστήματα των υγειονομικών υπηρεσιών να προχωρούν σε ριζικές αλλαγές έτσι ώστε η ικανοποίηση των ασθενών να βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο. Σε αυτή την προσπάθεια βελτίωσης ο άνθρωπος παράγοντας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Ένα καλά υποκινούμενο και ειδικευμένο εργαζόμενο δυναμικό είναι κρίσιμο για την επιτυχία παροχής της υγειονομικής φροντίδας (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Η έλλειψη προσοχής σε θέματα διαχείρισης ανθρώπινων πόρων στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τις προηγούμενες δεκαετίες, είναι γνωστή. Οι μεταρρυθμίσεις του τομέα υγείας εστιάζονταν σε δομικές αλλαγές του συστήματος, στη συγκράτηση δαπανών, τη διερεύνηση των μηχανισμών αγοράς και της καταναλωτικής επιλογής των πολιτών χωρίς να εξετάζονται οι τομείς που αφορούσαν την διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού (Buchan, 2004).

Τα τελευταία χρόνια έχει αναγνωριστεί ότι το ανθρώπινο δυναμικό είναι αυτό που καθορίζει την επιτυχία ή την αποτυχία ενός μετασχηματισμού στον τομέα της υγείας. Οι φορείς χάραξης πολιτικής θεωρούν πλέον ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι ένα ανθρώπινο σύστημα και ότι οι μεταρρυθμίσεις πρέπει να έχουν ως στόχο το προσωπικό που επανδρώνει τις αντίστοιχες υπηρεσίες (Kolehmaine ,1997) και όχι μόνο τα ζητήματα χρηματοδότησης και δομικού μετασχηματισμού. Σε μελέτη των Dussault & Dubois (2003) αναφέρεται ότι πολλοί αναλυτές θεωρούν ως κύριο λόγο της αποτυχίας των πολιτικών υγείας την ανεπαρκή προσοχή που δίνεται στα ζητήματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού. Οι επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων στο ανθρώπινο δυναμικό των μονάδων υγείας συνήθως εξετάζονται ετεροχρονισμένα. Αυτό το γεγονός κατά τους Dussault & Dubois (2003) προκαλεί έκπληξη αν ληφθεί υπόψη ο κρίσιμος ρόλος που διαδραματίζει το ανθρώπινο δυναμικό της υγείας στα διάφορα στάδια για την επίτευξη των στόχων που τίθενται από τις πολιτικές υγείας.

Σε μελέτες που έγιναν στην Αμερική για το Αμερικάνικο Κέντρο Πιστοποίησης Νοσηλευτών (American Nurses Credentialing Center-ANCC 2002 & 2013) βρέθηκε

ότι υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά στις μονάδες υγείας που καλούνται «μαγνήτες». Οι μονάδες «μαγνήτες» είναι γνωστές για τις επιτυχημένες προσλήψεις, την υποκίνηση και την διατήρηση του προσωπικού τους. Η διοίκηση στα νοσοκομεία αυτά περιγράφεται ως ενθαρρυντική για το προσωπικό, επιθυμεί και εκτιμά την επαγγελματική του ανάπτυξη, είναι ξεκάθαρη και ορατή, και διατηρεί ανοικτές γραμμές επικοινωνίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων-«μαγνητών» βιώνει χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και αισθάνεται περισσότερο ικανοποιημένο από την εργασία του σε σχέση με άλλα νοσοκομεία.

Τα τελευταία χρόνια τα νοσοκομεία-«μαγνήτες» έχουν μελετηθεί από πολλούς. Παράγοντες της επιτυχίας τους είναι η καλύτερη απόδοση του προσωπικού και η βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Τα αποτελέσματα αυτά αποδίδονται στη συνεχή εφαρμογή παρεμβάσεων στο πλαίσιο της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού. Οι παρεμβάσεις αυτές επιτρέπουν τη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, διευκολύνουν την επαγγελματική εξέλιξη και επιτρέπουν στο προσωπικό να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά δεξιότητες υψηλού επιπέδου (Scott *et al*, 1999).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), το 2005, αναγνωρίζοντας τον σημαντικό ρόλο της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας εξέδωσε έναν οδηγό, ο οποίος αναφέρεται στη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στις μονάδες ψυχικής υγείας. Στον οδηγό αυτό αφιερώνεται ένα κεφάλαιο στη σχέση μεταξύ εξουθένωσης, ηγεσίας και υποκίνησης.

Η διοίκηση ανθρώπινων πόρων μπορεί να συμβάλλει με πολλούς τρόπους στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας. Η ηγεσία, η υποκίνηση-παρακίνηση, η ενδυνάμωση και η εμπιστοσύνη είναι τέσσερις σημαντικές πτυχές προς αυτή την κατεύθυνση.

5.3.1 Ο ρόλος της υποκίνησης (motivation)

Η υποκίνηση είναι η σημαντικότερη ίσως τροφοδοτική, **εσωτερική** δύναμη που μπορεί να ασκηθεί σε έναν εργαζόμενο ώστε να δραστηριοποιηθεί προς την επίτευξη των στόχων ενός οργανισμού. Ο όρος χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει το σύνολο των μέτρων ή μέσων που παίρνει ένας οργανισμός για την ικανοποίηση παρορμήσεων, αναγκών ή επιθυμιών των εργαζομένων με στόχο να τους παρακινήσει να ενεργήσουν

με τον επιθυμητό τρόπο. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει ποικιλία ορισμών για την υποκίνηση. Σύμφωνα με την άποψη των Montana & Charnon (1993), **η υποκίνηση είναι η διαδικασία κινητοποίησης ενός ατόμου σε ενέργειες με σκοπό την εκπλήρωση μιας ανάγκης ή την επιτυχία ενός επιθυμητού στόχου.** Ένας άλλος ορισμός δίνεται από τους Janssen *et al*, οι οποίοι την ορίζουν ως το βαθμό με τον οποίο ο εργαζόμενος θέλει να αποδώσει καλά στη δουλειά του προς επίτευξη εσωτερικής ικανοποίησης.

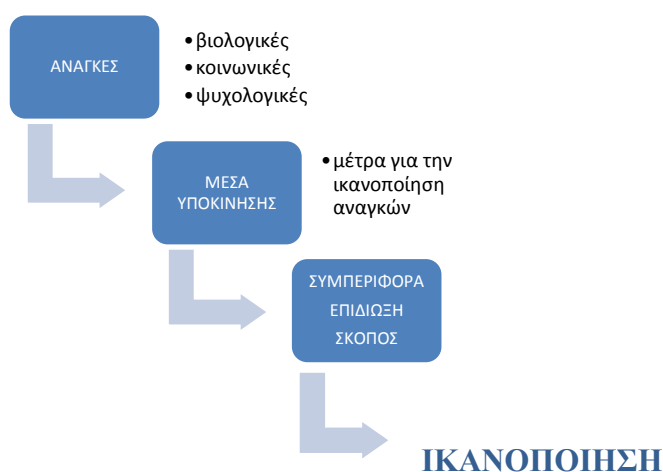
Η ένταση της υποκίνησης εξαρτάται από την ικανότητα των διοικητικών στελεχών να εντοπίσουν τις ανάγκες των υφισταμένων τους και από την προσπάθειά τους να ικανοποιήσουν αυτές τις ανάγκες ή επιθυμίες. Οι δυνάμεις που παρακινούν διαφέρουν σημαντικά όχι μόνο από άτομο σε άτομο, αλλά επίσης και διαχρονικά στο ίδιο άτομο. Οι δυνάμεις αυτές ονομάζονται ανάγκες και είναι:

- *Βιολογικές:* είναι οι πιο φανερές και αναγνωρίσιμες. Σε αυτές περιλαμβάνονται η τροφή, το νερό, η στέγη, ο ρουχισμός, ο ύπνος, η ξεκούραση, η σεξουαλική ικανοποίηση και ασκούν τεράστια επίδραση στη συμπεριφορά του ατόμου.
- *Κοινωνικές:* προκύπτουν από την επαφή-σχέση με άλλους ανθρώπους. Τέτοιες είναι η ανάγκη να ανήκεις κάπου, η ανάγκη για αγάπη και επίδραση, η ανάγκη για αποδοχή από τους άλλους.
- *Ψυχολογικές:* διαφέρουν από τις κοινωνικές επειδή αναφέρονται μόνο στην ατομική θεώρηση του συγκεκριμένου ατόμου για τις σχέσεις του με τους άλλους. Αυτές είναι η ανάγκη για αναγνώριση, επίτευξη, επιρροή, εξουσία, κύρος.

Οι ανάγκες των ανθρώπων φαίνεται να παρουσιάζουν μια ιεραρχική δομή, αν και όχι πάντα ίδια για όλους. Μόνο εάν έχουν ικανοποιηθεί σε υψηλό βαθμό οι ανάγκες της πρώτης κατηγορίας, το άτομο αισθάνεται την πίεση να ικανοποιήσει τις ανάγκες των δύο επόμενων κατηγοριών. Η μη ικανοποίηση των αναγκών προκαλεί απογοήτευση, που θα οδηγήσει το άτομο σε επιθετικότητα, εμμονή ή και ψυχολογική παραίτηση.

Πίνακας 5.1

Τρόπος επηρεασμού των εργαζομένων από τα μέσα υποκίνησης



Οι θεωρίες που αφορούν την υποκίνηση μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες:

α. σε αυτές που αφορούν την φύση της υποκίνησης: εξετάζουν τις ανάγκες που έχουν οι άνθρωποι, πώς αυτές ιεραρχούνται και πώς οι άνθρωποι προσπαθούν να τις ικανοποιήσουν και επίσης εξετάζουν τι πραγματικά υποκινεί τα άτομα (Maslow, 1943. Herzberg, 1968. Alderfer 1969 κ.α.)

β. σε αυτές που αφορούν την διαδικασία της υποκίνησης: εξετάζουν τις μεταβλητές που επηρεάζουν την ανθρώπινη παρακίνηση για εργασία, καθώς και το πώς οι μεταβλητές αυτές συσχετίζονται μεταξύ τους (Adams, 1965. Porter & Lawer, 1968. Locke, 1976. Skinner, 1974 κ.α.)

Στο χώρο της υγείας η υποκίνηση κάνει την εμφάνισή της μόλις τα τελευταία χρόνια. Η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού σε μια νοσηλευτική υπηρεσία είναι μια ειδική περίπτωση και οι γενικές θεωρίες της υποκίνησης μπορεί να μην έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα (Δικαίος & συν., 2000). Η νοσηλευτική εργασία είναι σε μεγάλο βαθμό κοινωνικό λειτούργημα, προσφέροντας θεραπεία και φροντίδα υγείας στον ασθενή και έμμεσα στο οικογενειακό του περιβάλλον. Επίσης η νοσηλευτική εργασία δεν αποτιμάται ποσοτικά. Οι απαιτήσεις για γνώσεις, ειδίκευση και εμπειρία

είναι καθοριστικές για την εκτέλεση των εργασιακών καθηκόντων. Τέλος η νοσηλευτική εργασία απαιτεί υψηλού επιπέδου κλίμα εμπιστοσύνης είτε μεταξύ διοίκησης και προσωπικού, είτε μεταξύ ασθενών και προσωπικού.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, τα κίνητρα που μπορούν να εφαρμοστούν στο νοσηλευτικό προσωπικό και να είναι ρεαλιστικά είναι (Bartlett *et al*, 2004):

- Κατάρτιση και επαγγελματική εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού σε εργασιακά αντικείμενα, σε νέα αντικείμενα και σε ζητήματα εργασιακής συμπεριφοράς.
- Σύνδεση της κατάρτισης με την επιβράβευση και την παρακίνηση για επαγγελματική εξέλιξη.
- Θετική αξιολόγηση του προσωπικού που αποδεδειγμένα εργάζεται με ζήλο και αποτελεσματικότητα και πετυχαίνει τους στόχους.
- Διαρκής και συνεχής επαναπληροφόρηση, ανοικτή επικοινωνία προϊσταμένου και νοσηλευτικού προσωπικού και συμμετοχικές διαδικασίες στην λήψη των αποφάσεων, έτσι ώστε να ενισχυθεί το κλίμα εμπιστοσύνης.
- Αντικειμενικός, ορθολογικός και αμερόληπτος καταμερισμός εργασιών και αρμοδιοτήτων στο νοσηλευτικό προσωπικό.
- Δίκαιη κατανομή βαρδιών του προσωπικού, λαμβάνοντας υπόψη αντικειμενικά κριτήρια (οικογενειακή κατάσταση, χρόνος προϋπηρεσίας, προσωπικές ανάγκες)
- Περιοδικές συναντήσεις με τον προϊστάμενο.
- Διοργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων για σύσφιξη σχέσεων.
- Ευμενής μετακίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού που έχει θετικά εργασιακά αποτελέσματα.
- Ηθική επιβράβευση και δημόσια προβολή του νοσηλευτικού προσωπικού που παρακινείται στην εργασία του και είναι αποτελεσματικό.
- Ανάθεση αρμοδιοτήτων και ανάληψη πρωτοβουλιών.
- Προαγωγή και εξέλιξη με βάση κάποιες μεταβλητές και όχι αυθαίρετα.

Παρατηρούμε ότι από τα κίνητρα που αναφέρθηκαν παραπάνω για την υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού απουσιάζουν τα οικονομικά και τα αρνητικά κίνητρα. Τα οικονομικά κίνητρα, οι αποδοχές και τα επιδόματα σε ένα δημόσιο νοσοκομείο καθορίζονται από εθνικές συλλογικές διαπραγματεύσεις και ο προϊστάμενος ή η

διοίκηση του νοσοκομείου δεν μπορούν να επηρεάσουν τις οικονομικές απολαβές και να τις χρησιμοποιήσουν ως κίνητρο εργασιακής απόδοσης. Το ίδιο ισχύει και με τα λεγόμενα αρνητικά κίνητρα (απόλυση, τιμωρία κ.τ.λ.), τα οποία ενώ υπάρχουν στον υπαλληλικό κώδικα, σπάνια εφαρμόζονται.

Πρόσφατα, διεθνής βιβλιογραφική ανασκόπηση για την υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού συμπέρανε ότι οι πέντε βασικοί παράγοντες που την επηρεάζουν είναι : τα χαρακτηριστικά του εργασιακού χώρου, οι συνθήκες εργασίας, τα ατομικά χαρακτηριστικά του προσωπικού, οι προσωπικές προτεραιότητες και η ψυχολογική κατάσταση των εργαζομένων (Toode *et al*, 2011).

5.3.2 Ο ρόλος της ηγεσίας

Η ηγεσία είναι η διαπροσωπική πλευρά της διοίκησης και αποτελεί ένα κρίσιμο συστατικό της “συνταγής” για επιχειρησιακή αποτελεσματικότητα. Οι περισσότεροι ορισμοί στη διεθνή βιβλιογραφία συγκλίνουν σε έναν κοινό παρονομαστή για την επεξήγηση της έννοιας της ηγεσίας και επισημαίνουν πως **«ως ηγεσία ορίζεται η διαδικασία επηρεασμού της σκέψης, των συναισθημάτων, των στάσεων και των συμπεριφορών μια μικρής ή μεγάλης, τυπικής ή άτυπης ομάδας ανθρώπων από ένα άτομο (ηγέτη), με τέτοιο τρόπο ώστε εθελοντικά και πρόθυμα και με την κατάλληλη συνεργασία να δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό για να υλοποιούν αποτελεσματικούς στόχους που απορρέουν από την αποστολή της ομάδας και τη φιλοδοξία της για πρόοδο ή για ένα καλύτερο μέλλον»** (Μπουραντάς, 2005).

Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό δύο είναι τα κύρια συστατικά στοιχεία του ηγέτη. Το πρώτο έχει να κάνει με την άσκηση επιρροής ενός ατόμου πάνω σε άλλους ανθρώπους με αποτέλεσμα οι τελευταίοι να δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό για την υλοποίηση των στόχων του ηγέτη. Το δεύτερο συστατικό στοιχείο που προκύπτει από τον ορισμό της ηγεσίας έχει να κάνει με την προθυμία των ανθρώπων να υλοποιούν στόχους που αφορούν αλλαγές για πρόοδο και ένα καλύτερο μέλλον. Η αποτελεσματική ηγεσία είναι εκείνη που λαμβάνει υπόψη της τόσο τις προσδοκίες των εργαζομένων και τα κίνητρα της συμπεριφοράς τους, όσο και τις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Στην διεθνή βιβλιογραφία συναντάται μεγάλος αριθμός θεωριών περί ηγεσίας. Τα τελευταία χρόνια πολλοί έχουν ασχοληθεί με τη διαφορά μεταξύ ηγεσίας (Leadership) και μανάτζμεντ (Management). Ο διευθυντής είναι ένα άτομο διορισμένο στο οποίο χορηγείται ευθύνη και εξουσία, μέσα σε ορισμένα όρια. Η ικανότητά του να επηρεάζει τους άλλους πηγάζει από την τυπική (νόμιμη) εξουσία που του παρέχει η θέση του. Ο ηγέτης από την άλλη μπορεί να διοριστεί (τυπική ηγεσία), ή μπορεί να αναδυθεί μέσα από μια ομάδα ατόμων (φυσική ηγεσία) και μπορεί να επηρεάσει τους άλλους να παράγουν έργο χωρίς την χρήση τυπικής εξουσίας που του παρέχει η θέση του. Η ηγεσία συνήθως πιστεύει στην αναγκαιότητα της αλλαγής του τρόπου συμπεριφοράς και νοοτροπίας των ανθρώπων, ακόμη και στην αλλαγή του τρόπου λειτουργίας μιας επιχείρησης. Η διοίκηση από την άλλη μεριά αναφέρεται στην διατήρηση και υποστήριξη των λειτουργιών, των ενεργειών και των εργασιών της επιχείρησης. Έχει δηλαδή τον ρόλο της εφαρμογής. Γενικά, ο ηγέτης αποφασίζει για το τι χρειάζεται να γίνει, ενώ ο διευθυντής αποφασίζει για το πώς θα πραγματοποιήσει αυτά που αποφάσισε ο ηγέτης (Ζαβλάνος, 2006). Επομένως η ηγεσία είναι η πιο σπουδαία ιδιότητα της διεύθυνσης και ο τρόπος ηγεσίας ενός μανάτζερ, συχνά καθορίζει το πόσο αποτελεσματικός είναι κατά την άσκηση λειτουργίας της διεύθυνσης.

Ο Peter Drucker (1982) είχε πει: “Οι μανάτζερς είναι άτομα που κάνουν τα πράγματα με το σωστό τρόπο, ενώ οι ηγέτες είναι οι άνθρωποι που κάνουν τα σωστά πράγματα” Ο ηγέτης είναι ο άνθρωπος που είναι ικανός να αναπτύξει και να επικοινωνήσει ένα όραμα, το οποίο δίνει νόημα στην εργασία των άλλων (Handy, 1988).

Στο χώρο της υγείας φαίνεται ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ της εξουθένωσης και της ηγεσίας. Η χαμηλού επιπέδου ηγεσία συνιστά κρίσιμο παράγοντα, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει εξουθένωση στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών υγείας (Fletcher, 2001. Cherniss, 1980). Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα των Krogstad *et al* (2006) σε εργαζόμενους νοσοκομείων της Νορβηγίας, η ενθάρρυνση και η στήριξη από τους ηγέτες είναι ενέργειες που εκτιμούνται ιδιαίτερα από το προσωπικό.

Η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας στον οδηγό πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης (2002) αναφέρεται στον τρόπο άσκησης της ηγεσίας και διατυπώνει σε δέκα σημεία τους **κανόνες που θα πρέπει να διέπουν τις σχέσεις της με τους υφισταμένους**. Οι κανόνες αυτοί μπορούν να αποδειχτούν

αποτελεσματικοί στη μείωση του στρες και στην δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ του ηγέτη και των υφισταμένων του:

- Να πληροφορεί και να συμβουλεύεται τους υφισταμένους σχετικά με τις αποφάσεις που τους αφορούν.
- Να συμβουλεύει και να ενθαρρύνει τους υφισταμένους, βοηθώντας τους να ασκούν αρμοδιότητες και να ενισχύουν τις ικανότητες τους, σεβόμενος και ανταμείβοντας τη δουλειά τους.
- Να αναθέτει εργασιακά καθήκοντα ισότιμα, με διαφανή τρόπο και εντός των χρονικών ορίων που είναι αναγκαίοι.
- Να δείχνει κατανόηση για τα προσωπικά τους προβλήματα.
- Να υπερασπίζεται τα συμφέροντα των υφισταμένων του.
- Να δείχνει σεβασμό για την ιδιωτική τους ζωή.
- Να αποφεύγει τα κουτσομπολιά.
- Να βρίσκει τρόπους ώστε το εργασιακό περιβάλλον να είναι αξιοπρεπές και ευχάριστο.
- Να σέβεται τις ηθικές αξίες τους χωρίς να τους ζητάει να τις παραβιάζουν.

5.3.3 Ο ρόλος της ενδυνάμωσης και της δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης

Απώτερος στόχος της ηγεσίας είναι να υποκινήσει και να ενδυναμώσει τους εργαζόμενους, χωρίς να διαταραχτεί η ψυχοσύνθεσή τους και βασιζόμενη σε συγκεκριμένες μεθόδους. Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης με τους εργαζόμενους είναι απαραίτητη. Χωρίς αυτό πολλές από τις προσπάθειες της ηγεσίας θα είναι αποτυχημένες. Η ενδυνάμωση είναι ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να λειτουργήσει σαν ασπίδα και να προστατέψει τον εργαζόμενο από την επαγγελματική εξουθένωση.

Ενδυνάμωση σημαίνει ανάθεση εξουσίας σε άτομα που βρίσκονται σε κατώτερα κλιμάκια με την προϋπόθεση ότι θα έχουν την δυνατότητα να χρησιμοποιούν όλες τις πηγές που απαιτούνται για τη λήψη αποφάσεων. Το στοιχείο αυτό βοηθάει το άτομο να παίρνει πρωτοβουλίες. Ο μάνατζερ είναι υποχρεωμένος να ενδυναμώνει τους εργαζόμενους. Πρέπει (Ζαβλάνος, 2006):

- Να ξεφύγει από τον τρόπο με τον οποίο γίνεται σήμερα η εργασία.
- Να σκεφτεί με ποιόν τρόπο θα κάνει καλύτερη την εργασία.
- Να υποβάλλει ερωτήσεις και να απαντάει.
- Να αρχίζει να κάνει αμέσως τις βελτιώσεις.
- Να διορθώνει αμέσως τα σφάλματα.

Η εμπιστοσύνη είναι το «συστατικό» εκείνο που θα βοηθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό να αισθανθεί εργασιακή ικανοποίηση, αφοσίωση, σαφήνεια εργασιακών ρόλων και ενδυνάμωση. Σε μελέτη που διεξήχθη το 2000 από τους Laschinger *et al* σε 412 νοσηλευτές στο Οντάριο του Καναδά, διαπιστώθηκε ότι η ενδυνάμωση είχε άμεση επίδραση στη συναισθηματική εργασιακή υποχρέωση (εργασία υπαλλήλων επειδή το θέλουν) και στην ένδειξη εμπιστοσύνης στη διοίκηση. Διευθυντές και στελέχη νοσοκομείων τα οποία δημιουργούσαν ένα εργασιακό περιβάλλον που προωθούσε την ενδυνάμωση των εργαζομένων, είχαν περισσότερες πιθανότητες να «κερδίσουν» την εμπιστοσύνη των υπαλλήλων τους. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όταν το προσωπικό έχει ικανοποιητική πρόσβαση στην υποστήριξη, στους πόρους και στις πληροφορίες, είναι πιθανότερο να έχει εμπιστοσύνη στους διευθυντές του και να αισθάνεται δεσμευμένο και προσηλωμένο στους στόχους και στις πολιτικές του νοσοκομείου.

Στην ίδια έρευνα εξετάστηκαν και τα αποκαλούμενα νοσοκομεία «μαγνήτες» και διαπιστώθηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας, ελέγχου και συνεργασίας συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης προς την διοίκηση, με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία και με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι Ray *et al* (2000) σε έρευνά τους θέλησαν να ανακαλύψουν με ποιο τρόπο τα νοσοκομεία φροντίζουν για τους υπαλλήλους τους, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τους το κόστος. Η έρευνα έδειξε ότι υπάρχει απώλεια εμπιστοσύνης από τους εργαζόμενους προς την διοίκηση όταν η μονάδα υγείας καθοδηγείται από οικονομικά κίνητρα. Η έλλειψη υποστήριξης από την διοίκηση, η έλλειψη σεβασμού προς το νοσηλευτικό προσωπικό, η μη αποτελεσματική επικοινωνία και διαφάνεια στα διοικητικά, καθώς και η ανύπαρκτη ανάμειξη των νοσηλευτών στις διαδικασίες λήψης

αποφάσεων, αποτέλεσαν τους βασικούς παράγοντες μη δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης.

Σε έρευνα των Hochwalder & Brucefors (2005) σε νοσηλευτές, συσχετίστηκε θετικά η ενδυνάμωση και η δυνατότητα που παρέχεται στους νοσηλευτές στη διαδικασία λήψης αποφάσεων με τη μείωση των επιπέδων εξουθένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΕΡΕΥΝΑ

6.1 Μεθοδολογία της έρευνας

Από πολλές μελέτες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, έχει διαπιστωθεί ότι οι νοσηλευτές αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα που εμφανίζει συχνά το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η εξουθένωση προέρχεται:

-
- Από τον ίδιο τον νοσηλευτή (δημογραφικά χαρακτηριστικά, προσωπικότητα, προηγούμενες εμπειρίες-επαγγελματικές ή προσωπικές).
 - Από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας (συνθήκες δουλειάς, οργανωτικά/διοικητικά θέματα, συναδελφικές σχέσεις).
 - Από την επαφή με τον ασθενή και τους συγγενείς του (φύση ασθένειας, σχέσεις με ασθενή και συγγενείς).
-

Οι επιπτώσεις των παραπάνω παραγόντων στη σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτή γίνονται αντιληπτές μέσω διαφόρων συμπτωμάτων/ενδείξεων:

- Σε **οργανικό επίπεδο**, μέσω ήπιων ή σοβαρότερων ψυχοσωματικών προβλημάτων.
- Σε **ψυχολογικό επίπεδο** εκδηλώνονται σε: α) επίπεδο συμπεριφοράς (ευερεθιστότητα, ανησυχία, λάθη, ατυχήματα, επιθετικές διαπροσωπικές

σχέσεις, απουσίες, εξαρτήσεις από ουσίες, προβλήματα στην προσωπική ζωή). β) συναισθηματικό επίπεδο (άγχος, συναισθηματικές μεταπτώσεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση, θυμό, απάθεια, αδιαφορία, έλλειψη ενδιαφέροντος, δυσθυμία έως και κατάθλιψη). γ) γνωστικό επίπεδο (διαταραχές αυτοσυγκέντρωσης, ονειροπόληση, σκέψεις αποτυχίας).

- Σε **κοινωνικό επίπεδο** αναφέρονται συχνά η απόσυρση και ο περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων καθώς και οι συγκρούσεις στην οικογένεια λόγω της μεταφοράς των εργασιακών προβλημάτων.

Στο κεφάλαιο αυτό της εργασίας περιέχεται η εμπειρική έρευνα. Απαρτίζεται από πέντε βασικές ενότητες που αφορούν:

- τον σχεδιασμό και σκοπό της έρευνας
- τα ερευνητικά ερωτήματα
- την περιγραφή του δείγματος
- τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν
- τα αποτελέσματα και την ερμηνεία τους.

6.1.1 Σκοπός και σχεδιασμός της έρευνας

Ο κύριος σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών που εργάζονται σε ένα δημόσιο νοσοκομείο καθώς και η συσχέτιση των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης με την αυτοεκτίμηση της υγείας τους. Ζητούμενο, επίσης, είναι η διερεύνηση της σχέσης ορισμένων ατομικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων και παραγόντων της εργασίας με την εμφάνιση του συνδρόμου.

Όπως προκύπτει από την μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας (Κεφάλαιο 3), παράγοντες (μεταβλητές) επιρροής χαρακτηρίζονται οι συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών, τα προσωπικά/δημογραφικά στοιχεία τους και στοιχεία της προσωπικότητάς τους. Προσδοκάται με έρεισμα τη σχετική βιβλιογραφία ότι η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάσταση της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών μπορεί να είναι αποτέλεσμα αυτών των παραγόντων. Τέλος εξετάζεται η άποψη των νοσηλευτών για το ποιά στοιχεία θεωρούν ότι θα βοηθούσαν στην βελτίωση και

αναβάθμιση του επαγγέλματός τους. Από τα αποτελέσματα που θα προκύψουν είναι δυνατόν να διατυπωθούν προτάσεις που να αφορούν στη λήψη μέτρων για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, τόσο σε ατομικό όσο και σε διοικητικό επίπεδο.

6.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ακόλουθα ερωτήματα αντιπροσωπεύουν το βασικό στόχο της έρευνας:

1ο ερώτημα: Είναι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης αυξημένα στο νοσηλευτικό προσωπικό;

2ο ερώτημα: Υπάρχουν προσωπικοί και δημογραφικοί παράγοντες που επιδρούν στην επαγγελματική εξουθένωση;

3ο ερώτημα: Οι συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών μπορούν να επηρεάσουν την επαγγελματική εξουθένωση; Ποιές συνθήκες έχουν σημαντική επίδραση, θετική ή αρνητική;

4ο ερώτημα: Η ύπαρξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζει και σε ποιόν βαθμό την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών;

5ο ερώτημα: Υπάρχουν παράγοντες που αν τροποποιηθούν θα βοηθήσουν στην πρόληψη ή στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης;

6.1.3 Περιγραφή του δείγματος

Η έρευνα διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αττικής “Σωτηρία” Συγκεκριμένα, τα τμήματα που επιλέχθηκαν για την έρευνα ήταν: έντεκα πνευμονολογικές κλινικές, δύο παθολογικές κλινικές, μια καρδιολογική κλινική, μια ΩΡΛ κλινική, δύο χειρουργικές κλινικές, το τμήμα επειγόντων περιστατικών, και οι δυο ΜΕΘ.

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η έρευνα στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών ζητήθηκε η άδεια πρόσβασης από το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, δια μέσου της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης (εγκρίθηκε 11/12/2014).

Η έρευνα έλαβε χώρα κατά τους μήνες Οκτώβριο έως Νοέμβριο 2014, πριν την έναρξη των αδειών λόγω γιορτών, για να εξασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή του υπό μελέτη πληθυσμού.

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 270 νοσηλευτές που εργαζόταν στα τμήματα που προαναφέρθηκαν. Επιλέχθηκε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, δηλαδή βοηθοί νοσηλευτών, απόφοιτοι Τ.Ε.Ι. νοσηλευτικής και απόφοιτοι Α.Ε.Ι. νοσηλευτικής. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και αυτοσυμπληρούμενα και μοιράστηκαν μετά από συνεχείς επισκέψεις και προσωπική επαφή με τους συμμετέχοντες. Για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι νοσηλευτές ενημερώθηκαν γραπτά και προφορικά και τους παρέχονταν διευκρινήσεις σε τυχόν απορίες. Ο χρόνος που απαιτούνταν για την συμπλήρωσή του ήταν 15 περίπου λεπτά. Σωστά συμπληρωμένα επεστράφησαν 189 ερωτηματολόγια (ποσοστό συμμετοχής 70%).

6.1.4 Ερευνητικά εργαλεία

Για την προετοιμασία του ερωτηματολογίου αρχικά καθορίστηκαν οι πληροφορίες που πρέπει να συλλεχθούν με βάση την διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία. Έπειτα προσδιορίστηκε ο τύπος του ερωτηματολογίου και η σειρά των ερωτήσεων. Διανεμήθηκαν αρχικά δεκαπέντε ερωτηματολόγια, έτσι ώστε να ελεγχθεί η καταλληλότητα του ερωτηματολογίου και να γίνει ο απαραίτητος προέλεγχος και οι διορθώσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το όργανο ήταν εύχρηστο και κατανοητό. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 4 ομάδες κλειστού τύπου ερωτήσεων.

Η **ομάδα Α** περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις που αφορούν τα κοινωνικά-δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία του εργαζόμενου. Η 9η ερώτηση καταγράφει τα κίνητρα επιλογής του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Ο νοσηλευτής στην 9η ερώτηση μπορεί να επιλέξει μία ή περισσότερες απαντήσεις.

Η **ομάδα Β** περιλαμβάνει 18 κλειστού τύπου ερωτήσεις σχετικές με τις συνθήκες εργασίας των αποκρινόμενων. Η 18η ερώτηση δίνει την δυνατότητα στους συμμετέχοντες νοσηλευτές να προτείνουν κάποιες αλλαγές, οι οποίες κατά την γνώμη

τους θα μπορούσαν να βελτιώσουν και να αναβαθμίσουν το επάγγελμα του νοσηλευτή. Οι ερωτήσεις αυτές είναι βασισμένες στο «Job Descriptive Index» (JDI). Το JDI εισήχθη επίσημα το 1969 από τους Smith, Kendal & Hulin και έχει χαρακτηριστεί ως το πιο δημοφιλές και ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο ικανοποίησης από την εργασία (Buckley, Carragher & Cote 1989, De Meuse 1985). Έχουν εκδοθεί τρεις σημαντικές εκδόσεις, η πρώτη το 1985, η δεύτερη το 1997 και η τρίτη το 2010. Έχει μεταφραστεί σε 9 γλώσσες και χορηγείται σε τουλάχιστον 17 χώρες. Το JDI μετράει πέντε παράγοντες:

- την ίδια την φύση της εργασίας
- την στάση απέναντι στις εποπτικές αρχές
- την αμοιβή και τις παροχές
- τις ευκαιρίες για προώθηση του έργου του εργαζόμενου
- τις σχέσεις με τους συναδέλφους.

Η ομάδα Γ περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις από τις οποίες οι 24 πρώτες εξετάζουν την σωματική υγεία του ατόμου. Η 25η ερώτηση περιλαμβάνει 12 υποερωτήματα τα οποία μετρούν την ψυχική υγεία του εργαζόμενου. Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε έξι κλίμακες μέτρησης:

1. σωματική λειτουργικότητα (6-9-10-11-12-19-21)
2. σωματικός πόνος (8-13-14-20)
3. γενική υγεία (15-17-18-22-23-24)
4. ζωτικότητα (16)
5. τρόπος ζωής (1-3-5-7)
6. ψυχική υγεία (25η ερώτηση με τα 12 υποερωτήματα)

Η ομάδα αυτή των ερωτήσεων είναι προϊόν εργασίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, του τμήματος Ψυχολογίας του Α.Π.Θ. και του Κέντρου Πρόληψης Επαγγελματικού Κινδύνου (ΚΕΠΕΚ Κεντρικής Ελλάδος). Οι ερωτήσεις είναι βασισμένες στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire-GHQ) που δημιουργήθηκε από τον Goldberg το 1972 στην Αγγλία για την ανίχνευση ψυχικής διαταραχής. Οι ερωτήσεις αφορούν τα σωματικά συμπτώματα, την κοινωνική

δυσλειτουργία, το άγχος, το καταθλιπτικό συναίσθημα και την απώλεια εμπιστοσύνης. Τα 6 από τα 12 υποερωτήματα της 25ης ερώτησης είναι διατυπωμένα θετικά. Οι απαντήσεις λαμβάνουν τιμές 0-3 Το GHQ έχει μεταφραστεί σε 38 γλώσσες και κυκλοφορεί στην αρχική έκδοση των 60 ερωτήσεων, τα οποία μειώθηκαν αργότερα σε 30, 28 και 12. Ο συντελεστής αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου κυμαίνεται από 0,78-0,95 σε διάφορες μελέτες (Chan *et al*, 1983). Χρησιμοποιείται ευρέως στην επαγγελματική έρευνα γιατί επιτρέπει απλές συγκρίσεις με αποτελέσματα άλλων ερευνών.

Τέλος η **ομάδα Δ** είναι το ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI). Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι αξιόπιστο, έγκυρο και εύκολο στη χρήση του. Το MBI είναι μια υποκειμενική μέθοδος αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και βασίζεται στην προσωπική γνώμη των εργαζομένων για τις αγχογόνες συνθήκες του περιβάλλοντος εργασίας. Στην Ελλάδα έχει χρησιμοποιηθεί από τους Παπαδάτου και συν. (1994) και Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου (1992), οι οποίοι θεωρούν ότι «η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου αποτελεί ένα σύντομο, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο όργανο καταγραφής των συναισθημάτων του ατόμου απέναντι στην εργασία του». Η ανάλυση αξιοπιστίας υπολογίστηκε μέσω του συντελεστή Cronbach's alpha, ο οποίος βρέθηκε ίσος με 0,90 για την υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης, 0,71 για την υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων και 0,79 για την υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης (Maslach & Jackson, 1986. N=11.000).

Το ερωτηματολόγιο της Maslach αποτελείται από 22, κλειστού τύπου ερωτήσεις και έχει τρεις υποομάδες που εκφράζουν την συναισθηματική εξάντληση, τα προσωπικά επιτεύγματα και την αποπροσωποποίηση. Η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση 7 σημείων της κλίμακας Likert, από το 0 έως το 6. Υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα συναισθηματικής εξάντλησης (ερωτήσεις:1-2-3-6-8-13-14-16-20) και αποπροσωποποίησης (5-10-11-15-22) αποτελεί ένδειξη υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων (4-7-9-12-17-18-19-21) αποτελεί ένδειξη χαμηλού κινδύνου για ανάπτυξη του συνδρόμου. Η βαθμολογία για κάθε ερώτηση είναι:

Ποτέ δε μου	Λίγες φορές	1 φορά/μήνα	2-3 φορές	1 φορά την	Αρκετές φορές		
Κάθε	συμβαίνει	το χρόνο	ή λιγότερο	το μήνα	εβδομάδα	την εβδομάδα	μέρα
	0	1	2	3	4	5	6

Πίνακας 6.1

Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης

Υποκλίμακα	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
☞ Συναισθηματική εξάντληση (1,2,3,6,8,13,14,16,20)	≤20	21-30	≥31
☞ Προσωπικά επιτεύγματα (4,7,9,12,17,18,19,21)	≥42	41-36	≤35
☞ Αποπροσωποποίηση (5,10,11,15,22)	≤5	6-10	≥11

Πηγή: Αναγνωστόπουλος – Παπαδάτου 1992

Επειδή το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε βασίζεται σε διεθνή ερωτηματολόγια που έχουν αξιολογηθεί, δεν τίθενται ερωτήματα σχετικά με την αξιοπιστία (reliability) και την εγκυρότητα (validity) των ερωτήσεων. Να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο ότι ένα εργαλείο μέτρησης θεωρείται αξιόπιστο όταν σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις σε ίδιο δείγμα και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, εμφανίζει σταθερά τα ίδια αποτελέσματα και στατιστικά εκτιμάται με το συντελεστή συσχέτισης r (correlation coefficient). Ένα εργαλείο μέτρησης θα πρέπει εκτός από αξιόπιστο να είναι και έγκυρο, δηλαδή να «αντανακλά» την έννοια (τη μεταβλητή) που προτίθεται ότι μετράει, οι πληροφορίες που θα εξαχθούν από τα δεδομένα να είναι σχετικές με τους στόχους και τα ερωτήματα της έρευνας και να έχει χρησιμοποιηθεί επανειλημμένα με επιτυχία σε πληθυσμό για τον οποίο έχει σχεδιαστεί ερευνητικά.

Η καταγραφή των δεδομένων της έρευνας έγινε στο περιβάλλον του Microsoft Excel 2010. Οι πληροφορίες, που συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0. Οι τρεις διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκαν ως εξαρτημένες μεταβλητές. Οι παράγοντες αυτοί εξετάστηκαν σε σχέση με ποσοτικά και ποιοτικά δημογραφικά,

οικογενειακά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, ως ανεξάρτητες μεταβλητές, όπως: ηλικία, νοσηλευτική δραστηριότητα, αριθμός ασθενών, βάρδιες εργασίας, συνθήκες εργασίας. Εξετάστηκαν επίσης σε σχέση με την αυτό-αναφερόμενη κατάσταση υγείας του δείγματος.

6.2 Αποτελέσματα της έρευνας

6.2.1 Δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία του δείγματος, το οποίο αποτελείται από 189 νοσηλευτές. Στους Πίνακες 6.2 και 6.3 παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ανά φύλο και ηλικία

Πίνακας 6.2

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το φύλο

Φύλο	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Άνδρας	34	18
γυναίκα	155	82
Σύνολο	189	100



Γράφημα 6.1

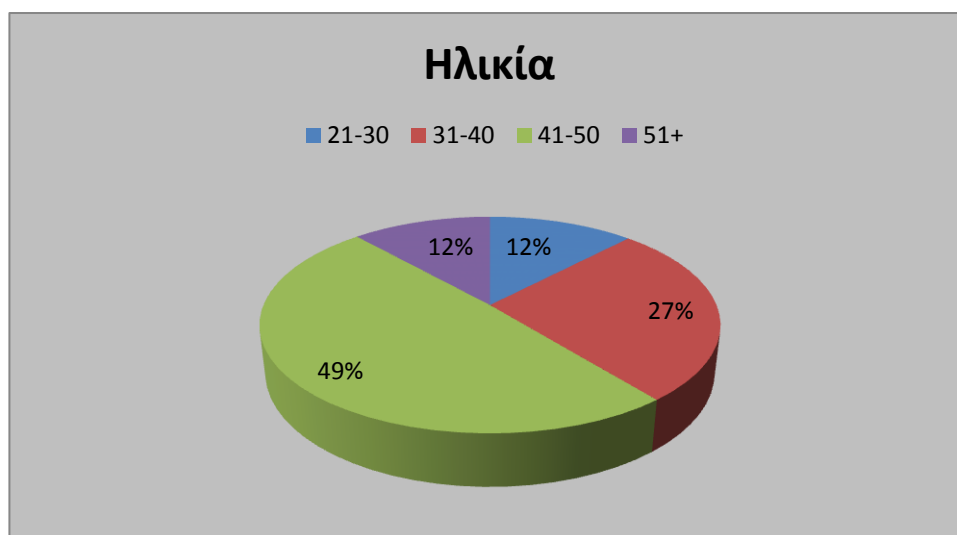
Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το φύλο

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι γυναίκες (82%), γεγονός που ανταποκρίνεται και στην πραγματική σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι γυναικοκρατούμενο. Στην Γερμανία οι άντρες αποτελούν το 14% των νοσηλευτών (Euromedicals, 2014) και στην Αμερική το 9,1% (Minority Nursing Statistics, 2013).

Πίνακας 6.3

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ηλικία

Ηλικία	Συχνότητα N	Ποσοστό %
21-30	23	12,17
31-40	51	26,98
41-50	93	49,20
51 +	22	11,65
Σύνολο	189	100



Γράφημα 6.2

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ηλικία

Ένα μικρό μόνο ποσοστό του δείγματος (12%) είναι ηλικίας 21-30 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 61% περίπου είναι άνω των 41 ετών, γεγονός που ανταποκρίνεται στην θεωρία ότι το νοσηλευτικό προσωπικό γερνάει. Σύμφωνα με τον Σύνδεσμο Αμερικανικών Νοσοκομείων η μέση ηλικία των εργαζόμενων νοσηλευτών ήταν τα 42,5 έτη το 2000, αυξήθηκε σε 44,6 το 2010 και αναμένεται να φτάσει στα 45,1 έτη το 2020. Η μέση ηλικία του δείγματός μας ήταν τα 43,1 έτη.

Πίνακας 6.4

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Άγαμος/η	68	35,97
Έγγαμος/η	88	46,56
Διαζευγμένος/η	20	10,58
Χήρος/α	4	2,11
Συμβίωση	9	4,76
Σύνολο	189	100



Γράφημα 6.3

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των νοσηλευτών (46%) είναι έγγαμοι ή υπήρξαν έγγαμοι (διαζευγμένοι 10%). Το 35,97% είναι άγαμοι, ενώ υπάρχουν και μικρά ποσοστά χηρείας (2%) και συμβίωσης (4%).

Πίνακας 6.5

Αριθμός παιδιών του δείγματος

Αριθμός παιδιών	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Κανένα	61	32,27
1	88	46,56
2	20	10,58
3	14	7,40
4	6	3,17
Σύνολο	189	100



Γράφημα 6.4

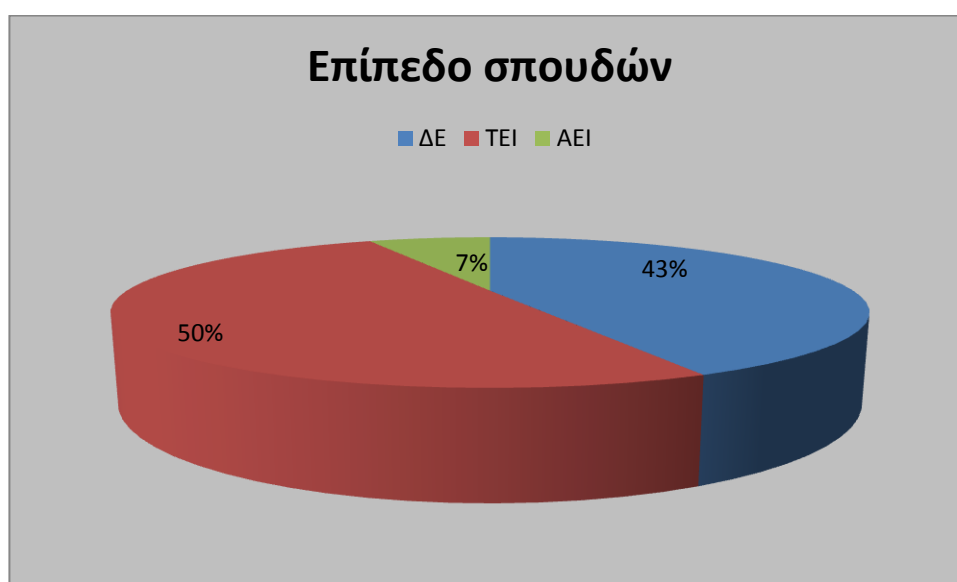
Αριθμός παιδιών του δείγματος

Μεγάλο ποσοστό του δείγματος (32%) δεν έχει κανένα παιδί και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό (46%) έχει ένα μόνο παιδί. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με δημογραφικές έρευνες, οι οποίες αναφέρουν ότι από την δεκαετία του '90 και μετά ο μέσος αριθμός παιδιών ανά οικογένεια στη χώρα μας ανέρχεται σε λιγότερο από 2 (Λώλης, 2001).

Πίνακας 6.6

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το επίπεδο σπουδών

Τίτλος πτυχίου	Συχνότητα N	Ποσοστό %
ΔΕ	81	42,85
ΤΕΙ	95	50,26
ΑΕΙ	13	6,89
Σύνολο	189	100



Γράφημα 6.5

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το επίπεδο σπουδών

Το 58% του δείγματος είναι πτυχιούχοι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ο μικρός σχετικά αριθμός πτυχιούχων Νοσηλευτών/τριών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συνεπάγεται αυξημένη επικινδυνότητα για τη δημόσια υγεία, αφού ισοδυναμεί με χαμηλότερης ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σήμερα από τα δημόσια νοσοκομεία, γεγονός που αποτυπώνεται στις σχετικές έρευνες ικανοποίησης των χρηστών των Υπηρεσιών Υγείας (Garelli, 2004).

Πίνακας 6.7

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την εκπαίδευση επιπλέον της βασικής

Εκπαίδευση επιπλέον της βασικής	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Ειδικότητα	21	19,44
Μεταπτυχιακό	33	30,55
Διδακτορικό	0	0
Εξειδίκευση	7	6,48
Καμία	47	43,51
Σύνολο	108	100

Από τους πτυχιούχους νοσηλευτές (N=108) του δείγματος ένας αρκετά μεγάλος αριθμός (43%) δεν έχει καμία εκπαίδευση επιπλέον της βασικής. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το 30% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος

Το 60% του δείγματος εργαζόταν σε κλινικές (παθολογικές, πνευμονολογικές, καρδιολογική, θωρακοχειρουργική, ΩΡΛ, γενική χειρουργική), ενώ το 39% εργαζόταν σε κλειστά τμήματα (δύο Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) Τα τμήματα στα οποία διεξήχθη η έρευνα φαίνονται στον Πίνακα 6.8.

Πίνακας 6.8

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το τμήμα εργασίας

Τμήμα εργασίας	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Τμήμα/Κλινική	114	60,31
Κλειστό τμήμα/ΤΕΠ	75	39,68
Σύνολο	189	100

Πίνακας 6.9

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας

Χρόνια προϋπηρεσίας	Συχνότητα N	Ποσοστό %
1-5	27	14,28
6-10	27	14,28
11-15	34	17,98
16-20	61	32,27
>20	40	21,16
Σύνολο	189	100



Γράφημα 6.6

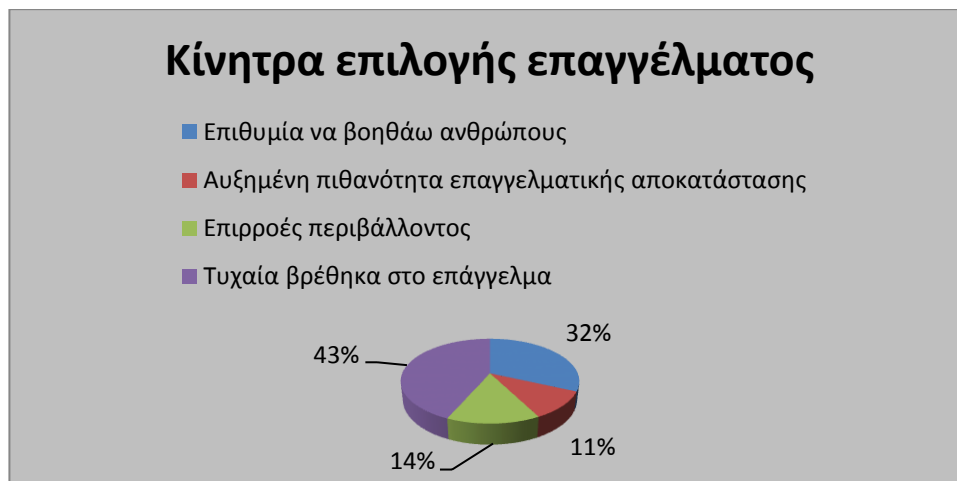
Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας

Στον Πίνακα 6.9 και Γράφημα 6.6 φαίνεται η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας. Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει 16-20 χρόνια προϋπηρεσίας (32%) και ακολουθούν τα 20+ χρόνια με μικρότερο ποσοστό (21%). Από 1-5 χρόνια εργάζεται μόνο το 14% και από 6-10 επίσης το 14%.

Πίνακας 6.10

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα κίνητρα επιλογής επαγγέλματος

Κίνητρα	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Επιθυμία να βοηθάω τους ανθρώπους	60	31,74
Πιθανότητα επαγγελματικής αποκατάστασης	20	10,58
Επιρροές του περιβάλλοντος	27	14,28
Τυχαία βρέθηκα στο επάγγελμα	82	43,38
Σύνολο	189	100



Γράφημα 6.7

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τα κίνητρα επιλογής του επαγγέλματος

Το μεγαλύτερο ποσοστό (43%) των νοσηλευτών δεν επέλεξε συνειδητά το νοσηλευτικό επάγγελμα και βρέθηκε τυχαία σε αυτό. Το 32% επέλεξε την νοσηλευτική γιατί επιθυμούσε να βοηθάει τους ανθρώπους. Θα περίμενε κανείς το ποσοστό αυτό να είναι μεγαλύτερο σε ένα κατεξοχήν ανθρωπιστικό επάγγελμα. Μικρότερο ποσοστό του δείγματος επηρεάστηκε από το περιβάλλον του (14%) ή επέλεξε την νοσηλευτική λόγω αυξημένης πιθανότητας για επαγγελματική αποκατάσταση (10%).

Πίνακας 6.11: Δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία

Μεταβλητή	N	%	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
<u>Φύλο</u>				
Άνδρας	34	18		
γυναίκα	155	82		
<u>Ηλικία</u>				
21-30	23	12,17	41,74	7,99
31-40	51	26,98		
41-50	93	49,20		
51+	22	11,65		
<u>Οικογενειακή Κατάσταση</u>				
Άγαμος/η	68	35,97		
Έγγαμος/η	88	46,56		
Διαζευγμένος/η	20	10,58		
Χήρος/α	4	2,11		
Συμβίωση	9	4,76		
<u>Αριθμός παιδιών</u>				
Κανένα	61	32,27	0,92	1,03
1	88	46,56		
2	20	10,58		
3	14	7,40		
4	6	3,17		
<u>Επίπεδο εκπαίδευσης</u>				
ΔΕ	81	42,85		
ΤΕΙ	95	50,26		
ΑΕΙ	13	6,89		
<u>Εκπαίδευση επιπλέον βασικής</u>				
Ειδικότητα	21	19,44		
Μεταπτυχιακό	33	30,55		
Διδακτορικό	0	0		
Εξειδίκευση	7	6,48		
<u>Χώρος εργασίας</u>				
Τμήμα/κλινική	114	60,31		
Κλειστό τμήμα/ΤΕΠ	75	39,68		
<u>Χρόνια προϋπηρεσίας</u>				
1-5	27	14,28	15,55	8,68
6-10	27	14,28		
11-15	34	17,98		
16-20	61	32,27		
20+	40	21,16		
<u>Λόγοι επιλογής επαγγέλματος</u>				
Επιθυμία να βοηθάω ανθρώπους	60	31,74		
↑ πιθανότητα επαγγελματικής αποκατάστασης	20	10,58		
Επιρροές περιβάλλοντος	27	14,28		
Τυχαία	82	43,38		

6.2.2 Συνθήκες εργασίας

Πίνακας 6.12
Συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού

Μεταβλητή	N	%
<i>Αριθμός ασθενών (10)</i>		
1-3	0	0
4-7	0	0
☞ 8+	189	100
<i>Νυχτερινές βάρδιες / μήνα (11)</i>		
0	40	21,16
1-4	27	14,28
5-8	82	43,38
9+	40	21,16
<i>Απογευματινές βάρδιες / μήνα (12)</i>		
0	27	14,28
1-4	47	24,86
5-8	40	21,16
9+	75	39,68
<i>Ικανοποίηση από τον χώρο εργασίας (13)</i>		
Καθόλου	75	39,68
Λίγο	101	53,46
Αρκετά	7	3,70
Πολύ	6	3,17
<i>Ικανοποίηση από την αμοιβή (14)</i>		
☞ Καθόλου	121	64,02
Λίγο	54	28,57
Αρκετά	14	7,40
Πολύ	0	0
<i>Ικανοποίηση από σχεδιασμό αδειών (15)</i>		
Καθόλου	34	17,98
Λίγο	74	39,15
Αρκετά	74	39,15
Πολύ	6	3,17
<i>Παροχή εκπαίδευσης από την υπηρεσία (16)</i>		
☞ Καθόλου	114	60,31
Λίγο	47	24,86
Αρκετά	27	14,28
Πολύ	0	0
<i>Επάρκεια προσωπικού (17)</i>		
Ναι	0	0
☞ Όχι	189	100
<i>Ασφάλεια & σταθερότητα (18)</i>		
Καθόλου	54	28,57
Λίγο	108	57,14
Αρκετά	27	14,28
Πολύ	0	0

<i>Συνθήκες εργασίας</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Εξήγηση του ρόλου στο χώρο εργασίας (19)</i>		
Καθόλου	75	39,68
Λίγο	47	24,86
Αρκετά	60	31,74
Πολύ	7	3,70
<i>Συναντήσεις προσωπικού (20)</i>		
Ποτέ	40	21,16
Σπάνια	108	57,14
Συχνά	40	21,16
Καθημερινά	0	0
<i>Είναι χρήσιμες οι συναντήσεις;(21)</i>		
☞ Ναι	182	96,29
Όχι	7	3,70
<i>Ικανοποιητική συνεργασία με συναδέλφους (22)</i>		
Καθόλου	0	0
Λίγο	14	7,40
☞ Αρκετά	148	78,30
Πολύ	27	14,28
<i>Ικανοποιητική σχέση με ανωτέρους (23)</i>		
Καθόλου	20	10,58
Λίγο	27	14,28
☞ Αρκετά	122	64,28
Πολύ	20	10,58
<i>Αναγνώριση προσφοράς (24)</i>		
Καθόλου	14	7,40
Λίγο	95	50,26
Αρκετά	60	31,74
Πολύ	20	10,58
<i>Ισορροπία εργασίας και προσωπικής/οικογενειακής ζωής (25)</i>		
Καθόλου	20	10,58
Λίγο	47	24,86
Αρκετά	102	53,96
Πολύ	20	10,58
<i>Πρόθεση εγκατάλειψης επαγγέλματος (26)</i>		
☞ Ναι	128	67,72
Όχι	61	32,27

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των συνθηκών εργασίας, όπως αποτυπώνεται στον παραπάνω πίνακα. Το σύνολο του δείγματος (100%) ασχολείται με περισσότερους από οκτώ ασθενείς καθημερινά. Η αναλογία αυτή ασθενών ανά νοσηλευτή έχει επίδραση όχι μόνο στους ασθενείς και τους νοσηλευτές αλλά γενικότερα σε όλο το σύστημα παροχής υγείας. Το διεθνές συμβούλιο νοσηλευτών προτείνει 4 ασθενείς ανά νοσηλευτή και τονίζει ότι αυξάνοντας το φόρτο εργασίας σε

6, αυξάνεται η πιθανότητα των ασθενών κατά 14% να πεθάνουν μέσα σε 30 ημέρες από την εισαγωγή τους. Το μειωμένο νοσηλευτικό προσωπικό συσχετίστηκε με υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Aiken *et al*, 2002).

Μεγάλο ποσοστό εργάζεται 5-8 νυχτερινές βάρδιες το μήνα (43%) και πάνω από εννέα απογευματινές (39%). Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (93%) είναι από λίγο έως καθόλου ικανοποιημένο από το χώρο εργασίας και (92%) είναι από λίγο έως καθόλου ικανοποιημένο από την αμοιβή.

Παρά το ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση βελτιώνει την ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας, ενισχύει την ασφάλεια στο χώρο εργασίας και μειώνει το εργασιακό άγχος (Griscti *et al*, 2006), το 60% του δείγματος θεωρεί ότι η υπηρεσία του δεν του παρέχει αυτήν την εκπαίδευση.

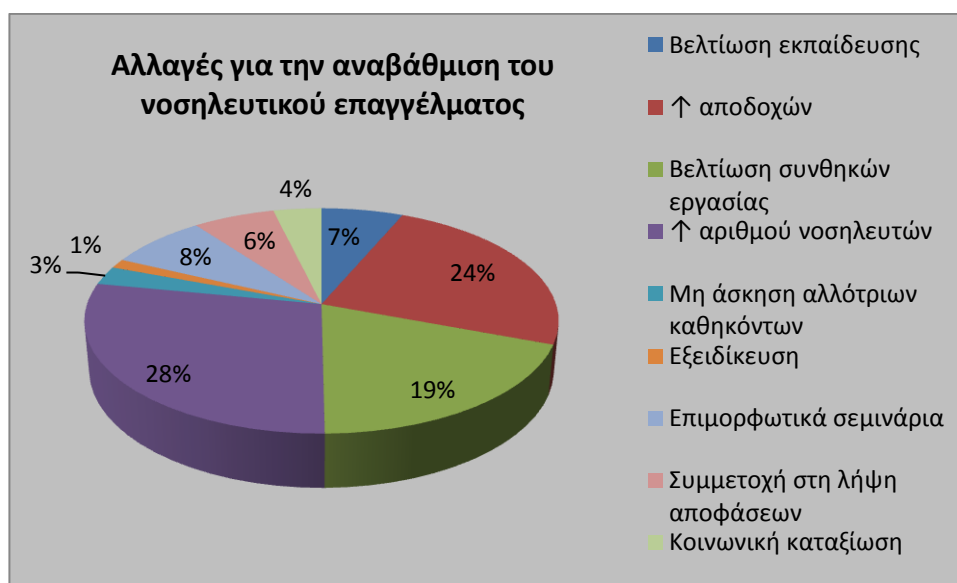
Το σύνολο των νοσηλευτών θεωρεί ότι δεν υπάρχει επάρκεια προσωπικού. Το 85% αισθάνεται λίγη ή καθόλου ασφάλεια και σταθερότητα στην εργασία του. Στο 39% δεν έχει εξηγηθεί κατανοητά ο ρόλος του στο χώρο εργασίας. Οι συναντήσεις του προσωπικού αν και θεωρούνται χρήσιμες (96%), γίνονται σπάνια (57%). Αυτό που είναι αξιοσημείωτο είναι ότι τόσο η σχέση με τους συναδέλφους (78%), όσο και με τους ανωτέρους (64%) θεωρείται αρκετά ικανοποιητική. Το 50% θεωρεί ότι πολύ λίγο αναγνωρίζεται η προσφορά του και το 54% ότι υπάρχει αρκετή ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής/οικογενειακής ζωής.

Τέλος το 68% θέλει να εγκαταλείψει το νοσηλευτικό επάγγελμα. Παγκοσμίως διαπιστώνεται μια τάση του νοσηλευτικού προσωπικού να εγκαταλείπει τις νοσηλευτικές θέσεις εργασίας στα νοσοκομεία. Η πρόθεση αποχώρησης σχετίζεται με μειωμένη ικανοποίηση. Στα ελληνικά νοσοκομεία η κινητικότητα δεν εκδηλώνεται μόνο με παραιτήσεις, αλλά κυρίως με αποσπάσεις εκτός νοσοκομείων ή μετατάξεις σε άλλες θέσεις εργασίας εντός ή εκτός του οργανισμού, γεγονός που αποδυναμώνει την στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών (Νιάκας, 1994).

Πίνακας 6.13

Προτεινόμενες αλλαγές για βελτίωση και αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος

Αλλαγές για αναβάθμιση του επαγγέλματος	N	%
Βελτίωση παρεχόμενης εκπαίδευσης	34	17,98
☞ Αύξηση οικονομικών αποδοχών	128	67,72
☞ Βελτίωση συνθηκών εργασίας	101	53,43
☞ Αύξηση αριθμού νοσηλευτών	149	78,83
Μη άσκηση αλλότριων καθηκόντων	14	7,40
Απόκτηση εξειδίκευσης	6	3,17
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση	41	21,69
Συμμετοχή στα κέντρα λήψης αποφάσεων	34	17,98
Κοινωνική καταξίωση	20	10,58
Άλλο	1	0,05



Γράφημα 6.8

Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τις αλλαγές που προτείνουν για την βελτίωση και αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος

Ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να σημειώσουν στην ερώτηση 27 τις τρεις πιο σημαντικές για αυτούς απαντήσεις. Η αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών με ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (79%) είναι αυτό που θεωρούν οι περισσότεροι νοσηλευτές ότι

θα βελτιώσει και θα αναβαθμίσει το επάγγελμά τους. Ακολουθούν με επίσης υψηλά ποσοστά η αύξηση των οικονομικών αποδοχών (68%) και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας (53%). Η κοινωνική καταξίωση (10%), η οποία έχει μελετηθεί αρκετά ως παράγοντας εργασιακής ικανοποίησης (Lawrence *et al* 1996), δεν φαίνεται να θεωρείται από το δείγμα ότι μπορεί να βοηθήσει στην αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Απαντώντας λοιπόν στο **5ο ερευνητικό μας ερώτημα** , θα μπορούσαμε να πούμε ότι η αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών, η αύξηση των οικονομικών αποδοχών και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας είναι οι κυριότεροι παράγοντες, οι οποίοι αν τροποποιηθούν θα αυξήσουν την ικανοποίηση των εργαζομένων και ίσως να βοηθήσουν στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

6.2.3 Ερωτήσεις που αφορούν την υγεία του δείγματος

Πίνακας 6.14

Εκτίμηση της σωματικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού

Ερωτήσεις που αφορούν την σωματική υγεία	N	%
<i>Καπνίζεται; (1)</i>		
☞ Ναι	108	57,14
Όχι	81	42,85
<i>Αριθμός τσιγάρων (2)</i>		
1-10	34	31,48
11-20	61	56,48
21+	13	12,03
<i>Πίνεται αλκοόλ;(3)</i>		
Ναι	34	17,85
Όχι	155	82,14
<i>Πόσες μονάδες αλκοόλ/εβδομάδα;(4)</i>		
1-2	27	79,41
3-4	7	19,85
5+	0	0
<i>Πόσο συχνά γυμνάζεστε;(5)</i>		
3φορές/εβδομάδα	0	0
1-2 φορές/εβδομάδα	14	7,14
Λιγότερο από 1	40	21,16
☞ Δεν γυμνάζομαι	135	71,42
<i>Ημέρες αναρρωτικής άδειας το τελευταίο έτος (6)</i>		
0	135	71,42
1-10	47	24,86
11-20	7	3,70
21+	0	0
<i>Ώρες βραδινού ύπνου (7)</i>		
3-5	47	24,86
6-8	128	67,85
9-10	13	7,14
<i>Πόνο ή ενόχληση στον στήθος τους τελευταίους 6 μήνες; (8)</i>		
Ναι	67	35,71
Όχι	121	64,28
<i>Αρρυθμία τους τελευταίους 6 μήνες; (9)</i>		
Ναι	81	42,85
Όχι	108	57,14
<i>Έχετε υψηλή αρτηριακή πίεση; (10)</i>		
Ναι	47	24,86
Όχι	141	74,60
<i>Ερεθισμό ή φαγούρα στο δέρμα; (11)</i>		
Ναι	81	42,85
Όχι	108	57,14
<i>Αλλεργικό ερεθισμό μετά από στεναχώρια; (12)</i>		
☞ Ναι	108	57,14
Όχι	81	42,85

Ερωτήσεις που αφορούν την σωματική υγεία	N	%
<i>Πόνο ή ενόχληση σε μέση ή σπονδυλική στήλη τους τελευταίους 6 μήνες; (13)</i>		
☞ Ναι	169	89,28
Όχι	21	10,71
<i>Συχνούς πονοκεφάλους; (14)</i>		
☞ Ναι	101	53,57
Όχι	88	46,42
<i>Μειωμένη σεξουαλική ικανότητα; (15)</i>		
Ναι	81	42,85
Όχι	108	57,14
<i>Κουράζεστε εύκολα; (16)</i>		
☞ Ναι	101	53,57
Όχι	88	46,42
<i>Απώλεια μνήμης τους τελευταίους 6 μήνες; (17)</i>		
Ναι	88	46,42
Όχι	101	53,54
<i>Πιο φιλάσθενος τους τελευταίους 6 μήνες; (18)</i>		
Ναι	48	25,39
Όχι	141	74,60
<i>↑ τιμές αρτηριακής πίεσης τους τελευταίους 12 μήνες (19);</i>		
Ναι	40	21,16
Όχι	149	78,83
<i>Πόνο στο στομάχι ή καούρες τους τελευταίους 6 μήνες; (20)</i>		
☞ Ναι	101	53,57
Όχι	88	46,42
<i>↑ τιμές σακχάρου τους τελευταίους 12 μήνες; (21)</i>		
Ναι	27	14,28
Όχι	162	85,71
<i>Απότομη ↑ ή ↓ σωματικού βάρους τους τελευταίους 12 μήνες; (22)</i>		
☞ Ναι	88	46,42
Όχι	101	53,57
<i>Σας έχει απασχολήσει κάποιο αυτοάνοσο νόσημα; (23)</i>		
Ναι	40	21,16
Όχι	149	78,83
<i>Καινούργια φαρμακευτική αγωγή (24)</i>		
Ναι	47	24,86
Όχι	141	74,60

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που αποτυπώνονται στον Πίνακα 6.14, το 57% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι καπνιστές. Το κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής του Πανεπιστημίου Αθηνών σε έρευνά του αναφέρει ότι το 42% των Ελλήνων νοσηλευτών είναι καπνιστές. Ένα μεγάλο

ποσοστό (71%) δεν γυμνάζεται καθόλου, παρόλο που ως επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν πολύ καλά τα οφέλη της άσκησης.

Το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας που αναφέρουν οι νοσηλευτές είναι ο πόνος ή η ενόχληση σε μέση και σπονδυλική στήλη (89%). Τα μυοσκελετικά προβλήματα των νοσηλευτών αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή επαγγελματικής ανικανότητας παγκοσμίως. Κύρια αιτία είναι η χειρωνακτική μετακίνηση των ασθενών, η κακή στάση του σώματος, η πολύωρη ορθοστασία και τα χρόνια προϋπηρεσίας. Το ποσοστό αυτό συμφωνεί με έρευνες στον διεθνή χώρο, στις οποίες αναφέρεται ότι οι υψηλές απαιτήσεις στην εργασία σχετίζονται με μυοσκελετικούς πόνους (Alexopoulos *et al*, 2003).

Το 57% του δείγματος έχει εμφανίσει αλλεργικό ερεθισμό μετά από στεναχώρια. Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, το δέρμα μετά από στρες, εμφανίζει μικροσκοπικές ρωγμές και γίνεται πιο διαπερατό, επιτρέποντας στα επιβλαβή βακτήρια να διεισδύσουν στα βαθύτερα στρώματά του. Το αποτέλεσμα είναι να εκδηλώνονται διάφορα συμπτώματα, όπως φαγούρα και εξανθήματα (Αλλεργιολογική Μονάδα Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικό»).

Το 53% πιστεύει ότι κουράζεται ευκολότερα το τελευταίο διάστημα, έχει συχνούς πονοκεφάλους και πόνο στο στομάχι. Το γαστρεντερικό σύστημα έχει χαρακτηριστεί «αντηχείο των συγκινήσεων» γιατί αποτελεί τον πλέον ευαίσθητο δίαυλο έκφρασης των ψυχικών συγκινήσεων. Οι πονοκέφαλοι τάσης, όπως ονομάζονται αυτοί οι πονοκέφαλοι, αποτελούν τον πιο συχνό τύπο πονοκεφάλου στους ενήλικες, είναι αρκετά δυνατοί σε ένταση και σχετίζονται με το στρες. Οι ειδικοί εκτιμούν ότι περίπου το 70% του συνολικού πληθυσμού παρουσιάζουν πονοκέφαλο τάσης κατά καιρούς. Τέλος ένα ποσοστό 46% αναφέρει απότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού του βάρους τους τελευταίους 12 μήνες.

Πίνακας 6.15

Εκτίμηση της ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού (ερώτηση 25)

Ερωτήσεις που αφορούν την ψυχική υγεία	N	%
<i>Μπορέσατε να συγκεντρωθείτε σε αυτό που κάνατε (25.1)</i>		
Καλύτερα από το συνηθισμένο	20	10,58
Ίδιο όπως συνήθως	108	57,14
Λιγότερο από ό,τι συνήθως	61	32,14
Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως	0	0
<i>Δεν κοιμηθήκατε λόγω ανησυχίας (25.2)</i>		
Καθόλου	40	21,16
Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο	81	42,85
Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο	68	35,71
Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	0	0
<i>Νιώσατε ότι είστε χρήσιμος (25.3)</i>		
Καλύτερα από το συνηθισμένο	34	17,85
Ίδιο όπως συνήθως	135	71,42
Λιγότερο από ό,τι συνήθως	20	10,58
Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως	0	0
<i>Αισθανθήκατε ικανός να πάρετε αποφάσεις (25.4)</i>		
Καλύτερα από το συνηθισμένο	54	28,57
Ίδιο όπως συνήθως	108	57,14
Λιγότερο από ό,τι συνήθως	20	10,58
Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως	7	3,57
<i>Αισθανθήκατε συνεχώς υπό πίεση (25.5)</i>		
Καθόλου	40	21,16
Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο	54	28,57
Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο	75	39,68
Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	20	10,58
<i>Αισθανθήκατε ότι δεν μπορείτε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες (25.6)</i>		
Καθόλου	61	32,14
Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο	101	53,57
Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο	20	10,58
Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	7	3,57
<i>Αισθανθήκατε ικανός να απολαύσετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες (25.7)</i>		
Καλύτερα από το συνηθισμένο	7	3,57
Ίδιο όπως συνήθως	128	67,85
Λιγότερο από ό,τι συνήθως	40	21,16
Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως	14	7,14
<i>Αισθανθήκατε ικανός να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα (25.8)</i>		
Καλύτερα από το συνηθισμένο	40	21,16
Ίδιο όπως συνήθως	121	64,02
Λιγότερο από ό,τι συνήθως	28	14,81
Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως	0	0
<i>Αισθανθήκατε δυστυχισμένος ή κατάθλιψη (25.9)</i>		
Καθόλου	88	46,42
Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο	68	35,71
Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο	33	17,85
Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	0	0

Ερωτήσεις που αφορούν την ψυχική υγεία	N	%
<i>Χάσατε την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας (25.10)</i>		
Καθόλου	101	53,57
Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο	68	35,71
Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο	20	10,58
Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	0	0
<i>Αισθανθήκατε ότι δεν αξίζετε σαν άτομο (25.11)</i>		
Καθόλου	148	78,30
Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο	41	21,69
Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο	0	0
Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	0	0
<i>Αισθανθήκατε χαρούμενος σε λογικά πλαίσια (25.12)</i>		
Καλύτερα από το συνηθισμένο	28	14,81
Ίδιο όπως συνήθως	148	78,30
Λιγότερο από ό,τι συνήθως	7	3,57
Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως	6	3,17

Στην ερώτηση 25, για την εκτίμηση της ψυχικής υγείας του δείγματος, οι θετικές ερωτήσεις βαθμολογήθηκαν από 0 (Καλύτερα από το συνηθισμένο) έως 3 (Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως) και οι αρνητικές από 3 (Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο) έως 0 (Καθόλου). Υψηλή βαθμολογία (>11) σε αυτή την ερώτηση δείχνει κακή ψυχική υγεία. Η συνολική βαθμολογία του δείγματός μας ήταν 10 με ανώτερη το 36.

Φαίνεται ότι το δείγμα μας δεν αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα (ερωτήσεις 6-9-10-11-12), καθώς η βαθμολογία του είναι 2 με ανώτερη το 15. Υπάρχει όμως μια μικρή κοινωνική και συναισθηματική δυσλειτουργία (ερωτήσεις 1-3-4-7-8) όπως δείχνει η βαθμολογία του δείγματος που είναι 5 με ανώτερη το 15. Τέλος η τελευταία ομάδα ερωτήσεων αφορά τις γνωστικές διαταραχές (ερωτήσεις 2-5), οι οποίες είναι μια κατηγορία διαταραχών της ψυχικής υγείας που επηρεάζουν κατά κύριο λόγο τη μάθηση, την μνήμη, την αντίληψη και την επίλυση προβλημάτων. Οι γνωστικές διαταραχές εκδηλώνονται πιο συχνά με απάθεια, κατάθλιψη, άγχος, αϋπνία και ευερεθιστότητα (Ellis, 1974). Η βαθμολογία σε αυτήν την ερώτηση ήταν 3 με ανώτερη το 6 και θεωρείται αρκετά υψηλή.

6.2.4 Καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού

Πίνακας 6.16

Κατανομή του δείγματος ως προς το βαθμό εξουθένωσης

Υποκλίμακα	Χαμηλή %	Μέτρια %	Υψηλή %
❖ Συναισθηματική εξάντληση	31,70	32,27	35,97
❖ Προσωπικά επιτεύγματα	10,58	28,57	60,84
❖ Αποπροσωποποίηση	32,27	10,58	57,14

Όπως έχει ήδη αναφερθεί (Υποενότητα 6.1.4), υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης αποτελεί ένδειξη υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων αποτελεί ένδειξη χαμηλού κινδύνου.

Στον Πίνακα 6.16 βλέπουμε ότι στο δείγμα μας τα ποσοστά της συναισθηματικής εξάντλησης κυμαίνονται στα ίδια περίπου επίπεδα (31,70-32,27-25,97), ενώ στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων ένα μεγάλο ποσοστό (60,84) έχει υψηλή βαθμολογία. **Στην υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης το 57,14 έχει υψηλή βαθμολογία, ποσοστό που μπορεί να συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.** Τα αποτελέσματα αυτά δεν συμφωνούν με άλλες έρευνες πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, στις οποίες η συναισθηματική εξάντληση είναι αυτή που αναπτύσσεται πρώτη και η οποία οδηγεί σε στάσεις αποπροσωποποίησης και κατόπιν σε χαμηλά αισθήματα προσωπικών επιτευγμάτων (Leiter & Maslach, 1988).

Το αυξημένο ποσοστό της αποπροσωποποίησης θα μπορούσε ίσως να ερμηνευτεί ως τρόπος «άμυνας» του νοσηλευτικού προσωπικού στις αντίξοες συνθήκες του επαγγέλματος.

Πίνακας 6.17

Μέσες τιμές της έντασης της επαγγελματικής εξουθένωσης

	Υποκλίμακα συναισθηματικής εξάντλησης	Υποκλίμακα προσωπικών επιτευγμάτων	Υποκλίμακα αποπροσωποποίησης
Μέση τιμή	27,44	31,37	11
Μέγιστη	46	45	24
Ελάχιστη	11	13	0

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.17 και απαντώντας στο **1^ο ερευνητικό ερώτημα**, το δείγμα μας βιώνει μέτριου βαθμού συναισθηματική εξάντληση, υψηλή αίσθηση επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων και αυξημένη αποπροσωποποίηση.

6.3 Διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης με προσωπικούς-δημογραφικούς παράγοντες και τις συνθήκες εργασίας

Η ανάλυση παλινδρόμησης που ακολουθεί αναζητά απαντήσεις στο **2ο και 3ο ερώτημα** της έρευνας. Διερευνάται εάν οι προσωπικοί-δημογραφικοί παράγοντες των νοσηλευτών καθώς και οι συνθήκες εργασίας ασκούν επίδραση στην επαγγελματική εξουθένωση και με ποια κατεύθυνση, θετική ή αρνητική. Έγιναν απλές παλινδρομήσεις ώστε να ανιχνευτούν οι πιο στατιστικά σημαντικές μεταβλητές-παράγοντες (για $\alpha=0,10$ και $\alpha=0,05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.18.

Πίνακας 6.18

Σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με προσωπικούς-δημογραφικούς παράγοντες και τις συνθήκες εργασίας

Ανεξάρτητες	Συναισθηματική εξάντληση			Προσωπικά επιτεύγματα			Αποπροσωποποίηση		
	R ²	B	t	R ²	B	t	R ²	B	t
Φύλο	0,04	6,18	3,02 (0,00)	—	—	—	—	—	—
Ηλικία	—	—	—	0,03	0,16	2,54 (0,01)	0,02	-0,09	-1,90 (0,06)
Οικογενειακή κατάσταση	0,02	0,97	1,91 (0,06)	0,38	3,70	11,84 (0,00)	—	—	—
Επίπεδο εκπαίδευσης	—	—	—	0,03	2,09	2,59 (0,01)	0,02	-1,30	-2,34 (0,02)
Τμήμα εργασίας	0,02	0,24	2,05 (0,04)	—	—	—	—	—	—
Χρόνια προϋπηρεσίας	0,03	-0,42	-1,70 (0,09)	0,02	-0,32	-1,72 (0,09)	—	—	—
Επιθυμία βοήθειας προς τους ανθρώπους	0,08	-7,18	-3,78 (0,00)	0,07	4,04	2,72 (0,01)	0,04	-3,97	-4,07 (0,00)
Αριθμός ασθενών	0,02	2,77	2,30 (0,02)	—	—	—	—	—	—
Νυχτερινές βάρδιες το μήνα	—	—	—	0,02	-1,85	-2,27 (0,02)	—	—	—
Απογευματινές βάρδιες το μήνα	0,02	1,89	2,08 (0,04)	—	—	—	0,01	0,83	1,73 (0,09)
Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας	0,11	-4,80	-5,22 (0,00)	0,04	2,28	3,09 (0,00)	0,04	-1,49	-2,95 (0,00)
Ικανοποίηση από την αμοιβή	0,08	-4,74	-4,43 (0,00)	—	—	—	0,03	-1,43	-2,47 (0,01)
Επάρκεια προσωπικού	0,03	-7,57	-2,73 (0,01)	—	—	—	—	—	—
Εξήγηση του ρόλου στο χώρο εργασίας	0,05	-2,49	-3,32 (0,00)	0,32	5,07	10,32 (0,00)	0,02	-0,9	-2,24 (0,03)
Συναντήσεις προσωπικού στο χώρο εργασίας	—	—	—	0,03	2,35	2,58 (0,01)	0,08	-2,67	-4,43 (0,00)
Είναι χρήσιμες οι συναντήσεις;	—	—	—	0,10	-24,2	-5,02 (0,00)	—	—	—
Συνεργασία με συναδέλφους	0,05	-4,66	-3,56 (0,00)	0,04	3,05	2,95 (0,00)	0,02	-1,57	-2,22 (0,03)

Συνεργασία με ανωτέρους	0,02	-1,88	-2,30 (0,02)	0,40	6,1	12,33 (0,00)	0,02	-0,83	-1,93 (0,06)
-------------------------	------	-------	-----------------	------	-----	-----------------	------	-------	-----------------

* Σε παρένθεση το επίπεδο σημαντικότητας

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.18, καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που εκπροσωπούν τους προσωπικούς-δημογραφικούς παράγοντες δεν είναι σημαντική και στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Εξάιρεση αποτελεί η μεταβλητή που αφορά την «επιλογή επαγγέλματος λόγω επιθυμίας βοήθειας προς τους συνανθρώπους». Από τις μεταβλητές των συνθηκών εργασίας τέσσερις τουλάχιστον εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές στην ερμηνεία και των τριών διαστάσεων της εξουθένωσης. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα πρόσημα που δέχονται οι μεταβλητές και δείχνουν την φορά επιρροής τους στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης.

Το **φύλο** παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικό μόνο για την συναισθηματική εξάντληση. Το θετικό πρόσημο δεν βοηθάει ιδιαίτερα στην ερμηνεία σε αυτή την περίπτωση, καθώς η πλειονότητα του δείγματος (82%) είναι γυναίκες.

Η **ηλικία** σχετίζεται με την αποπροσωποποίηση και μάλιστα όσο μεγαλύτερη η ηλικία τόσο μικρότερα τα επίπεδα αποπροσωποποίησης και υψηλότερο το αίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές έχουν κατά κανόνα και περισσότερα χρόνια στο επάγγελμα, οπότε μέσα από την πορεία τους έχουν καταφέρει να καταλαβαίνουν καλύτερα πώς νοιώθουν οι ασθενείς τους, να κανονίζουν πιο αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών και να επηρεάζουν θετικά τη ζωή τους και γενικότερα να αντιμετωπίζουν ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά τους.

Ο παράγοντας **οικογενειακή κατάσταση** είναι στατιστικά σημαντικός σε μεγάλο βαθμό για την διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων και σε μικρότερο βαθμό για την συναισθηματική εξάντληση.

Το υψηλότερο **επίπεδο εκπαίδευσης** φαίνεται ότι συνδέεται με μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων και χαμηλότερο επίπεδο αποπροσωποποίησης.

Το **τμήμα** στο οποίο ανήκει ο νοσηλευτής εμφανίζεται στατιστικά σημαντικό μόνο για την συναισθηματική εξάντληση, ενώ αρνητικό πρόσημο της **προϋπηρεσίας** δείχνει ότι όσο περισσότερα τα χρόνια προϋπηρεσίας, τόσο μικρότερα τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Ενδεχομένως η εμπειρία που αποκτά ο εργαζόμενος να τον βοηθά στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής εξάντλησης.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα που σχετίζονται με την **επιθυμία να βοηθούν τους συνανθρώπους** τους. Το κίνητρο αυτό σχετίζεται και με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης με θετικές επιδράσεις στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση και αρνητικές στο συναίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων.

Από τους παράγοντες των συνθηκών εργασίας πολλοί είναι αυτοί που φαίνονται σημαντικοί για την ύπαρξη εξουθένωσης. Οι **απογευματινές βάρδιες** επηρεάζουν την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση και όχι τα επίπεδα των προσωπικών επιτευγμάτων. Όσο περισσότερες οι απογευματινές βάρδιες, τόσο μεγαλύτερα τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης.

Οι **νυχτερινές βάρδιες** δεν επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης.

Ο **αριθμός των ασθενών** φαίνεται να σχετίζεται μόνο με την συναισθηματική εξάντληση. Αυτό δεν αποδυναμώνει την σπουδαιότητα της μεταβλητής, καθώς για πολλούς ερευνητές η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί τον «προθάλαμο» της εξουθένωσης.

Η **ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας** καθώς και η **επεξήγηση του ρόλου στον χώρο εργασίας** μειώνουν την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση και αυξάνουν την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Οι δύο αυτοί παράγοντες των συνθηκών εργασίας φαίνεται ότι είναι οι σημαντικότεροι από όλους τους εργασιακούς παράγοντες, αφού εμφανίζονται στατιστικά σημαντικοί και στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης.

Η **ικανοποίηση από την αμοιβή** επιδρά μόνο στη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση, ενώ η **επάρκεια του προσωπικού** ασκεί επιρροή μόνο στην συναισθηματική εξάντληση, αποτέλεσμα που έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων ερευνών.

Οι **συναντήσεις προσωπικού** αποδεικνύονται σημαντικές για τα προσωπικά επιτεύγματα και την αποπροσωποποίηση. Όσο συχνότερα γίνονται οι συναντήσεις τόσο μεγαλύτερο το επίπεδο προσωπικού επιτεύγματος και τόσο μικρότερα τα επίπεδα αποπροσωποποίησης. Η ευεργετική συμβολή των συναντήσεων στα επίπεδα προσωπικού επιτεύγματος ίσως να υποδηλώνει ότι οι εργαζόμενοι σε αυτές τις συναντήσεις εισπράττουν θετικά σχόλια για το έργο που παράγουν.

Η ικανοποίηση από τους συναδέλφους και από τους προϊσταμένους είναι παράγοντες στατιστικά σημαντικοί. Όσο πιο ικανοποιητική είναι η συνεργασία τόσο υψηλότερο το συναίσθημα του προσωπικού επιτεύγματος και τόσο χαμηλότερα τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης. Έχει επιβεβαιωθεί από έρευνες, η ευεργετική επίδραση των καλών σχέσεων με συναδέλφους και προϊσταμένους στην επαγγελματική εξουθένωση.

6.4 Διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης με την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών

Η έρευνα επεκτάθηκε και στην κατάσταση υγείας των νοσηλευτών και έγινε προσπάθεια να απαντηθεί το **4ο ερευνητικό ερώτημα**. Αναζητήθηκε η επιρροή των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στην σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Τα ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυση παλινδρόμησης (πίνακας 6.19) έδειξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι ο σπουδαιότερος παράγοντας επιρροής στην σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών.

Η κλίμακα της ζωτικότητας σχετίζεται σημαντικά και με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Παρουσίασε τη μικρότερη βαθμολογία κατά την σύγκριση των τιμών. Φάνηκε δηλαδή, ότι στο δείγμα της έρευνας η ζωτικότητα επηρεάζεται από το επάγγελμα. Η ζωτικότητα σχετίζεται με την ενέργεια που έχει κάποιος και διαθέτει κατά την εργασία του. Όπως αναφέρουν αρκετοί ερευνητές, οι εξουθενωμένοι νοσηλευτές συχνά εμφανίζουν απροθυμία ανάληψης καθηκόντων, αδιαφορία και απάθεια προς τον άρρωστο και τους συγγενείς του, έλλειψη διάθεσης για κοινωνικές επαφές.

Πίνακας 6.19

Σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις έξι κλίμακες του ερωτηματολογίου γενικής υγείας

Κλίμακες του GHQ	Συναισθηματική εξάντληση	Προσωπικά επιτεύγματα	Αποπροσωποποίηση
Σωματική λειτουργικότητα	0,35**	0,02	0,08
Σωματικός πόνος	0,36**	-0,02	0,06
Γενική υγεία	0,44**	0,16**	0,12*
Ζωτικότητα	0,60**	0,27**	0,27**
Τρόπος ζωής	0,45**	0,10	0,16**
Ψυχική υγεία	0,61**	0,29**	0,26**

*P<0,05, **P<0,01

Η κλίμακα της ψυχικής υγείας φαίνεται ότι συσχετίζεται σημαντικά και με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ η κλίμακα της σωματικής υγείας επηρεάζεται μόνο από την συναισθηματική εξάντληση. Δηλαδή η μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση μεταφράζεται ως χειρότερη σωματική υγεία. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί ως προγνωστικός δείκτης της σωματικής και ψυχικής υγείας του νοσηλευτή. Με άλλα λόγια το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι ένα επάγγελμα που επηρεάζει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι νοσηλευτές.

6.5 Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, όπως αυτή εκφράζεται από τις τρεις διαστάσεις της Maslach, είναι στο σύνολό τους σε μέτρια επίπεδα.

Τα επίπεδα της **αποπροσωποποίησης** είναι υψηλά, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τους Leiter & Maslach (1988), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η

συναισθηματική εξάντληση είναι αυτή που αναπτύσσεται πρώτη και οδηγεί σε στάσεις αποπροσωποποίησης και χαμηλά αισθήματα προσωπικών επιτευγμάτων.

Η επιρροή των δημογραφικών και προσωπικών δεδομένων των νοσηλευτών έχει εξεταστεί στην διεθνή βιβλιογραφία. Υπάρχουν πολλές έρευνες, οι οποίες χρησιμοποίησαν στη διερεύνηση των αιτιών της εξουθένωσης μεταβλητές όπως η ηλικία, η μόρφωση, η οικογενειακή κατάσταση και η εργασιακή εμπειρία. Ωστόσο τα συμπεράσματα για την επιρροή αυτών των παραγόντων είναι μικτά.

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, το **φύλο** αποδείχθηκε σημαντικό σε σχέση με την συνιστώσα της επαγγελματικής εξάντλησης. Η Martin (2000) αναφέρει ότι τίθεται ζήτημα φύλου στην εξουθένωση, κυρίως για λόγους που συνδέονται με τα συναισθήματα.

Η **ηλικία** φαίνεται να ασκεί κάποια επιρροή και μάλιστα όσο μεγαλύτερη η ηλικία των εργαζομένων τόσο μικρότερα τα επίπεδα αποπροσωποποίησης και υψηλότερο το συναίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τους Renzi *et al*, (2005). Τα ευρήματα κάποιων ερευνών έχουν βρει στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ κάποιων διαστάσεων της εξουθένωσης και της ηλικίας, ενώ κάποιες άλλες ανέδειξαν θετική σχέση.

Η **οικογενειακή κατάσταση** έχει βρεθεί στο επίκεντρο αρκετών ερευνών για την επιρροή της στην επαγγελματική εξουθένωση. Τα αποτελέσματα ερευνών (Maslach, 1982. Pines, 1988) έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι με μικρά παιδιά παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης σε σχέση με τους εργαζόμενους που δεν έχουν παιδιά. Η ύπαρξη οικογένειας μπορεί να έχει υποστηρικτικό ρόλο στους πιο ώριμους και με ρεαλιστικούς στόχους στη ζωή εργαζόμενους (Maslach, 1981. Lemkau *et al*, 1994). Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας ταυτίζονται με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Το **επίπεδο εκπαίδευσης** δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικό στην παρούσα έρευνα. Σε αντίθεση η Maslach (1981) και οι Demir *et al* (2003) υποστηρίζουν ότι το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων.

Η **προϋπηρεσία** εμφανίζεται στατιστικά σημαντική στις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων. Τα χρόνια προϋπηρεσίας του εργαζόμενου, που αντανακλούν και την εμπειρία του, έχει

αποδειχθεί ότι συνδέονται με την ικανοποίηση του εργαζόμενου στο χώρο εργασίας. Η εργασιακή εμπειρία είναι πολύ σημαντική στα επαγγέλματα υγείας.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα σχετικά με το αρχικό κίνητρο των εργαζομένων να επιλέξουν την συγκεκριμένη εργασία. Η **επιθυμία να βοηθήνε τους συνανθρώπους** σχετίζεται και με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης, με ευεργετικές επιδράσεις στην συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση και αρνητικές στο συναίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων.

Σε αντίθεση με τους δημογραφικούς παράγοντες το εργασιακό περιβάλλον και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτό φαίνεται να σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την εξουθένωση.

Ο **αριθμός των ασθενών** αυξάνει τον φόρτο εργασίας και δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για την ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης (Franco, 2004). Η έρευνά μας έδειξε ότι όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των ασθενών, τόσο συχνότερα τα συμπτώματα της συναισθηματικής εξάντλησης.

Αν και έχει αποδειχθεί ότι οι **βάρδιες** επηρεάζουν την εξουθένωση των εργαζομένων (Demir *et al*, 2003. Καντάς, 1998), στην παρούσα έρευνα δεν φαίνεται κάτι ανάλογο. Μόνο οι απογευματινές βάρδιες δείχνουν να συμβάλλουν στην συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση.

Η **ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας** αναδείχθηκε ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την επαγγελματική εξουθένωση. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με πολλές άλλες διεθνείς έρευνες (Καντάς, 1998. Fernet *et al*, 2008).

Ένας ακόμη σημαντικός εργασιακός παράγοντας για την επαγγελματική εξουθένωση είναι η **εξήγηση στον εργαζόμενο του ρόλου του στον χώρο εργασίας**. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με έρευνα των Cordes & Dougherty (1993), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να βιώσει χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης εάν δεν έχει να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα του εργασιακού του ρόλου.

Από αποτελέσματα άλλων ερευνών (Hellgren *et al*, 1999. Baker *et al*, 2000) περιμέναμε να υπάρχει σχέση της **ικανοποίησης από την αμοιβή** με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Στην έρευνά μας η χαμηλή αμοιβή δεν σχετίζεται με μείωση της αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων. Το εύρημα αυτό χρήζει περαιτέρω εξέτασης.

Σε αντίθεση με ευρήματα άλλων ερευνών (Demir *et al*, 2003. Siegrist, 1996) η **επάρκεια του προσωπικού** δεν φάνηκε να επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση σε σημαντικό βαθμό. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα των Fagin *et al*, (1996) που αναφέρουν ότι η ανεπάρκεια προσωπικού δημιουργεί στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρείων.

Οι **συναντήσεις του προσωπικού** αποδείχθηκαν σημαντικές για τα προσωπικά επιτεύγματα και την αποπροσωποποίηση. Η ευεργετική συμβολή των συχνότερων συναντήσεων στο συναίσθημα του προσωπικού επιτεύγματος του εργαζόμενου πιθανόν να σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι σε αυτές τις συναντήσεις εισπράττουν θετικά σχόλια από συναδέλφους ή ανωτέρους. Οι παραπάνω απόψεις επιβεβαιώνονται από έρευνα του Κανδρή (2004), στην οποία αναφέρεται ότι η υγιής επικοινωνία βοηθάει τον νοσηλευτή να αντισταθεί στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η **ικανοποίηση των εργαζομένων από την συνεργασία με συναδέλφους και ανωτέρους** έδειξε να αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα και για τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Όσο πιο ικανοποιητική η συνεργασία τόσο υψηλότερο το συναίσθημα του προσωπικού επιτεύγματος (Maslach & Jackson, 1982. Renzi *et al*, 2005). Θεωρείται ότι έχει άμεση σχέση με την ψυχική υγεία των εργαζομένων (Καντάς, 1998). Σε έρευνα των Wolpin *et al* (1991) βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση της εργασιακής ικανοποίησης με την εξουθένωση καθώς και με διανοητικά/ψυχολογικά προβλήματα.

Η σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών συσχετίζεται σημαντικά με την συναισθηματική εξάντληση. **Η κλίμακα όμως της ψυχικής υγείας και της ζωτικότητας συσχετίζεται και με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης.**

Η τρέχουσα διεθνής βιβλιογραφία περιλαμβάνει πολλές έρευνες στις οποίες αναδεικνύεται η σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και σωματικής υγείας (Whitehall II, 1997. SHEEP, 1998). Στον Ελλαδικό χώρο, μελέτη για την διερεύνηση της ψυχοσωματικής ισορροπίας των επαγγελματιών υγείας σε Ελληνικά νοσοκομεία, έδειξε υψηλά επίπεδα εξουθένωσης που σχετίζονται με την σωματική και συναισθηματική δυσλειτουργία κυρίως σε επαγγελματίες υγείας μικρότερων ηλικιών (Antoniou & Tzavara, 2005). Οι Firth-Cozens & Payne (1999), αναφέρουν ότι ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στους νοσηλευτές είναι πολύ υψηλός.

Ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών και συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σημαντικός, προκειμένου να είναι σε θέση κάποιος να διατυπώσει προτάσεις για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του φαινομένου.

6.6 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι έγινε σε ευρεία βάση, όπως από κάποιον άρτια οργανωμένο και επανδρωμένο φορέα. Μπορεί να συμπεριέλαβε ποικιλία τμημάτων και αυτό είναι ένα από τα πλεονεκτήματά της, αλλά ο αριθμός του δείγματος θεωρείται αρκετά μικρός. Επιπλέον το δείγμα ήταν από ένα μόνο νοσοκομείο, το οποίο πιθανόν να μην αντανakλά το τι συμβαίνει με τους εργαζόμενους άλλων νοσοκομείων.

Συμπεράσματα σχετικά με την κατεύθυνση της αιτιότητας μεταξύ των μεταβλητών δεν μπορούν να εξαχθούν. Επίσης δεν μπορούν να διερευνηθούν οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του νοσηλευτή, που δρουν σαν μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Η ακριβής σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με παράγοντες που αφορούν την ψυχική υγεία είναι αμφιλεγόμενη. Η εξουθένωση οδηγεί τους εργαζόμενους σε προβλήματα ψυχικής υγείας ή τα προβλήματα ψυχικής υγείας οδηγούν στην εξουθένωση;

Τέλος ένας ακόμη περιορισμός είναι και το γεγονός ότι η αναλογία των ανδρών νοσηλευτών (όπως και σε όλων των άλλων ερευνών) είναι πάρα πολύ μικρός.

Αναγκαία κρίνεται η διεξαγωγή μελετών με στόχο τον προσδιορισμό αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

7.1 Προτάσεις

Η προστασία της υγείας των επαγγελματιών υγείας είναι ουσιαστικής σημασίας όχι μόνο για τους ίδιους, αλλά και για την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών που προσφέρουν στους ασθενείς. Προσπάθειες θα πρέπει να καταβληθούν ώστε να διασφαλιστεί ένα καλό εργασιακό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα προτείνονται:

- ❖ Οι φορείς Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας θα πρέπει να επανδρώνονται με στελέχη που είναι εκπαιδευμένα στην προσέγγιση και αναγνώριση του εργασιακού άγχους.
- ❖ Τα γραφεία Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας θα πρέπει να στελεχώνονται από μια μεγάλη διεπιστημονική ομάδα επιστημόνων, η οποία θα αποτελείται από: ιατρό εργασίας, τεχνικό ασφαλείας, νοσηλευτή εργασίας, ψυχολόγο εργασίας, κοινωνικό λειτουργό (WHO, 2001)
- ❖ Στελέχωση τμημάτων διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, τα οποία θα σχεδιάζουν και θα υποστηρίζουν τις αλλαγές που απαιτούνται για να εδραιωθεί η κατάλληλη οργανωσιακή κουλτούρα και το κατάλληλο εργασιακό κλίμα.
- ❖ Πρωταρχικής σημασίας είναι η λήψη μέτρων από την πλευρά του νοσοκομείου που θα προλαμβάνουν, όσο είναι δυνατόν, τις στρεσογόνες καταστάσεις, με τον

καλύτερο σχεδιασμό εργασίας αλλά και την δομή της ίδιας της οργάνωσης.

Μερικά από τα μέτρα που μπορούν να εφαρμοστούν είναι:

- Διασφάλιση υγιεινού περιβάλλοντος εργασίας και αποφυγή έκθεσης του προσωπικού σε βλαπτικούς εργασιακούς παράγοντες.
 - Μείωση ή τροποποίηση της στρεσογόνου κατάστασης ή απομάκρυνση του ατόμου από αυτή.
 - Προσαρμογή της εργασίας στο άτομο.
 - Ακριβείς περιγραφές του έργου, για να αποφεύγεται η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων.
 - Επανασχεδιασμός του εργασιακού χώρου βάσει εργονομικών αρχών, για μείωση της κόπωσης και των μυοσκελετικών προβλημάτων.
 - Δημιουργία κοινών επιτροπών εργαζομένων και διοίκησης, με στόχο την επίλυση παρόμοιων προβλημάτων.
 - Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση, ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες απόδοσης του και της παροχής ποιοτικής φροντίδας.
 - Η προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας βοηθάει τον επαγγελματία να νοιώσει υπεύθυνος για τις αποφάσεις του.
 - Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης
 - Προγράμματα στήριξης εργαζομένων που θα βοηθάνε τους νοσηλευτές να αναγνωρίσουν και να αξιοποιήσουν δημιουργικά τις ικανότητές τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας, καθώς και να αντιμετωπίσουν ζητήματα που σχετίζονται με την καριέρα και την οικογένειά τους.
 - Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης.
 - Συμμετοχή στην διαμόρφωση των αλλαγών στην εργασία.
 - Μέριμνα για μια ισορροπημένη εργασιακή και προσωπική ζωή.
 - Υποστήριξη των εργαζόμενων και των οικογενειών τους.
 - Αναγνώριση της αξίας των γνώσεων και των εμπειριών του νοσηλευτή.
 - Εκπαίδευση και άσκηση σε στρατηγικές για την αντιμετώπιση και μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- ❖ Στρατηγικές αντιμετώπισης σε ατομικό επίπεδο, με σημαντικότερη την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων.

7.1.1 Η ανάρρωση των νοσηλευτών και η αλλαγή της σχέσης με την εργασία

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αποτελεί μόνο υποχρέωση του κράτους, αλλά και ηθικό χρέος για κάθε εργαζόμενο. Η ανάρρωση από την επαγγελματική εξουθένωση είναι η διαδικασία κατά την οποία οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την ευθύνη του εαυτού τους. Προϋποθέτει τη συνειδητή απόφαση για αλλαγή της κατάστασης, αλλαγή στις στάσεις, τις αξίες, τα συναισθήματά και τους ρόλους που συνήθιζαν να αναλαμβάνουν. Σταδιακά αλλάζουν οι σχέσεις με τους ασθενείς, τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους, τη διοίκηση και κυρίως με τον ίδιο τους το εαυτό.

Η αλλαγή της σχέσης με τους ασθενείς

Η καθημερινή παρουσία δίπλα στον ασθενή που πονάει και υποφέρει δημιουργεί στους νοσηλευτές αναστάτωση, φόβο, άγχος, ενοχές, θυμό και αίσθημα ανεπάρκειας. Οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίσουν αυτά τα συναισθήματα και να τα διαχειριστούν στη σχέση τους με τους ασθενείς. Βασική προϋπόθεση για να γίνει αυτό είναι η αυτογνωσία και οι εμπειρία στις ανθρώπινες σχέσεις.

Οι συναισθηματικές απαιτήσεις της επαφής με τον ασθενή μπορεί να προκαλέσουν έντονο άγχος στο νοσηλευτή και να τον οδηγήσουν στην αποστασιοποίηση και στη δημιουργία απρόσωπων σχέσεων. Έτσι όμως χάνει την δυνατότητα θετικής ανατροφοδότησης και επαγγελματικής αυτοπραγμάτωσης που προσφέρουν η επικοινωνία και η φροντίδα του ασθενούς.

Ένα συχνό πρόβλημα που υποτιμάται είναι η υπερεμπλοκή. Ιδιαίτερα στα πρώτα του εργασιακά χρόνια, ο νοσηλευτής βγαίνει από τον επαγγελματικό του ρόλο, έρχεται πολύ κοντά στον ασθενή, εμπλέκεται συναισθηματικά και μοιράζεται προσωπικά θέματα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο νοσηλευτής να χάνει την αντικειμενικότητά του και να μην κρατάει το απαραίτητο επίπεδο συναισθηματικής απόστασης, με αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες στην κρίση του. Η σχέσεις αυτές είναι δυσλειτουργικές και δεν επιτρέπουν στον επαγγελματία να εκπληρώσει τις απαιτήσεις του εργασιακού του ρόλου.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να χρησιμοποιεί ισορροπημένα τόσο τις γνωστικές όσο και τις συναισθηματικές λειτουργίες. Η ισορροπημένη χρήση λογικής και συναισθήματος τον βοηθάει να είναι την ίδια στιγμή παρών και συνδεδεμένος με τον ασθενή αλλά και σε απόσταση από αυτόν. Η απόσταση αυτή διαφέρει από την αποστασιοποίηση και απαιτεί εμπειρία για να επιτευχθεί. Οι νοσηλευτές υιοθετούν έναν πιο επαγγελματικό τρόπο φροντίδας, αλλά επίσης αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας για καταστάσεις που παλαιότερα τους αναστάτωναν. Γίνονται πιο ευέλικτοι, ωριμάζουν, μπορούν να προστατέψουν τον εαυτό τους ευκολότερα, γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους (αυτογνωσία) και τους άλλους (ενσυναίσθηση).

Η αλλαγή της σχέσης με τους συναδέλφους

Πολύ συχνά το εργασιακό περιβάλλον είναι δυσλειτουργικό, καταπιεστικό, προσβλητικό, ακόμη και εκφοβιστικό. Οι συνάδελφοι μπορεί να είναι απόντες, ψυχροί, απόμακροι, αδιάφοροι, αγενείς και απότομοι. Η ενδοσυναδελφική επιθετικότητα και η μειωμένη συναδελφική αλληλεγγύη αποτελούν πηγές άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πρακτικές συμβουλές για την βελτίωση των συναδελφικών σχέσεων

- Απουσία επικριτικότητας προς τους συναδέλφους
- Προσφορά βοήθειας προς τους συναδέλφους
- Κριτική της προσωπικής εργασίας πριν από οποιαδήποτε προσπάθεια κρίσης της εργασίας των άλλων
- Δημιουργία συμμαχιών που στοχεύουν σε κάποιο ομαδικό στόχο και δεν αποκλείουν ή υπονομεύουν κανένα
- Κατανόηση ότι τα προβλήματα είναι κοινά για όλους τους νοσηλευτές

Η αλλαγή της σχέσης με τους ανωτέρους και την διοίκηση

Η έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενο και την νοσηλευτική διοίκηση είναι ένα από τα αίτια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αναποτελεσματικότητα της διοίκησης επηρεάζει την ποιότητα στην εργασία των

νοσηλευτών. Επίσης οι προϊστάμενοι συχνά διαθέτουν υψηλή τεχνογνωσία, αλλά έχουν έλλειμμα σε επικοινωνιακές ικανότητες και εξειδικευμένες γνώσεις στα ζητήματα διοίκησης. Έτσι μπορεί να ενισχύουν τις συγκρούσεις και να μη διευκολύνουν τις ομαλές σχέσεις

Από την άλλη η θέση των προϊσταμένων στον οργανισμό είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω της μειωμένης επιρροής τους σε σχέση με τους αντίστοιχους προϊστάμενους της ιατρικής και διοικητικής υπηρεσίας, καθώς και των πιέσεων που δέχονται από την ιεραρχία αλλά και από τα άτομα που διοικούν.

Λόγω αυτών των ιδιομορφιών, η βελτίωση των σχέσεων με τους ανωτέρους απαιτεί χρόνο, επιμονή και υπομονή.

Η αλλαγή της σχέσης με τον εαυτό

Οι περισσότεροι νοσηλευτές ξεκινούν την σταδιοδρομία τους επιθυμώντας να παρέχουν φροντίδα στον ασθενή. Σύντομα όμως χάνουν το πάθος και την αισιοδοξία τους και συμμορφώνονται με τις παραδοσιακές πρακτικές που επιτάσσει η ομάδα. Παράλληλα οι αξίες και τα κίνητρά τους γίνονται περισσότερο υλιστικά και εγωκεντρικά. Η μεταστροφή αυτή χαρακτηρίζει όλα τα επαγγέλματα υγείας και οφείλεται στην έλλειψη αυτογνωσίας. Η αυτογνωσία και η σύνδεση του νοσηλευτή με τις δικές του πληγές, με τον εσωτερικό του κόσμο και την υποκειμενικότητά του θα τον βοηθήσουν να φροντίσει τον εαυτό του και να υπηρετήσει με ευαισθησία τον άνθρωπο που πάσχει.

Ο νοσηλευτής πρέπει σταδιακά να:

- Επιτρέπει στον εαυτό του να έχει ανάγκες
- Ικανοποιεί τις ανάγκες του με πιο αποτελεσματικό τρόπο
- Μη ζητά από τον εαυτό του περισσότερα από όσα μπορεί να δώσει
- Λέει όχι και να βάζει όρια, σεβόμενος τον εαυτό του
- Ορίζει περισσότερο ρεαλιστικούς και επιτεύξιμους στόχους
- Αναπτύσσει τις ικανότητες της ενσυναίσθησης και της συνεργασίας
- Συνδέεται με τον ευάλωτο εαυτό του, αποκτώντας ολοένα και μεγαλύτερο βαθμό αυτογνωσίας

Η συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας

Η διαμόρφωση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας απαιτεί την συνειδητοποίηση των επιλογών του επαγγελματία. Πάντα η εκπαίδευση θα διδάσκει το ορθό και το ιδεατό και θα συγκρούεται με τις πραγματικές απαιτήσεις της εργασίας.

Ο νοσηλευτής που είναι σε θέση να επεξεργαστεί αυτές τις αντιφάσεις θα έχει καταφέρει να χτίσει μια ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα. Ισχυρά μέσα για την επίτευξη αυτού του σκοπού αποτελούν η επιμόρφωση με ουσιαστικό περιεχόμενο και η εποπτεία.

Η επιμόρφωση τον βοηθάει να συνειδητοποιήσει την νοσηλευτική πρακτική και να οικοδομήσει την προσωπική του θεωρία. Η ομαδική εποπτεία τον βοηθάει να εκτονώσει έντονα συναισθήματα, να τα επεξεργαστεί, να συνειδητοποιήσει την εμπειρία του, να βάλει προτεραιότητες και να ανακαλύψει νέους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του. Η διαδικασία αυτή προλαμβάνει αλλά και θεραπεύει την επαγγελματική εξουθένωση.

7.2 Επίλογος

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

Ήταν σημαντικό να εξετάσω πώς επηρεάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό του χώρου που εργάζομαι από το σύνδρομο και να αναδείξω ποιοι παράγοντες του συγκεκριμένου εργασιακού χώρου το προκαλούν. Η έρευνα αυτή προσπάθησε να επιτελέσει το έργο της και απομένει η γνώση αυτή να χρησιμοποιηθεί για την μείωση των στρεσογόνων παραγόντων, για την διατήρηση της υγείας και ασφάλειας του νοσηλευτικού προσωπικού και για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

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

Χρειάζεται, όμως και ο νοσηλευτής να αλλάξει την σχέση του με την εργασία αλλά και τη συνολική στάση ζωής του. Ο νοσηλευτής πρέπει να αλλάξει τον τρόπο με τον

οποίο σχετίζεται με τους ασθενείς, να βελτιώσει τις σχέσεις με τους συναδέλφους και τους ανωτέρους, να επιδιώκει τη γνώση των αναγκών του και των ορίων του (αυτογνωσία), καθώς και τη γνώση των αναγκών και των συναισθημάτων των άλλων (ενσυναίσθηση).

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α
Ερωτηματολόγιο



ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ



Το ερωτηματολόγιο που κρατάτε στα χέρια σας είναι η πηγή για την άντληση πληροφοριών που αφορούν στην **επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων Νοσηλευτών και τις επιπτώσεις της στην σωματική και ψυχική τους υγεία**. Αποτελεί το μεθοδολογικό εργαλείο της μελέτης που πραγματοποιώ στα πλαίσια της

διπλωματικής μου εργασίας για το πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Διοίκηση της Υγείας», του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης, του Πανεπιστημίου Πειραιά.

Παρακαλώ, εάν θέλετε να συμμετάσχετε, απαντήστε **ΟΛΕΣ** τις παρακάτω ερωτήσεις με ειλικρίνεια και σύμφωνα με τις απόψεις που σας εκφράζουν καλύτερα.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και σας βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς της εργασίας μου. Εάν επιθυμείτε να σας κοινοποιήσω τα αποτελέσματα της έρευνας μπορείτε να μου στείλετε το email σας.

Ο χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι περίπου 15 λεπτά.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα διαθέσετε.

Δημητριάδου Χρυσή

Νοσηλεύτρια 4^{ης} πνευμονολογικής κλινικής Ν.Ν.Θ.Α. «Σωτηρία»

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Πανεπιστημίου Πειραιά

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6947864729

Email: dimitriadou_xrysa@hotmail.gr

ΑΘΗΝΑ

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2014

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

A. Κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία:

1.Φύλλο: Άνδρας Γυναίκα

2.Ηλικία:

3.Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α Συμβίωση

4.Αριθμός παιδιών:

Κανένα 1 2 3 4

5.Βασικός τίτλος πτυχίου

ΔΕ ΤΕΙ ΑΕΙ

6.Έχετε κάνει κάποια εκπαίδευση εκτός της βασικής;

Ειδικότητα Μεταπτυχιακό Διδακτορικό Εξειδίκευση

7.Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;.....

8.Χρόνια προϋπηρεσίας:

9.Τι σας οδήγησε στο επάγγελμα; (σημειώστε ένα ή περισσότερα)

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

Εάν απαντήσατε «άλλο», διευκρινίστε το: _____

B. Συνθήκες εργασίας:

10.Με πόσους ασθενείς ασχολείστε καθημερινά;

- 1-3 4-7 8 και άνω

11.Κατά μέσο όρο νυχτερινές βάρδιες το μήνα:

- 0 1-4 5-8 9 και άνω

12.Κατά μέσο όρο απογευματινές βάρδιες το μήνα:

- 0 1-4 5-8 9 και άνω

13.Είστε ικανοποιημένος από τις συνθήκες που αφορούν τον χώρο εργασίας σας; (υλικοτεχνική υποδομή, συνθήκες υγιεινής, φωτισμός, εξαερισμός, άνεση του χώρου κλπ.)

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

14.Είστε ικανοποιημένος από την αμοιβή σας;

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

15.Είστε ικανοποιημένος από το σχεδιασμό των αδειών/διακοπών σας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

16.Σας παρέχεται από την υπηρεσία σας επαρκής εκπαίδευση για τη θέση εργασίας σας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

17.Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό;

Ναι Όχι

18.Αισθάνεστε ασφάλεια και σταθερότητα στην εργασία σας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

19.Σας έχει εξηγηθεί κατανοητά ο ρόλος σας στο χώρο εργασίας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

20.Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας;

Ποτέ Σπάνια Συχνά Καθημερινά

21.Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις του προσωπικού;

Ναι Όχι

22.Θεωρείτε τη συνεργασία με τους συναδέλφους σας ικανοποιητική;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

23. Θεωρείτε τη σχέση με τους ανωτέρους σας ικανοποιητική;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

24.Αναγνωρίζεται η προσφορά σας στην εργασία από τους γύρω σας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

25.Υπάρχει ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής/οικογενειακής ζωής;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

26.Θέλετε να εγκαταλείψετε το επάγγελμά σας;

Ναι Όχι

27.Ποιές αλλαγές προτείνετε για την βελτίωση και αναβάθμιση του επαγγέλματός σας;

(Σημειώστε μέχρι τρεις απαντήσεις, τις πιο σημαντικές)

- Βελτίωση παρεχόμενης εκπαίδευσης
- Αύξηση οικονομικών αποδοχών
- Βελτίωση συνθηκών εργασίας
- Αύξηση αριθμού νοσηλευτών
- Μη άσκηση δραστηριοτήτων που δεν εμπίπτουν στα αμιγώς νοσηλευτικά καθήκοντα
- Απόκτηση εξειδίκευσης
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με την παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων
- Συμμετοχή των νοσηλευτών στα κέντρα λήψης αποφάσεων
- Κοινωνική καταξίωση
- Άλλο

Εάν απαντήσατε «άλλο», διευκρινίστε το:

Γ. Ερωτήσεις που αφορούν την υγεία:

1. Καπνίζετε;

Ναι

Όχι

2. Αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα;

3. Πίνετε αλκοόλ;

Ναι

Όχι

4. Πόσες μονάδες πίνετε κατά μέσο όρο εβδομαδιαίως;

(1 μονάδα αλκοόλ = 1 ποτήρι μπύρα ή 1 ποτήρι κρασί ή ½ ποτήρι ποτό)

5. Πόσο συχνά γυμνάζεστε το τελευταίο διάστημα;

3 φορές την εβδομάδα

1-2 φορές την εβδομάδα

Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα

Δεν γυμνάζομαι

6. Πόσες ημέρες αναρρωτική άδεια πήρατε τον τελευταίο χρόνο;

7. Κατά μέσο όρο πόσες ώρες κοιμάστε κάθε βράδυ;

8. Αισθανθήκατε ενόχληση ή πόνο στο στήθος σας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών;

Ναι

Όχι

9. Νιώσατε αρρυθμία κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών;

Ναι

Όχι

10. Έχετε υψηλή αρτηριακή πίεση;

Ναι

Όχι

11.Έχετε παρατηρήσει ερεθισμό ή φαγούρα στο δέρμα σας;

Ναι Όχι

12.Είχε εμφανίσει ποτέ το δέρμα σας αλλεργικό ερεθισμό μετά από στεναχώρια ή αναστάτωση;

Ναι Όχι

13.Αισθανθήκατε πόνο ή ενόχληση στη μέση ή στην σπονδυλική σας στήλη κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών;

Ναι Όχι

14.Έχετε συχνούς πονοκεφάλους;

Ναι Όχι

15.Έχετε παρατηρήσει μειωμένη ικανότητα στη σεξουαλική σας ζωή;

Ναι Όχι

16.Κουράζεστε εύκολα;

Ναι Όχι

17.Έχετε παρατηρήσει απώλεια μνήμης τους τελευταίους 6 μήνες;

Ναι Όχι

18.Έχετε γίνει πιο φιλάσθενος τους τελευταίους 6 μήνες;

Ναι Όχι

19.Έχετε παρατηρήσει αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης τους τελευταίους 12μήνες;

Ναι Όχι

20. Έχετε παρατηρήσει πόνο στο στομάχι ή καούρες τους τελευταίους 6 μήνες;

Ναι

Όχι

21. Έχετε παρατηρήσει αυξημένες τιμές σακχάρου στο αίμα τους τελευταίους 12 μήνες;

Ναι

Όχι

22. Έχετε παρατηρήσει απότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού σας βάρους τους τελευταίους 12 μήνες;

Ναι

Όχι

23. Σας έχει απασχολήσει ποτέ κάποιο αυτοάνοσο νόσημα;

Ναι

Όχι

24. Ποιά καινούργια φαρμακευτική αγωγή ξεκινήσατε τον τελευταίο χρόνο;

.....
.....

25. Δώστε την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε τις τελευταίες εβδομάδες:

1. Μπορέσατε να συγκεντρωθείτε σε αυτό που κάνατε.

Καλύτερα από το συνηθισμένο

Ίδιο ως συνήθως

Λιγότερο από ό,τι συνήθως

Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως

2. Δεν μπορέσατε να κοιμηθείτε λόγω ανησυχίας.
- Καθόλου
 - Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο
3. Νιώσατε ό,τι είστε χρήσιμος.
- Καλύτερα από το συνηθισμένο
 - Ίδιο ως συνήθως
 - Λιγότερο από ό,τι συνήθως
 - Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
4. Αισθανθήκατε ικανός να πάρετε αποφάσεις σχετικά με διάφορα πράγματα.
- Καλύτερα από το συνηθισμένο
 - Ίδιο ως συνήθως
 - Λιγότερο από ό,τι συνήθως
 - Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
5. Αισθανθήκατε συνεχώς υπό πίεση.
- Καθόλου
 - Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο
6. Αισθανθήκατε ότι δεν θα μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες.
- Καθόλου
 - Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
 - Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο
7. Αισθανθήκατε ικανός να απολαύσετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες.
- Καλύτερα από το συνηθισμένο
 - Ίδιο ως συνήθως
 - Λιγότερο από ό,τι συνήθως
 - Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
8. Αισθανθήκατε ικανός να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας.
- Καλύτερα από το συνηθισμένο
 - Ίδιο ως συνήθως
 - Λιγότερο από ό,τι συνήθως
 - Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως

9. Αισθανθήκατε δυστυχημένος ή κατάθλιψη.

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

10. Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας.

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

11. Αισθανθήκατε ό,τι δεν αξίζετε σαν άτομο.

- Καθόλου
- Όχι περισσότερο από το συνηθισμένο
- Μάλλον περισσότερο από το συνηθισμένο
- Πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο

12. Αισθανθήκατε χαρούμενος σε λογικά πλαίσια.

- Καλύτερα από το συνηθισμένο
- Ίδιο ως συνήθως
- Λιγότερο από ό,τι συνήθως
- Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως

Δ. Ερωτηματολόγιο εργασιακής εξουθένωσης

Κυκλώστε το νούμερο που ανταποκρίνεται καλύτερα στην κατάστασή σας αυτή τη στιγμή.

Ποτέ δε μου συμβαίνει 0 Λίγες φορές το χρόνο 1 1 φορά / μήνα ή λιγότερο 2 2-3 φορές το μήνα 3 1 φορά την εβδομάδα 4 Αρκετές φορές την εβδομάδα 5 Κάθε μέρα 6

	0	1	2	3	4	5	6
1.Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από την δουλειά μου.	0	1	2	3	4	5	6
2.Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάω από τη δουλειά .	0	1	2	3	4	5	6
3.Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά.	0	1	2	3	4	5	6
4.Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.	0	1	2	3	4	5	6
5.Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.	0	1	2	3	4	5	6
6.Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα.	0	1	2	3	4	5	6
7.Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.	0	1	2	3	4	5	6
8.Νιώθω εξουθενωμένος/η από την δουλειά μου.	0	1	2	3	4	5	6
9.Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.	0	1	2	3	4	5	6
10.Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	0	1	2	3	4	5	6
11.Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/η.	0	1	2	3	4	5	6
12.Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα.	0	1	2	3	4	5	6
13.Νιώθω απογοητευμένος/η από την δουλειά μου.	0	1	2	3	4	5	6
14.Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.	0	1	2	3	4	5	6
15.Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου.	0	1	2	3	4	5	6
16.Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους.	0	1	2	3	4	5	6
17.Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.	0	1	2	3	4	5	6
18.Στο τέλος της μέρας έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.	0	1	2	3	4	5	6

19.Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.	0	1	2	3	4	5	6
20.Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια...νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.	0	1	2	3	4	5	6
21.Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά.	0	1	2	3	4	5	6
22.Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους.	0	1	2	3	4	5	6

Copyright © 1991 Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Μόνος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Έγκριση ερευνητικής εργασίας



"Η ΣΩΤΗΡΙΑ"

Λ. Μεσογείων 152, 11527

ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΡΟΠΟΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΤΗΛ: 210 7770487, ΕΣΩΤ:3651

FAX: 210 7788055

E-mail:synekp@sotiria.gr

Αθήνα:

Αριθμ. Πρωτ.:

901-15

1324

ΠΡΟΣ: Την κ. Χρυσή Δημητριάδου, κλάδου ΤΕ Νοσηλευτριών, μόνιμη υπάλληλο του Νοσοκομείου μας

- ↓ Επιστημονικό Συμβούλιο
- ↓ Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
- ↓ Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Διεύθυνσης

ΘΕΜΑ: «Έγκριση ερευνητικής εργασίας»

ΣΧΕΤ: Το υπ` αριθμ. 33/11-12-14 (θέμα 4^ο) απόσπασμα πρακτικών του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας

Σας γνωρίζουμε ότι το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας (Συνεδρίαση 33/11-12-14, Θέμα 4^ο) μετά από θετική εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας (υπ` αριθμ. πρωτ. 37594/11-11-14 έγγραφο Επιστημονικού Συμβουλίου) ενέκρινε την ερευνητική εργασία με τίτλο: «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΕΛΛΗΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΤΟΥΣ ΥΓΕΙΑ», η οποία θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια μεταπτυχιακής εργασίας, από εσάς με επιβλέπουσα την Καθηγήτρια κ. Χατζηδήμα Σταματίνα.

Καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας θα διατηρηθούν η ανωνυμία, το απόρρητο η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, χωρίς να επιβαρυνθεί το Νοσοκομείο μας με οιονδήποτε τρόπο, δηλαδή χωρίς απασχόληση προσωπικού και χωρίς οικονομική επιβάρυνση.

Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΒΑΣΙΛΙΚΗ – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΓΚΟΓΚΟΖΩΤΟΥ



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αδαλή, Ε. (1999)**, *Συγκριτική Μελέτη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης Νοσηλευτών σε Παθολογικά Τμήματα ΜΕΘ και Τμήματα Επειγουσών Περιπτώσεων*, Διδακτορική Διατριβή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
- Αδαλή, Ε. (2000)**, *Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών. Έννοια, Συνιστώσες, Συνέπειες*, Νοσηλευτική, 3, 292-297.
- Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ. (2001)**, *Παράγοντες που Συμβάλλουν στην Εμφάνιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης των Νοσηλευτών*, Νοσηλευτική, 2, 15-22.
- Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Πλατή, Χ. (2000)**, *Επίδραση Δημογραφικών και Επαγγελματικών Χαρακτηριστικών των Νοσηλευτών στην Εμφάνιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης*, Νοσηλευτική, 4, 313-324.
- Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Ευαγγέλου, Ε., Υφαντή, Μ., Μουγιά, Β. (2002)**, *Επαγγελματική Εξουθένωση και Εργασιακό Περιβάλλον Ψυχιατρικού Νοσηλευτικού Προσωπικού*, Νοσηλευτική, 1, 105-114.
- Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ., Πιλάτης, Ι. (2010)**, *Επαγγελματική Εξουθένωση και Ικανοποίηση από την Εργασία του Ιατρικού Προσωπικού Δημόσιου Νοσοκομείου των Αθηνών*, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 131, 109-136.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ. (1992)**, *Παραγοντική Σύθεση και Εσωτερική Συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Δείγμα Νοσηλευτριών*, Ψυχολογικά Θέματα, 5 (3), 183-202.
- Ανδριώτη, Δ. (1998)**, *Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα.
- Αντωνίου, Σ. (2002)**, *Πηγές Εργασιακού Στρες*, Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας, Αθήνα.
- Αντωνίου, Σ. (2003)**, *Σύγχρονα Θεωρητικά Μοντέλα Στρες και Ενδεχόμενες Συνέπειες Εργασιακών Στρεσογόνων Παραγόντων*, Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, 13, 11-24.
- Αντωνίου, Α.Σ (2006)**, *Εργασιακό Στρες*, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα.

- Αντωνίου, Α., Τζαράβα, Χ. (2005),** *Ψυχοσωματική Υγεία και Εργασιακό Stress των Εργαζομένων σε Ελληνικά Νοσοκομεία*, Νέα Υγεία, 47, 8.
- Beck, J.S. (2000),** *Εισαγωγή στην Γνωσιακή Θεραπεία*, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
- Βασιλάκη, Ε., Τριλίβα, Σ., Μπεζεβέγκης, Η. (2001),** *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Γαλανάκης, Μ. (2012),** *Εργασιακή Ψυχολογία*, Εκδόσεις Σταμούλη, Πειραιάς.
- Cooper, C., Cooper, R., Eaker, L. (2002),** *Ζώντας με το στρες*, Παρισιάνος, Αθήνα.
- Δεληγά, Μ., Τούκα, Δ., Σπυρούλη, Α., (2012),** *Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας*, 50, 5-12.
- Δημητρόπουλος, Χ., Φιλίππου (2008), Ν.,** *Η Επαγγελματική Εξουθένωση στο Χώρο της Υγείας*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5), 642-647.
- Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (2000),** *Βασικές Αρχές Διοίκησης – Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, ΕΑΠ, Πάτρα.
- DiMatteo, M.R., Martin, L.R. (2006),** *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Goleman, D.H. (1998),** *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Goleman, D.H. (2000),** *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στο Χώρο Εργασίας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Ζαβλάνος, Μ. (2006),** *Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα*, Εκδόσεις Σταμούλη, Πειραιάς.
- Janeau, C. (1996),** *Η Έρευνα με Ερωτηματολόγιο, Τυπωθήτω-Γ. Δαρδάνος*, Αθήνα
- Καδδά, Α.(2005),** *Τρόποι Διαχείρισης του Stress των Επαγγελματιών Υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία*, Επιθεώρηση Υγείας, 16, 23-26.
- Καλαντζή, Φ. (2007),** *Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε τρία Δημόσια Ελληνικά Νοσοκομεία*, Διπλωματική Εργασία , Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών “Οργανωτική και Οικονομική Ψυχολογία”, Αθήνα.
- Καλπάκογλου, Θ. (1997),** *Άγχος και Πανικός: Γνωσιακή Θεωρία και Θεραπεία*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κανελλόπουλος, Χ. (1991),** *Αποτελεσματική Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Ιδιωτική Έκδοση 6, Αθήνα.

- Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ., Μόσχος, Ν.(2004),** *Το Φαινόμενο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης “Burnout Syndrome” στο Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας*, Νοσηλευτική, 43(1), 116-125.
- Καντάς, Α. (1992),** *Η Επαγγελματική Ικανοποίηση των Εκπαιδευτικών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης*, Νέα Παιδεία, 30-43.
- Καντάς, Α. (1996),** *Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Εκπαιδευτικούς και στους Εργαζόμενους σε Επαγγέλματα Υγείας και Πρόνοιας*, Ψυχολογία, 3(2), 71-85.
- Καντάς, Α. (1998),** *Οργανωτική και Βιομηχανική Ψυχολογία*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κοϊνης, Α., Τζιαφέρη, Σ., Σαρίδη, Μ. (2014),** *Προβλήματα Ψυχικής Υγείας στους Επαγγελματίες Υγείας*, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6 (1), 8-17.
- Λιαρόπουλος, Α. (2001),** *Η Αγορά Στελεχών και τα Δημόσια Νοσοκομεία*, Επιθεώρηση Υγείας, 12 (69), 58.
- Λώλης, Δ.Ε. (2001),.** *Υπογεννητικότητα*, Παρισιάνος, Αθήνα.
- Μαντά, Ν., Ντάνου, Α. (1994),** *Μεθοδολογία Εκπόνησης Πτυχιακών Εργασιών*, Εκδόσεις Σύγχρονη Εκδοτική, Αθήνα.
- Μαρβάκη, Χ., Δημουλά, Υ., Καμπισιούλη, Ε., Χριστοπούλου, Ι., Βασταρδής, Λ., Γουρνή, Ι., Καλογιάννη, Α. (2007),** *Η Επίδραση του Επαγγέλματος στη Ζωή του Νοσηλευτικού Προσωπικού*, Νοσηλευτική, 46(3), 406-413.
- Μάρκοβιτς, Γ., Μοναστηρίδου, Σ. (2011),** *Παρακίνηση του Νοσηλευτικού Προσωπικού και Πλαίσιο Ρεαλιστικών Κινήτρων σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο*, Το Βήμα του Ασκληπιού, 10(4), 502-514.
- Μισουρίδου, Ε. (2009),** *Η Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική*, Νοσηλευτική, 48(4), 358-366.
- Μιχαλοπούλου, Α. (2003),** *Το Άγχος των Νοσηλευτών που Εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών*, Νοσηλευτική, 42, 293-298.
- Montana, P., Charnov, B. (1993),** *Μάνατζμεντ*, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
- Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Κούβελα, Θ.Ο. (2010),** *Η Χαμηλή Κοινωνική Αναγνώριση του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος ως Παράγοντας Εργασιακού Στρες του Νοσηλευτικού Προσωπικού*, hugeia@εργασία, 1(2), 65-76.

- Μπάμπαλου, Χ., Θανασιάς, Ε., Μακρόπουλος, Β. (2012),** *Επαγγελματικό Στρες: Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες Κινδύνου και Παρεμβάσεις*, *hygeia@εργασία*, 3(3), 145-174.
- Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., Νιάκας, Δ. (2007),** *Διερευνώντας την Επίδραση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των Ελλήνων Νοσηλευτών*, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (1), 75-84.
- Μπουραντάς, Δ. (2005),** *Ηγεσία: Ο Δρόμος της Διαρκούς Επιτυχίας*. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Μπουραντάς, Δ., Παπαλεξανδρή, Ν. (2003),** *Εισαγωγή στη Διοίκηση Επιχειρήσεων*, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Νιάκας, Δ. (1994),** *Η Αγορά Εργασίας του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος στην Ελλάδα*, στο Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου, Χ. (επιμ.): *Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και Προοπτικές*, Ακαδημία Επαγγελματών Υγείας, 25-40.
- DiMatteo, M. R., Martin L.R. (2006).** *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. (Επιμ. Φ. Αναγνωστόπουλος & Γ. Ποταμιάνος), Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Ξηροτύρη-Κουφίδου, Σ. (1997),** *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων: Η Πρόκληση του 21^{ου} αιώνα στο Εργασιακό Περιβάλλον*, Εκδόσεις Ανίκουλα, Αθήνα.
- Ξηροτύρη-Κουφίδου, Σ. (2001),** *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Εκδόσεις Ανίκουλα, Αθήνα.
- Παπαγεωργίου, Δ., Καραμπέτσου, Μ., Νικολακάκου, Χ., Παυλάκου, Ν. (2007),** *Επίπεδα Άγχους και Αυτοεκτίμησης Νοσηλευτών που Εργάζονται σε Δημόσια Νοσοκομεία*, *Νοσηλευτική*, 46(2), 237-245.
- Παπαδάτου, Δ. και συν.,** *Διερεύνηση Παραγόντων που Συμβάλουν στην Ανάπτυξη της Επαγγελματικής Κόπωσης στην Νοσηλευτική Ογκολογία*. 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολόγων. Αθήνα, 1992.
- Παπαδάτου, Δ. Αναγνωστόπουλος, Φ. (1994),** *Επαγγελματική Εξουθένωση. Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Παπαδόπουλος, Α., Οικονομάκης, Ε., Φρυδάς, Α., Κοντοδημόπουλος, Ν., Νιάκας, Δ. (2004),** *Είναι Αναγκαία μια Πολιτική Ανθρώπινων Πόρων για το Νοσηλευτικό Προσωπικό στη Βάση των Θεωριών Υποκίνησης; Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*, Εκδόσεις MediForce, Αθήνα.

- Παπαδοπούλου, Κ., Χριστογιώργος, Σ., Ζαχαρίας, Β., Τσιαντής, Ι. (1997),** *Ανάγκες Υποστήριξης και Επαγγελματική Εξουθένωση του Προσωπικού. Η Εμπειρία των Εργαζομένων στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις»,* Τετράδια Ψυχιατρικής, 57, 84-89.
- Παπαθανασίου, Ι. (2012),** *Αξιολόγηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας και Ψυχικής Υγείας,* Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή.
- Παπαλεξανδρή, Ν., Μπουραντάς, Δ. (2002),** *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων,* Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Πατεράκη, Α, Πανταζής, Ι., Ιακωβίδης, Α., Ιεροδιακόνου, Χ. (1995),** *Επαγγελματική Κόπωση Νοσηλευτών: Αίτια, Πρόληψη και Αντιμετώπιση,* Νοσηλευτική, 1, 28-39.
- Πετρίδου, Ε. (1998),** *Διοίκηση Μάνατζμεντ,* Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη.
- Ποταμιάνος, Γ.Α. (2002),** *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική,* Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Robin, M., Leslie R.M. (2006),** *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας,* Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος, Γ. (2006),** *Εργασιακό Στρες και Ικανοποίηση Εργαζομένων Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Δημόσιων Νοσοκομείων Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας,* Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ, Σχολή Κοινωνικών Υπηρεσιών, Πρόγραμμα: Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρα.
- Σιουρούνη, Ε., Θεοδώρου, Μ., Χόνδρος, Π. (2006),** *Διερεύνηση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Νοσηλευτικό Προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης,* Επιθεώρηση Υγείας, 17, 31-35.
- Σταυριανόπουλος & συν (2011),** *Ο Νοσηλευτής ως Επάγγελμα και η Ψυχική του Υγεία,* Το Βήμα Του Ασκληπιού, 10(1), 118-133.
- Σταυροπούλου – Κελέση, Μ., Σταυροπούλου, Μ. (2010),** *Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού στον Υγειονομικό Τομέα,* Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(3), 280-301.
- Σταύρου, Σ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (2005),** *Επαγγελματική Εξουθένωση του Προσωπικού του ΕΚΑΒ και Ικανοποίηση των Διακομιζόμενων Ασθενών,* Επιθεώρηση Υγείας, 16, 11-25.

- Στεφανίδου, Α., Βάρβογλη, Α., Λειβαδίτης, Μ., Αργυροπούλου – Πατάκα, Π (2010), *Η Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση του Εργασιακού Stress στους Επαγγελματίες Υγείας*, Νοσηλευτική, 49(4), 364-376.**
- Swansburg, C.R., Swansburg, J.R. (1999), *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία*, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.**
- Τερζίδης, Κ., Τζωρτζάκης, Κ. (2004), *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Εκδόσεις Rosili, Αθήνα.**
- Τζόουνς, Χ. (1999), *Υπεραπασχόληση και Άγχος*, Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα.**
- Τούντας, Γ. (1999), *Οι Επιπτώσεις του Στρες στην Υγεία*, Νέα Υγεία, 24, 9-13.**
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα “Υγεία – Πρόνοια 2000-2006, *Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο*. Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης “ΨΥΧΑΡΓΟΣ – Β ΦΑΣΗ, Αθήνα.**
- Χαραλαμπίδου, Ε. (1996), *Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο Χώρο του Νοσοκομείου*, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.**
- Χυτήρης Α. (2001), *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Εκδόσεις Interbooks.**

Ξενόγλωσση

- Adams, J.S. (1965)**, *Inequality in Social Exchange in Advances in Experimental Psychology*, L. Berkowitz (ed.), Academic Press, New York, NY.
- Ader, R., Cohen, N. (1975)**, *Behaviorally Conditioned Immuno- Suppression*, *Psychosomatic Med*, 37, 333-340.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.S., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002)**, *Hospital Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Satisfaction*, *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Alderfer, CP., (1969)**, *An Empirical Test of a New Theory of Human Needs*, *Organizational Behavior and Human Performance*, 4, 142-175.
- Alexopoulos, E.C., Burdorf, A., Kalokerinou, A. (2003)**, *Risk Factors for Musculoskeletal Disorders among Nursing Personnel in Greek Hospitals*, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 76(4), 289-294.
- Antoniou, A.S. (1999)**, *Personal Traits and Professional Burnout in Health Professionals*, *Archives of Hellenic Medicine*, 16(1), 20-28.
- Antoniou, A.S., Antonodimitrakis, P. (2001)**, *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.
- Antoniou, A.S., Davidson, M.J., Cooper, C.L. (2003)**, *Occupational Stress, Job Satisfaction and Health State in Male and Female Junior Hospital Doctors in Greece*, *Journal of Managerial Psychology*, 18, 592-621.
- Antoniou, A. Tzavara, C. (2005)**, *Psychosomatic Health and Stress at Work of Workers in Greek Hospitals*, *New Health*, 47-48.
- Anthony, J. (1991)**, *Psychological Aspects of Exercise*, *Clinics in Sports Medicine*, 10, 171-180.
- Arnold, J., Cooper, C., Robertson, I.T. (1995)**, *Work Psychology: Understanding Human Behavior in the Work Place*, Pitman, London.
- Baker, D.B. (1985)**, *The Study of stress at Work*, *Annual Review of Public Health*, 6, 367-381.

- Bakker, A.B., Shaufeli, W.B., Sixma, H.J. (2000)**, *Patient Demands, Lack of Reciprocity and Burnout: A Five-Year Longitudinal Study among General Practitioners*, *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. (2007)**, *The Job Demands-Resources Model: State of the Art*, *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Bartlet, K.R., Kang, D.S. (2004)**, *Training in Organizational Commitment in Response to Industry and Organizational change in New Zealand and the United States*, *Human Resource Development International*, 7(4), 423-440.
- Beck, S.J. (2000)**, *Εισαγωγή στη Γνωσιακή Θεραπεία*, Εκδόσεις Πατάκη.
- Bennett, S., Plint, A., Clifford, T.J. (2005)**, *Burnout, Psychological Morbidity, Job Satisfaction and Stress: a Survey of Canadian Hospital Based Child Protection Professionals*, *Archives of Disease in Childhood*, 90, 1112-1116.
- Benson, H., Klipper, M. (1975)**, *The Relaxation Response*, Harper Collins Publishers, New York.
- Bernardi, M., Catania, G., Marceca, F (2005)**, *The World of Nursing Burnout. A Literature Review*, *Prof Inferm.* 58(2), 75-79.
- Blumenthal, S., Lavender, T., Hewson S. (1998)**, *Role Clarity, Perception of the Organization and Burnout amongst Support Workers in Residential Homes for People with Intellectual Disability: A Comparison between a National Health Service Trust and a Charitable Company*, *Journal of Intellectual Disability Research*, 42 (5), 409-417.
- BNA Policy and Practice Series (1996-1999)**, *Counseling and Employee Assistance Programs*, Washington DC, Bureau of National Affairs.
- Boles, J. Dean, D., Ricks, J., Short, J., Wang, G (2000)**, *The Dimensionality of the Maslach Burnout Inventory across Small Business Owners and Educators*, *Journal of Vocational Behavior*, 56(1), 12-34.
- Bortner, R.W. (1969)**, *A Sort Rating Scale as a Potential Measure of Pattern A Behavior*, *Journal of Chronic Diseases*, 22, 87-91.
- Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A.C., Brunner, E., Stansfield, S.A.(1997)**, *Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in Whitehall II Study*, *British Medical Journal*, 314, 558-565.
- Brent, G.A.(2008)**, *Clinical Practice: Grave's Disease*, *New England Journal of Medicine*, 358, 2594-2605.

- Brezniak, N., Ben, Ya'lr S. (1989),** *Patient Burnout Behavior of Young Adults Undergoing Orthodontic Treatment*, *Stress Med*, 5, 183-187.
- Buchan, J. (2004),** *What Difference Does ("good") HRM Make?*, *Human Resources for Health*, 2-6.
- Buckley, M.R., Carragher, S.M., Cote, J.A. (1992),** *Measurement Issues Concerning the Use of Inventories of Job-Satisfaction*, *Educational and Psychological Measurement*, 52(3), 529-543.
- Burke, R.J., Deszca, E. (1986),** *Correlates of Psychological Burnout Phases among Police Officers*. *Human Relations*, 39, 487-502.
- Burke, R.J., Shearer, J., Deszca, G. (1984),** *Correlates of Burnout Phases among Police Officers*, *Group & Organization Studies*, 9, 451-466.
- Burke, R., Richardsen, A. (1993),** *Psychological Burnout in Organizations*, *Handbook of Organizational Behavior*, 263-298, New York.
- Burke, R.J., Richardsen, A.M. (1996),** *Stress, Burnout and Health*, *Medicine and Health*, 101-117.
- Caplan, R.D., Cobb, S., French, J.R., Van Harrison, R., Pinneau, S.R. (1975),** *Job Demands and Worker Health: Main Effects and Occupational Differences*, *National Institute for Occupational Safety and Health*, 75-160.
- Chandola, T., Bartley, M., Sacker, A. et al., (2003),** *Health Selection in the Whitehall II Study*, *UK, Social science and medicine (1982)*, 56(10), 2059-2072.
- Chandola, T., Brunner, E., Marmot, M. (2006),** *Chronic Stress at Work and the Metabolic Syndrome: Prospective Study*, *British Medical Journal*, 332, 521-525.
- Chang, E.M., Daly, J., Hancock, K.M. (2006),** *The Relationships among Workplace Stressors, Coping Methods, Demographic Characteristics and Health in Australian Nurses*, *Journal of Professional Nursing*, 22, 30-38.
- Chemiss, C. (1980),** *Professional Burnout in Human Nurses Organizations*, Praeger, New York.
- Cherniss, C. (1980),** *Staff Burnout – Job Stress in the Human Services*, Sage publications, *Sage Studies in Community Mental Health*, 2, 11-191.
- Claus, K.E., Bailey, J.T. (1980),** *Living with Stress and Promoting Well-Being: A Handbook for Nurses*, Mosby.

- Claxton, R.P., Catalan, J., Burgess, A.P. (1998),** *Psychological Distress and Burnout among Buddies: Demographic, Situational and Motivational Factors*, AIDS Care, 10 (2), 175-190.
- Cohen, S. (1996),** *Psychological Stress, Immunity, and Upper Respiratory Infections*, American Psychological Society, 5(3), 86-90.
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S., Gwaltney, J.M.Jr. (1998),** *Types of Stressors that Increase Susceptibility to the Common Cold in Healthy Adults*, Health Psychology, 17, 214-223.
- Conti,C.M., Angelucci, D., Ferri, M., Maccauro, G., Caraffa, A., Doyle, R., Fuicheri, M., Cianchutti, E. (2011),** *Relationship between cancer and Psychology: an Updated History*, Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents, 25(3), 331-339.
- Cooper, C.L. (1983),** *Identifying Stressors at Work: Recent Research Developments*, Journal of Psychosomatic Research, 27(5), 369-376.
- Cooper, C.L. (1985),** *The Stress of Work: an Overview*, Aviation Space and Environmental Medicine, 56(7), 627-632.
- Cooper, C. (2001),** *The Differential Psychology Section*, The Psychologist, 14(1), 15-16.
- Cooper, C. (2001),** *The Art of Nursing: A Practical Introduction*, W. B. Saunders, Philadelphia.
- Cooper, C., Payne, R. (1988),** *Causes Coping and Consequences of Stress at Work*, St Edmunds bury Press, Great Britain.
- Cooper, C.L., Liukkonen, P., Cartwright, S. (1996),** *Stress Prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits to Organizations*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Cooper T.G, Bjorndahl L., Vreeburg J., Nieschlag E. (2002),** *Semen Analysis and External Quality Control Schemes for Semen Analysis Need Global Standardization*. International Journal Androl, 25, 306-311.
- Cordes, C.L., Dougherty, T.W. (1993),** *A Review and Integration of Research on Job Burnout*, Academy of Management Review, 18, 621-656.
- Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R., Thomson, L., Rial-Gonzales, E. (2000),** *Organizational Interventions for work Stress: A Risk Management Approach*, HSE Books, Sheffield.

- Cronin - Stubbs, D., Rooks, C.A. (1985),** *The Stress, Social Support and Burnout of Critical Care Nurses. The Result of Research*, Heart and Lung, 14(1), 31-39.
- Cross, D.G., Fallon, A. (1985),** *A Stressor Comparison of Four Specialty Areas*, Journal of Advanced Nursing, 2(3), 24-38.
- Cushway, D. (1992),** *Stress in Clinical Psychology Trainers*, British Journal of Clinical Psychology, 31, 169-179.
- Darley, M.A. (1995),** *Clinical Supervision: The View from the Top*, Nursing Management, 2(3), 14-15.
- Dekker, S.W.A., Schaufeli, W.B. (1995),** *The Effects of Job Insecurity on Psychological Health and Withdrawal: A Longitudinal Study*, Australian Psychologist, 30(1), 57-63.
- De Mense, K. P. (1985),** *A Compendium of Frequently Used Measures in industrial-organizational psychology*, The Industrial – Organizational Psychologist, 23, 53-59.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2001),** *The Job Demands-Resources Model of Burnout*, Journal of Applied Psychology, 86, 499-512.
- Demerouti, E., Bakker, A.B. (2008),** *The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement*, In J. Halbesleben (Ed.), *Stress and burnout in health care*, Nova Sciences, 65-78.
- Demir A, Ulosoy M., Ulosoy M.F., (2003).** *Investigation of Factors Influencing Burnout Levels in the Professional and Private Lives of Nurses*, International Journal of Nursing Studies, 40(8), 807-827.
- Drucker, P. (1982),** *The Practice of Management*, Harper & Row, New York.
- Edelwich, J., Brodsky, A. (1980),** *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, Human Services Press, New York.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D. (2000),** *Stress and Burnout in Community Mental Health Nursing: A Review of the Literature*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7, 7-14.
- Elkin, A.J., Rosch, P.J. (1990),** *Promoting Mental Health at the Workplace: the Prevention Side of Stress Management*, Occupational Medicine, 5(4), 739-754.
- Ellis, A. (1974),** *Humanistic Psychotherapy*, Sagarin edition, New York.

- Engelbrecht, S. (2006)**, *Motivation and Burnout in Human Service Work. The Case of Midwifery in Denmark*, National Institute of Occupational Health, Copenhagen.
- English, E., Baker, T. (1983)**, *Relaxation Training and Cardiovascular Response to Experimental Stressors*, *Health Psychology*, 2(3), 239-259.
- European Agency for Safety and Health at Work (2009)**, *OSH in Figure: Stress at Work – Facts and Figures*, European Risk Observatory Report, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Evans, B.K., Fischer, D.G. (1993)**, *The Nature of Burnout: A Study of the Three-Factor Model of Burnout in Human Service and non-Human Service Samples*, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 29-38.
- Fagin, L., Carson, J., Leary, j., et al (1996)**, *Stress, Coping and Burnout in Mental Health Nurses: Findings from Three Research Studies*, *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 102-111.
- Fallowfield L, Jenkins V. (1999)**, *Effective Communication Skills are the Key to Good Cancer Care*, *European Journal of Cancer*, 35(11), 1592-1597.
- Fernet, C., Senécal, C., Guay, F. (2008)**, *La perception d'efficacité des enseignants: Validation canadienne-française du "Classroom and School Context Teacher Self-Efficacy Scale"*, Paper presented at the 27th Congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (SQRP), Québec, Canada.
- Ferracci, F., Moretto, G., Candeago, R.M., Cimini, N., Conte, F., Gentile, M., (2003)**, *Antithyroid Antibodies in the CSF: their Role in the Pathogenesis of Hashimoto's Encephalopathy*, *Neurology*, 60, 712-714.
- Firth-Cozens, J. (1997)**, *Interventions to Improve Physicians' Well-Being and Patient Care*, *Social Science & Medicine*, 52(2), 215-222.
- Firth-Cozens, J., Payne, R. (1999)**, *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions*, John Wiley & Sons Ltd, UK.
- Fletcher, C. (2001)**. *Performance Appraisal and Management: The Developing Research Agenda*, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 473-487.
- Franco, L.M., Benett, S., Kanfer, R., et al (2004)**, *Determinants and Consequences of Health Worker Motivation in Hospitals in Jordan and Georgia*, *Social Science & Medicine*, 58, 343-355.

- Freud, A. (2007)**, *The Ego and the Mechanisms of Defence*, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Freudenberger, H.J. (1974)**, *Staff Burnout*, *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166.
- Freudenberger, H.J. (1975)**, *The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions*, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 73-82.
- Freudenberger, H.J., North, G. (1987)**, *Women's Burnout*, Penguin, USA.
- Friedman, M., Rosenman, R.H. (1959)**, *Association of Specific Overt Behavior Pattern with Blood and Cardiovascular Findings*, *J Am Med Association*, 169, 1286-1296.
- Friedman, M., Rosenman, R.H. (1971)**, *Type a Behavior Pattern: it's Association with Coronary Heart Disease*, *Annals of Clinical Research*, 3(6), 300-310.
- Friedman, M. (1996)**, *Type A Behavior: Its Diagnosis and Treatment*, Plenum Press (Kluwer Academic Press), New York.
- Gerits, L., Derksen, J.J.L., Verbruggen, A.B. (2004)**, *Emotional Intelligence and Adaptive Success of Nurses Caring for People with Mental Retardation and Severe Behavior Problems*, *Mental Retardation*, 42(2), 106-121.
- Glaser, R., Rise, J., Speicher, C.E., Stout, J.C., Kiecott-Glaser, J.K. (1986)**, *Stress Depresses Interferon Production by Leukocytes Concomitant with a Decrease in Natural Killer Cell Activity*, *Behavioral Neuroscience*, 100, 675-678.
- Griffith, J., Steptoe, A., Cropley, M. (1999)**, *An Investigation of Coping Strategies Associated with Job Stress in Teachers*, *British Journal Educational Psychology*, 69, 517-531.
- Griscti, O., Jacono, J. (2006)**, *Effectiveness of Continuing Education Programs in Nursing: Literature Review*, *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 449-456.
- Godfrey, M.A. (1978)**, *Job Satisfaction—or Should that be Dissatisfaction?* *Nursing*, 78(8), 89-105.
- Goldberg, D.P., Williams, P. (1988)**, *A user's guide to the General Health Questionnaire*, Windsor, UK: NFER – Nelson.
- Gomez, J.S., Michaelis, R.C. (1995)**, *The Assessment of Burnout in Human Service Providers*, *Journal of Rehabilitation*, 61(1), 23-26.
- Grunfeld, E., Whelan, T.J., Zitzelsberger, L. (2000)**, *Cancer Care Workers in Ontario: Prevalence of Burnout, Job Stress and Job Satisfaction*, *Canadian Medical Association CMAJ*, 163(2), 166-169.

- Hallqvist, J., Diderichsen, F., Theorell, T., Reuterwal, C., Ahlbom, A. (1998),** *Is the Effect of Job Strain on Myocardial Infraction Risk Due to Interaction Between High Psychological Demands and Low Decision Latitude? Results from the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP)*, *Social Science & Medicine*, 46, 1405-1414.
- Handy, J.A. (1988),** *Theoretical and Methodological Problems within Occupational Stress and Burnout Research*, *Human Relations*, 41, 351-365.
- Handy, C.B. (1988),** *Understanding Voluntary Organizations*, Penguin, USA.
- Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A., Burnard, P. (2000),** *Burnout in Mental Health Nurses: Findings from all-Wales Stress Study*, *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 7(2), 127-134.
- Hellgren, J., Sverke, M., Isaksson, K. (1999),** *A Two-Dimensional Approach to Job Insecurity: Consequences for Employee Attitudes and Well-Being*, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(2) 179-195.
- Herbert, B. (1975 & 2001),** *The Relaxation Response*, Harper Collins, USA.
- Herzberg, F. (1968),** *One More Time: How Do You Motivate Employees?* *Harvard Business Review*, 46(1), 53-62.
- Hochwalder, J., Brucefors, A.B. (2005),** *Psychometric Assessment of a Swedish Translation of Spreitzer's Empowerment Scale*, *Scandinavian Journal of Psychology* 46(6), 521-529.
- Huczynski, A., Buchanan, D.A. (2007),** *Organizational Behavior: an Introductory Text*, Prentice-Hall.
- Hughes, R.E. (2001),** *Deciding to Leave but Staying: Teacher Burnout, Precursors and Turnover*, *Journal of Human Resource Management*, 12(2), 288-298.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K., Moysidou, C., Ierodiakonou, C. (1997),** *Burnout in Nursing Staff: a Clinical Syndrome Rather than a Psychological Reaction?* *General Hospital Psychiatry*, 19, 419-428
- Iakovides, A., Fountoulakis, K.N., Moysidou, C. et al (1999),** *Burnout in Nursing Staff: is there a Relationship between Depression and Burnout?* *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(4), 421-433.

- Iakovides, A., Fountoulakis, K.N., Kaprinis, S., Kaprinis, G. (2003),** *The Relationship between Job Stress, Burnout and Clinical Depression*, Journal of Affective disorders, 75, 209- 221.
- Jackson, C. (2007),** *The General Health Questionnaire*, Occupational Medicine, 57(1), 79.
- Jackson, S., Schwab, R., Schuler, R. (1986),** *Toward an Understanding of the Burnout Phenomenon*, Journal of Applied Psychology, 71(4), 630-640.
- Jaffe, T.D., Scott, D.C. (1984),** *From Burnout to Balance: A Workbook for Peak Performance and Self-Renewal*, McGraw - Hill, New York.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. Patel, V. (2005),** *Mental Health Promotion Works: a Review*, Promotion & Education, 2, 9-25.
- Jansen, G.M.P. (1996),** *The Effects of Job Characteristics and Individual Characteristics on Job Satisfaction and Burnout in Community Nursing*, International Journal of Nursing Studies, 33(4), 407-421.
- Janssen, O., van de Vliert, E., West, M. (2004),** *The Bright and Dark Sides of Individual and Group Innovation*, Journal of Organizational Behavior, 25, 129-145.
- Jayaratne, S., Chess, W.A. (1984),** *The Effects of Emotional Support on Perceived Job Stress and Strain*, Journal of Applied Behavioral Science, 20, 141-150.
- Jenkins, R., Elliot, P (2004),** *Stressors, Burnout and Social Support: Nurses in Acute Mental Health Settings*, Journal of Advance Nursing, 48(6), 622-631.
- Johnson, J.V., Hall, E.M. (1988),** *Job Strain, Work Place Social Support and Cardiovascular Disease: A Cross Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population*, American Journal of Public Health, 78, 1336-1342.
- Jones, J.W.(1980),** *Preliminary Test Manual for the Staff Burnout Scale for Health Professionals*, House Management Consultants Inc, Illinois, London.
- Jones, J.W., Barge, B.N., Steffy, B.D., Fay, L.M., Kunz, L.K., Wuebker, L.J. (1998),** *Stress and Medical Malpractice: Organizational Risk Assessment and Intervention*, Journal of Applied Psychology, 73(4), 727-735.
- Justice, B., Gold, R.S., Klein, J.P. (1981),** *Life Events and Burnout*, Journal of Psychology, 108, 219-226.

- Kandri, T., Kalemi, G., Moschos, N. (2004)**, *The Phenomenon of Burnout, "Burnout Syndrome" in the Medical-Nursing Staff Trauma Units of GH Nice*, Nursing, 43(1), 116-125.
- Karasek, R. (1979)**, *Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign*, Administrative Science Quarterly, 24, 285-308.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990)**, *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction on working Life*, Basic Books, New York.
- Kilfedder, C.J., Power, K.G., Wells, T.J. (2001)**, *Burnout in Psychiatric Nursing*, Journal of Advanced Nursing, 34(3), 383-396.
- Kolehmainen-Aitken, R.L. (1997)**, *Decentralization and Human Resources: Implications and Impact*, Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, New York.
- Kristensen T.S., Hannerz H., Høgh A., Borg V. (2005)**, *The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a Tool for the Assessment and Improvement of the Psychosocial Work Environment*, Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 31(6), 438-449.
- Kulkarni, G.K. (2006)**, *Burnout*, Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine, 10, 3-4.
- Laschinger, H.K, Finegan, J., Shamian, J., Casier, S. (2000)**, *Organizational Trust and Empowerment in Restructured Healthcare Settings: Effects on Staff Nurse Commitment*, Journal of Nursing Administration, 30(9), 413-425.
- Lavey, R., Taylor, C. (1985)**, *The Nature of Relaxation Therapy*, In S. Burchfield, Stress, 329-358, New York: Hemisphere.
- Lawrence, J.A., Wearing, A.J., Dodds, A.E. (1996)**, *Nurses' Representations of the Positive and Negative Features of Nursing*, 24(2), 375-384.
- Layne, C.M. (2001)**, *The Relationship of Occupational Stress, Psychological Strain and Coping Resources to the Turnover Intentions of Rehabilitation Counselors*, Psychological Assessment Resources, USA.
- Lee, R.T, Ashforth, B.E. (1993)**, *A Further Examination of Managerial Burnout: Toward an Integrated Model*, Journal of Organizational Behavior, 14,3-20.
- Lee, R.T, Ashforth, B.E. (1996)**, *A Meta-Analytic Examination of the Correlates of the Three Dimensions of Job Burnout*, Journal of Applied Psychology, 81(2), 123-133.

- Leiter, P.M. (1991)**, *Coping Patterns as Predictors of Burnout: The Function of Control and Escapist Coping Patterns*, Journal of Organizational Behavior, 12,123-144.
- Leiter, P.M, Maslach, C. (1988)**, *The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment*, Journal of Organizational Behavior, 9, 297-308.
- Leiter, P.M., Maslach, C. (2001)**, *Burnout and Quality in a Sped-up World*, The Journal for Quality and Participation, 24(2), 48-51.
- Leiter, P.M., Schaufeli, W. (1996)**, *Consistency of the Burnout Construct across Occupations*, Anxiety, Stress and Coping, 9, 229-243.
- Leka, S., Vartia, M., Hassard, J., Pahkin, K., Sutela, S., Cox, T., Lindstrom, K. (2008)**, *Best practice in interventions for the prevention and management of work-related stress and workplace violence and bullying*, in S. Leka and T. Cox (eds), *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*, I-WHO Publications, Nottingham, 136-173.
- Lemkau, J., Rafferty, J., Gordon, R. J. (1994)**, *Burnout and Career-Choice Regret among Family Practice Physicians in Early Practice*, Family Practice Research Journal, 14, 213-22.
- Locke, E.A. (1976)**, *The Nature and Consequences of Job Satisfaction*, M.D. Dunnette (ed) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Rand McNally, Chicago.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., (2003)**, *Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-analysis*, American Journal of Epidemiology, 157, 98-112.
- Lucepo, L., Martyn, J. (2008)**, *Decore. Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales*, Tea Ediciones, Madrid, p. 17.
- Marine, A., Ruotsalainen, J.H., Serra, C., Verbeek, J.H. (2009)**, *Preventing Occupational Stress in Healthcare Workers (Review)*, Cochrane Database of Systematic Reviews, Vol. 1.
- Martin, J.K. (2000)**, *Unrewarding Work, Coworker Support, and Job Satisfaction: A Test of the 'Buffering' Hypothesis*, Work and Occupations: An International Sociological Journal 27(2), 223-43.
- Martin, J. (2000)**, *Hidden Gendered Assumptions in Mainstream Organizational Theory and Research*, Journal of Management Inquiry, 9,207-216.

- Maslach, C. (1978)**, *Job Burnout: How People Cope*, Public Welfare, 36, 56-58.
- Maslach, C. (1982)**, *Burnout-The Cost of Caring*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Maslach, C., Jackson, E.S (1981)**, *The measurement of experienced burnout*, Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, E.S (1982)**, *Burnout in the Health Professions: A Social Psychological Analysis*, Social Psychology of Health and Illness, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 227-251.
- Maslach, C., Jackson, E.S (1984)**, *Burnout in Organizational Settings*, Social Psychology Annual, 5, 133-153.
- Maslach, C., Jackson, E.S. (1986)**, *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Maslach, C., Jackson, E.S., Leiter, P.M. (1996)**, *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, P.M. (2001)**, *Job Burnout*, Annual Review of Psychology, 52, 397-422.
- Maslach, C., Leiter, P.M. (1997)**, *The Truth about Burnout*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Maslach, C., Leiter, P.M. (2005)**, *Stress and Burnout: the Critical Research*, In C. L. Cooper (Ed), Handbook of Stress Medicine and Health (2nd ed), 153-170, London CRC Press.
- Maslach, C., Pines A. (1977)**, *The Burn-Out Syndrome in the Day Care Setting*, Child Care Quarterly, 7, 100-113.
- Maslow, A.H. (1943)**, *A Theory of Human Motivation*, Psychological Review, 50(4), 370-396.
- McEwen, B.S., Stellar, E. (1993)**, *Stress and the Individual, Mechanisms Leading to Disease*, Archives of Internal Medicine, 153, 2093-2101.
- Molassiotis, A., Haberman, M. (1996)**, *Evaluation of Burnout and Job Satisfaction in Marrow Transplant Nurses*, Cancer Nursing, 19(5), 360-367.
- Molnar, M. (2009)**, *Assessment and Prevention of Work-related Stress with the IMPULS - Tools*, Stockholm.
- Muldoon, M.F., Herbert, T.B., Patterson, S.M., Kameneva, M., Raible, R., Mamuck, S.B. (1995)**, *Effects of Acute Psychological Stress on Serum Lipid*

Levels, Hemoconcentration and Blood Viscosity, Archives of Internal Medicine, 155, 615-620.

Muntaner, C., Eaton, W., Miech, R., (2004), *Socioeconomic Position and Major Mental Disorders*, Epidemiologic Reviews, 26, 53-62.

Murphy, L.R. (1995), *Managing Job Stress: An Employee Assistance / Human Resource Management Partnership*, Personnel Review, 24(1), 41-50.

Murphy, L.R. (1999), *The Relationship of Organizational Factors to Employee Health and Overall Effectiveness*, American Journal of Industrial Medicine, 36, 64-65.

Nahm, H. (1940), *Job Satisfaction in Nursing*, American Journal of Nursing, 40, 1389-1392.

Nishiyama K., Johnson, J.V. (2010), *Death from Overwork: Occupational Health Consequences of the Japanese Production Management*, International Journal of Health Services, 27, 625-641.

Nordstrom, C., Dwyer, K., Merz, N., Shircore, A., Dwyer, J. (2001), *Work-Related Stress and Early Atherosclerosis*, Epidemiology, 12(2), 180-185.

Olszewski, P.K., Levine, A.S. (2007), *Central Opioids and Consumption of Sweet Tastants: When Reward Outweighs Homeostasis*, Physiological Behavior, 91, 506-512.

Pejtersen J, Allermann L, Kristensen TS, Poulsen O.M. (2010), *Indoor Climate, Psychosocial Work Environment and Symptoms in Open-Plan Offices*, Indoor Air, 16, 392–401.

Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., Nyrgen, A. (2008), *Burnout and Physical and Mental Health among Swedish Healthcare Workers*, Journal of Advanced Nursing, 62, 84-95.

Pines, A.M. (1988), *Keeping the Spark Alive: Preventing Burnout in Love and Marriage*, St. Martin's Press, New York.

Pines, A.M. (1993), *Burnout*, L. Goldberg & S. Breznitz, Handbook of Stress (2nded), Free Press, New York, 386-403.

Pines, A.M. (1998), *Keeping the Spark Alive: Preventing Burnout in Love and Marriage*, St Martin Press, New York.

Pines, A.M. (2005), *The Burnout Measure: Short Version (BMS)*, International Journal of Stress Management, 12, 78-88.

- Pines, A.M., Aronson, E., Kafry, D. (1981),** *Burnout: From tedium to Personal Growth*, Free Press, New York.
- Pines, A.M., Aronson, E. (1988),** *Career Burnout: Causes and Cures*, Free Press London, New York.
- Pines, A.M., Kanner, A. (1982),** *Nurses Burnout: Lack of Positive Conditions and Presence of Negative Conditions as two Independent Sources of Burnout*, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 20(8), 30-35.
- Pines, A.M., Keinan, G. (2005),** *Stress and Burnout: The Significant Difference*, Personality and Individual Differences, 39, 625-635.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., Tatarelli, R. (2006),** *Hopelessness and Suicide Risk Emerge in Psychiatric Nurses Suffering from Burnout and Using Specific Defense Mechanisms*, Archives of Psychiatric Nursing, 20, 135-143.
- Poncet, M., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J., Pochard, F., et al. (2007),** *Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff*, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 175, 698-704.
- Porter, L.W., Lawer, E.E. (1968),** *Managerial Attitudes and Performance*, Homewood, Richard D, Irwin Inc., Illinois.
- Price, J., Mueller, C. (1981),** *Professional Turnover: The Case of Nurses*, Medical and Scientific Books, New York, NY.
- Ray, G.T., Collin, F., Lieu, T. et al. (2000),** *The Cost of Health Conditions in a Health Maintenance Organization*, Medical Care Research and Review, 57, 92-109.
- Renzi, C., Tabolli, S., Ianni, A., Di Pietro, C., Puddu, P. (2005),** *Burnout and Job Satisfaction Comparing Healthcare Staff of a Dermatological Hospital and a General Hospital*, Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology, 19, 153-157.
- Rice, RW., Phillips, S.M., McFarlin, D.B. (1990),** *Multiple Discrepancies and Pay Satisfaction*, Journal of Applied Psychology, 75, 386-393.
- Richards, J.D., Hof, A., Alvarenga, M, (2000),** *Serum Lipids and their Relationships with Hostility and Angry Affect and Behaviors in Men*, Health Psychology, 19, 393-398.

- Robin, M., Leslie, R.M.** (2006), *Introduction to Health Psychology*, Greek Letters, Athens.
- Rogers, J.C., Dodson (1988), S.C.,** *Burnout in Occupational Therapists*, The American Journal of Occupational Therapy, 42(12), 787-792.
- Sandstrom, A., Rhodin, I.N., Lundberg, M., Olsson, T., Nyberg, L. (2005),** *Impaired Cognitive Performance in Patients with Chronic Burnout Syndrome*, Biological Psychology, 69, 271-279.
- Sapountzi, D., Lemonidou, C. (1994),** *Nursing in Greece, Developments and Prospects*, Academy of Health Professions, Athens.
- Schaufeli, W.B., Enzmann, D. (1998),** *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*, London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B., Maslach, C., Marek, T. (1993),** *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, Taylor & Francis, London.
- Schmitz, N., Kruse, J., Tress, W. (1999),** *Psychometric Properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German Primary Care Sample*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 100, 462-468.
- Schwab, R.L., Iwanicki, E.F. (1982),** *Perceived Role Conflict, Role Ambiguity and Teacher Burnout*, Educational Administration Quarterly, 18, 60-74.
- Scott, J.G., Sochalski, J., Aiken, L. (1999),** *Review of Magnet Hospital Research: Findings and Implications for Professional Nursing Practice*, The Journal of Nursing Administration, 29(1), 9-19.
- Seuntjens, A. (1982),** *Burnout in Nursing. What it is and how to Prevent it*, Nursing Administration Quarterly, Fall, 12-19.
- Shapiro, F. (1989),** *Efficacy of the Eye Movement Desensitization Procedure in the Treatment of Traumatic Memories*, Journal of Traumatic Stress, 2, 199-223.
- Martin, J.K. (2000),, Peter, R., Junge, A., Cremer, P., Seidel, D (1990),** *Low Status Control, High Effort at Work and Ischemic Heart Disease: Prospective Evidence from Blue-Collar Men*, Social Science and Medicine, 31(10), 1127-1134.
- Siegrist, J. (1996),** *Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions*, Journal of Occupational Health Psychology, 1(1),27-41.
- Siegrist, J., Peter, R., Cremer, P., Seidel, D (1997),** *Chronic Work Stress is Associated with Atherogenic Lipids and Elevated Fibrinogen in Middle-Aged Men*, Journal of Internal Medicine, 242(2), 149-156.

- Sinha, R., (2009)**, *Stress and Addiction: A Dynamic Interplay of Genes, Environment and Drug Intake*, Biological Psychiatry, 66, 100-101.
- Skinner, B.F. (1974)**, *About Behaviorism*, Random House.
- Smith, P.C., Kendall, L.M., Hulin, C.L. (1969)**, *The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement*, Rand McNally, Chicago.
- Spielberger, C.D. (1980)**, *The Test Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA, Consulting Psychology Press, Inc.
- Steinberg, M. (1995)**, *Depersonalization, in Treatment of Psychiatric Disorders*, Edited by Gabbard G. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 633-1653.
- Stoney, C.M. (1999)**, *Plasma Homocysteine Levels Increase in Women during Psychological Distress*, Life Sciences, 64, 2359-2365.
- Sturgess, J., Poulsen, A. (1983)**, *The Prevalence of Burnout in Occupational Therapists*, Occupational Therapy in Mental Health, 3(4), 47-60.
- Suarez, E.C., Bates, M.P., Harralson, T.L. (1998)**, *The Relation of Hostility to Lipids and Lipoproteins in Women: Evidence for the Role of Antagonistic Hostility*, Annals of Behavioral Medicine, 20, 59-63.
- Sutherland, V.J., Cooper, C. L. (1986)**, *Man and Accidents Offshore -An Examination of the Costs of Stress among Workers on Oil and Gas Rigs*, Colchester, Essex: Lloyd's of London Press.
- Sutherland, V.J., Cooper, C.L (1990)**, *Understanding Stress: a Psychological Perspective for Health Professionals*, Chapman and Hall, London.
- Sutherland, V.J., Cooper, C.L (2003)**, *De-Stressing Doctors: A Self-Management Guide*, Betterworth-Heinemann, London.
- Sverke, M., Hellgren, J., Näswall, K. (2002)**, *No Security: A Meta-analysis and Review of Job Insecurity and its Consequences*, Journal of Occupational Health Psychology, 7, 242-264
- Tennant, C. (2001)**, *Work-Related Stress and Depressive Disorders*, Journal of Psychosomatic Research, 51, 697-704.
- Toode, K., Routasalo, P., Suominen, T. (2011)**, *Work Motivation of Nurses: A Literature Review*, International Journal of Nursing Studies, 48(3), 246-257.
- Tracy, S. (2000)**, *Becoming a Character for Commerce Emotion*, Management Communication Quarterly, 14. 113.

- Travers, C.J., Cooper, C.L. (1996),** *Teachers under Pressure-Stress in the Teaching Profession*, Routledge, London.
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J. (2000),** *Association between Job Stress and Depression among Japanese Employees Threatened by Job Loss in a Comparison between two Complementary Job-Stress Model*, *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 27(2), 146-153.
- Tyler, P., Cushway, D. (1998),** *Stress and Well-being in Health Staff: the role of negative affectivity and perceptions of job demand and discretion*, *Stress Medicine*, 14, 99-107.
- Vachon, M.L.S. (1987),** *Occupational Stress in the Care of the Critically Ill, the Dying and the Bereaved*, Hemisphere, New York.
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, E., Alonso, J., et al (2007),** *Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys*, *Lancet*, 370, 841-850.
- Wang, P., Simon, G., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E., McCulloch, J., Petukhova, M., Kessler, R. (2007),** *Telephone Screening, Outreach and Care Management for Depressed Workers and Impact on Clinical and Work Productivity Outcomes*, *Journal of the American Medical Association*, 298(12), 1401-1411.
- Watkins, A. (1997),** *Mind-Body Medicine-A Clinician's Guide to Psychoneuroimmunology*, Churchill Livingstone, New York, Edinburgh.
- WHO (2001),** *Mental Health in Europe* (Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe).
- WHO (2005),** *Human Resources and Training in Mental Health*, Mental Health Policy and Service Guidance Package.
- Wiili-Peltola, E., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M. (2007),** *Organisational justice and employee perceptions on hospital management*, *Journal of Health, Organization and Management*, 21(3),320-332.
- Witkoski – Stimpfel, A., Sloan, D., Aiken, L. (2012),** *The Longer the Shifts for Hospital Nurses, the Higher the Levels of Burnout and Patient Dissatisfaction*, *Health Affairs*, 31(11), 2501-2509.

Wolff, H.G. (1962), *A Concept of Disease in Man*, Psychosomatic Medicine, 24, 25-30.

Wolpin, J., Burke, R.J., Greenglass, E.R. (1991), *Is Job Satisfaction an Antecedent or a Consequence of Psychological Burnout?* Human Relations, 44,193-209.

Zhu W, Wang Z, et al (2007), *Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China.* Journal of Advanced Nursing, 59(3), 233-239.

Διαδικτυακές πηγές

- Αλλεργιολογική Μονάδα Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικό» (2014)**, *Δερματική Αλλεργία, Κνίδωση, Αγγειοοίδημα*. Διαθέσιμο: <http://archive.in.gr/Reviews/placeholder.asp?lngReviewID=31372&lngChapterID=31398&lngItemID=32223>
- American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2002)**, *Magnet Recognition Program*. Retrieved January 19, 2003 from <http://nursingworld.org/ancc/magnet/magnet.htm>
- American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2013)**, *Magnet Recognition Program[®] Overview*. Available at: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>
- American Hospital Association (AHA) (2012)**, *Workforce for Hospital and Health Systems. In our Hands: how Hospital Can Build a Thriving Workforce*. Available at: <http://www.aha.org/content/00-10/Ioh02Intro.pdf>
- American Institute of Stress (AIS) (1992)**, *Job Stress. International Labor Office, United Nations Report*. Available at: <http://www.stress.org/job.htm>
- American Music Therapy Association (2014)**, *What is Music Therapy?* Available at: <http://www.musictherapy.org>
- Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία (2013)**, *Αντιδράσεις του Σώματος στο στρες*. Διαθέσιμο: www.apa.org/pubs/index.aspx.
- American Psychological Association (APA) (2005)**, *From the American Psychological Association*. Available at: <http://www.apahelpcenter.org>.
- Ashtari, Z., Farhady, Y., Khodae, M.R. (2009)**, *Relationship between Job Burnout and Work Performance in a Sample of Iranian Mental Health Staff*. Available at: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/jobburnout_work_performance/en/
- Buchan, J. (2004)**, *What Difference does HRM Make?*, Human Resources for Health. Available at: <http://www.human-resourceshealth.com/content/2/1/6>.
- Central and Eastern European Harm Reduction Network (2006)**, *Burnout Syndrome: Prevention and Management. Handbook for Workers of Harm*

Reduction Programs. Available at: <http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf>.

- Chan, D.W., Chan, T.S. (1983),** *Reliability, validity and the structure of the General Health Questionnaire in a Chinese context*, *Psychological Medicine*, 13(2), 363-371. Available at: http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/6878523/Reliability_validity_and_the_structure_of_the_General_Health_Questionnaire_in_a_Chinese_context
- Chrisafis, A. (2009),** *Wave of Staff Suicides at France Telecom*, Available at: <http://www.theguardian.com/world/2009/sep/09/france-telecom-staff-suicides-phone>
- Δασκαλόπουλος, Θ. (2010),** *Άγχος – Πρακτικές Οδηγίες Αντιμετώπισης*. Διαθέσιμο: <http://www.e-psychology.gr/forum/arct>
- Dussault, G., Dubois, C.A. (2003),** *Human Resources for Health Policies: a Critical Component in Health Policies*. Available at: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>
- Edwards, J.R., Baglioni, A.J.Jr, Cooper, C.L. (1990),** *The Psychometric Properties of the Bortner Type A Scale*, *British Journal of Psychology*, 1(3), 315-333. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2224394>
- Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (2014),** *Θεματικό Δελτίο: Εργασία χωρίς Άγχος*, Αθήνα. Διαθέσιμο: <http://www.elinyae.gr>
- Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης Και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) (2002),** *Πρόληψη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες*. Διαθέσιμο: http://www.epapsy.gr/files/Odigos_Prolipsis_Burnout.pdf
- Euromedicals (2014),** *Εργασιακή Απασχόληση στην Γερμανία*, Διαθέσιμο: <http://euromedicals.de/el/2014/05/17/>
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2000),** *Research on Work-related Stress*, Λουξεμβούργο. Διαθέσιμο: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2000),** *OSH in Figures: Stress at Work – Facts and Figures*, Διαθέσιμο: http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EU-C_OSH

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2000),

Πρακτικές Συμβουλές προς τους Εργαζόμενους για την Αντιμετώπιση του Εργασιακού Άγχους και των Αιτιών του.

Διαθέσιμο: <http://agency.osha.eu.int/publication/reports/stress/>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2002),

The Use of Occupational Safety and Health Management Systems in the Member States of the European Union: Experiences at Company Level. Available at:

<http://osha.europa.eu/en/publications/reports/307>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2007),

FACTS 46, Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας στον Τομέα της Υγειονομικής Περίθαλψης.. Διαθέσιμο: <http://osha.europa.eu/el/publications/e-facts/efact46>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2007),

FACTS 71, Εισαγωγή στις Μυοσκελετικές Παθήσεις που Σχετίζονται με την Εργασία. Διαθέσιμο: <http://osha.europa.eu>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2007),

FACTS 75, Μυοσκελετικές Παθήσεις που Σχετίζονται με την Εργασία. Επιστροφή στην Εργασία. Διαθέσιμο: <http://osha.europa.eu>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2007),

FACTS 72, Παθήσεις του Αυχένα και των Άνω Άκρων που Σχετίζονται με την Εργασία. Διαθέσιμο: <http://osha.europa.eu>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2010),

Τρόποι Αντιμετώπισης Εργασιακού Άγχους – Συμβουλές για Εργαζόμενους. Διαθέσιμο:

http://osha.europa.eu/el/topics/stress/intex_html/advice_for_employees

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2013),

Πανευρωπαϊκή Δημοσκόπηση για την Επαγγελματική Ασφάλεια και Υγεία. Διαθέσιμο: <http://osha.europa.eu/en/safety-health-in-figures>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία –

Healthy Workplaces (2014-15), Οδηγός Εκστρατείας: Διαχείριση του Άγχους και των Ψυχοκοινωνικών Κινδύνων στην Εργασία. Διαθέσιμο: www.healthy-workplaces.eu/campaign-material

Θανασιάς, Ε., Καλλιτσάρη, Σ., Μπάμπαλου, Χ. Ε., Δεληγάς, Μ., Καραγεωργίου,

Α. (2011), Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Επαγγελματικού Στρες και

Επαγγελματικής Ικανοποίησης, Σώμα Επιθεωρητών Εργασίας - Κέντρο Πρόληψης Επαγγελματικού Κινδύνου (ΚΕ.Π.Ε.Κ), *hugēia@εργασία*, 2(3), 59-78.

Διαθέσιμο:

<http://www.iatrikiergasias.gr/index.php?mod=article&cat=memberfiles&article=1648>

Health and Safety Executive (2004), *Work-related stress: A Short Guide*. Available at: <http://www.hse.gov.uk>

Health and Safety Executive (2004), “*Management Standards” and Work-Related Stress in the UK: Practical Development*. Available at: <http://www.hse.gov.uk/stress/techpart2.pdf>

Health and Safety Executive (2005), *Working Together to Reduce Stress at Work: A Guide for Employees*. Available at: <http://www.hse.gov.uk>

Health and Safety Executive (2014), *Stress-Related and Psychological Disorders in Great Britain*. . Available at: <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress>

Horrocks, N., Pounder, R. (2006), *Working the Night Shift: Preparation, Survival and Recovery. A Guide for Junior Doctors*. Available at:

<https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/working-the-nightshift-booklet.pdf>

Jaracz, K., Górna, K., Konieczna, J. (2005), *Burnout: Stress and Styles of Coping among Hospital Nurses*, Department of Neurological and Psychiatric Nursing, Karol Marcinkowski, University of Medical Sciences in Poznań, Poland. Available at: http://www.academia.edu/5730678/Burnout_stress_styles_of_coping_among_hospital

International Council of Nurse ICN (2007), *Positive practice environments. Quality workplaces: quality patient care*. Information and Action Tool Kit developed by Andrea Baumann for ICN. Geneva: International Council of Nurses. Available at: <http://www.icn.ch/indkit2007.pdf>

International Council of Nurses ICN (2009), *ICN on Occupational Stress and the Threat to Worker Health*. Available at: http://www.icn.ch/matters_stress.htm

ΙΑΣΠΙΣ – Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών (2008), *Κορτιζόλη*. Διαθέσιμο:

<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=201>

International Labour Organization (2010), *Program on Safety and Health at Work and the Environment (SafeWork)*. ILO Governing Body Approves New List of Occupational Diseases, Geneva.

Available at: <http://www.ilo.org/safework/whatsnew/intex.htm>

International Labour Organization (2001), *Guidance for the prevention of stress and violence at the workplace*,

Available at: http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_108523/lang--en/

Κιλαμπέρια, Β., *Το Ψυχολογικό στρες και η Σύνδεση του με την Ασθένεια του Καρκίνου*. Διαθέσιμο: <http://www.uromed.gr/index.php?option>

Κίμογλου, Δ. (2008), *Άγχος και Ανοσοποιητικό*, Διαθέσιμο: <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/4574>

Krogstad, U. Hofoss, D., Veenstra, M., Hjortdahl, P. (2006), *Predictors of Job Satisfaction among Doctors, Nurses and Auxiliaries in Norwegian Hospitals: Relevance for Micro Unit Culture*. Available at: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/3>

Κυβέλλος, Σ. (2014), *ΨυχοΝευροΑνοσολογία*. Διαθέσιμο: <http://www.kentro-evexias.gr>

Κυριόπουλος, Γ., Σκρουμπέλος, Α., Δάγλας, Α., Σκουτέλης, Δ. (2012), *Το Νοσηλευτικό Προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα Κατάσταση και Τρέχουσες Προκλήσεις*.

Διαθέσιμο: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/

Λαθήρας, Π. (2013), *Επαγγελματική Εξουθένωση του Προσωπικού στις Μονάδες Υγείας και οι Επιπτώσεις της*. Διαθέσιμο: <http://www.qualityinhealth.gr>

Leka, S., Hassard, J., Jain, A., Makrinov, N., Cox, T., Kortum, E., Ertel, M., Hallsten, L., Iavicoli, S., Lindstrom, K., Zwetsloot, G. (2008), *Towards the Development of a Psychosocial Risk Management Framework*, SALTSA, I-WHO Publications, Nottingham. Available at: <http://prima-ef.org/prereport.aspx>

Lynch, C.D., Sundaram, R., Buck Louis G.M, Lum K.J., Pyper, C. (2011), *Are Increased Levels of Self-Reported Psychosocial Stress, Anxiety and Depression Associated with Fertility Problems?* Available at: [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(11\)01145-9/fulltext](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(11)01145-9/fulltext)

- Μάλλιου–Κριαρά, Σ.(2013)**, *Επαγγελματική Εξουθένωση στο Χώρο της Υγείας*. Διαθέσιμο: http://emedi.gr/templates/gk_news
- Μαστοράκος, Γ., Ζιάννη, Δ.**, *Νευροενδοκρινολογία του Αναπαραγωγικού Συστήματος*. Διαθέσιμο: <http://e-endocrinology.gr/wp-content/uploads/2014/05/13-02.pdf>
- Mayo Clinic Staff (2012)**, *Stress Management. Exercise and Stress: Get Moving to Manage Stress*. <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/stress-management/in-depth/exercise-and-stress/art-20044469>
- Μουστάκα, Ε., Κουτής, Χ., Μπαμπάτσικου, Φ., Σαράφης, Π., Μαλλιάρου, Μ., Κωνσταντινίδης, Θ. (2012)**, *Ψυχική Ευεξία και η Σχέση της με το Εργασιακό Στρες – Έρευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό*. Διαθέσιμο: <http://magazine.enne.gr/wp-content/uploads/2012/05>
- National Cancer Institute (2012)**, *Psychological Stress and Cancer*. Available at: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/stress>
- NHS – Health Education England, (2014)**, *Developing People for Health and Healthcare. Growing Nursing Numbers. Literature Review on Nurses Leaving the NHS*. Available at: <http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2014/05/Growing-nursing-numbers-Literature-Review-FINAL.pdf>
- Occupational Wellbeing Group (2007)**, *The Psychosocial Workenvironment and Supervision of Harmful Stress*. Available at: http://www.av.se/dokument/inenglish/European_Work/slic2009/Abstract_Rintala.pdf
- Ουζούνη, Χ., Νακάκη, Κ.(2011)**, *Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες*, *Νοσηλευτική*, 50(2), 231–239. Διαθέσιμο: <http://knakakis.advancednursing.teiste.gr/wp-content/uploads/2014/01/07.pdf>
- Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Νοσηλευτικής (2012)**, *Νοσηλευτική Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας: Ο Νοσηλευτής ως Επάγγελμα και η Ψυχική του Υγεία*. Διαθέσιμο: http://ygieinikiaiasefaleiaergasias43.blogspot.gr/2012/05/blog-post_29.html
- PRIMA-EF (2008)**, *Guidance Sheet: Psychological Risk Management – European Framework: Enterprise Level*. Available at: <http://www.prima-ef.org>

- Σιώρας, Η. (2014),** *Η Εργασιακή Εξουθένωση των Υγειονομικών*. Διαθέσιμο: http://onmed_gr.mht
- Sainsbury Centre for Mental Health – SCMH (2007),** *Mental Health at Work: Developing the Business Case (policy paper 8)*. Available at: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf
- The Office of Minority Health, US Department of Health and Human Services (2013),** *Nursing Statistics*. Available at: <http://www.minoritynurse.com/minority-nursing-statistics>
- Τσιτινίδης, Κ. (2012),** *Ομοιοπαθητική και Συστημική Επιστήμη*. Διαθέσιμο: http://www.homeopathy.gr/homeopathy/homeopathy_systemic.html
- Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας (2014),** *Ασφάλεια και Υγεία στην Εργασία*, Κύπρος. Διαθέσιμο: <http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dli.nsf/>
- Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής. Μ. (2001),** *Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής*. Διαθέσιμο: <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/218.pdf>
- Φουντουλάκης, Κ. (2010),** *Επαγγελματική Εξουθένωση*. Διαθέσιμο: <http://www.psychiatry.gr/intex.php>
- UCLA (2014),** *Determining Biological Mechanisms Involved in Chronic Stress-Related Disorders*. Available at: <http://uclacns.org/about-cns/research/stress-related-disorders/>
- Weir, K. (2011),** The Exercise Effect, American Psychological Association, 42 (11), 48
<http://www.apa.org/monitor/2011/12/exercise.aspx>
- World Health Organization (WHO) (2001),** *Work-related Stress: Scientific Evidence-base of Risk Factors, Prevention and Costs*, Available at: http://www.who.int/occupational_health/topics/brunpres0307.pdf?ua=1
- World Health Organization (WHO) (2001),** *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*, Available at: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurnursing.pdf
- World Health Organization (WHO) (2004),** *The World Health Report: Changing History*, Geneva, Switzerland. Available at: <http://www.who.int/whr/2004/en>
- World Health Organization (WHO) (2004),** *Prevention of Mental Disorders – Effective Interventions and Policy Options*. Available at: http://www.who.int/mental_health/evidence/en

World Health Organization (WHO) (2005), *Mental Health Policy, Planning & Service Development. Human Resources and Training for Mental Health.*

Available at:

http://www.who.int/mental_health/policy/services/4_Humanresource&training_Infosheet.pdf

World Health Organization (WHO) (2007), *Building Leadership and Management Capacity in Health,* Available at:

<http://www.who.int/management/frameworkbrochure.pdf>