Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: ΝΤΑΛΑΜΗΣΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ: 90

Ονοματεπώνυμο Επιβλέπουσας Καθηγήτριας: Δρ. Δραγκιώτη Ελένη, Αν. καθηγήτρια

Ονοματεπώνυμα Καθηγητών Τριμελούς Επιτροπής: Δρ. Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια

Δρ. Μαντζούκας Στέφανος Αν. Καθηγητής

Ιωάννινα

Ιούλιος 2023

Περίληψη

Η υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζει πολλαπλές πιέσεις που επηρεάζουν τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι πιέσεις περιλαμβάνουν την κλινική εργασία με τις απαιτήσεις και τις προκλήσεις της, τους χρονικούς περιορισμούς που υπάρχουν, τις ανταγωνιστικές απαιτήσεις, την έλλειψη ελέγχου στις εργασιακές διαδικασίες και τον προγραμματισμό, καθώς και τους αντικρουόμενους ρόλους και τις σχέσεις με την ηγεσία.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αναγνωρίζεται ως ένα φαινόμενο που αυξάνεται συνεχώς μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες αυτοί αντιμετωπίζουν αίσθημα εξάντλησης και κόπωσης λόγω των απαιτήσεων και των προκλήσεων της εργασίας τους. Επιπλέον, μπορεί να νιώθουν έλλειψη ελέγχου επί της εργασίας τους, να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον προγραμματισμό και τη διοίκηση του χρόνου, και να αντιμετωπίζουν αντικρουόμενους ρόλους και σχέσεις με την ηγεσία.

Ουσιαστικά, οι προαναφερθείσες πιέσεις και προκλήσεις μπορούν να οδηγήσουν τους επαγγελματίες υγείας σε ένα σημείο όπου αισθάνονται εξουθενωμένοι και κουρασμένοι, και αυτό είναι γνωστό ως σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η εκτίμηση της επίπτωσης και των χαρακτηριστικών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ένα θέμα που δεν έχει απασχολήσει την έρευνα, καθώς θεωρείται ένας πληθυσμός με χαμηλά επίπεδα άγχους και κατά συνέπεια με χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό το γεγονός συνιστά την πρωτοτυπία του θέματος, καθώς αξίζει να μελετηθεί το συγκεκριμένο φαινόμενο στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Η παρούσα μελέτη προσδιορίζει την έκταση του προβλήματος, σε έναν πληθυσμό επαγγελματιών υγείας, που εργάζεται σε ένα ιδιαίτερο περιβάλλον, όπως το περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπλέον έγινε προσπάθεια να εκτιμηθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου ή που δρουν προστατευτικά και τελικά εμποδίζουν την ανάπτυξη αυτού του πολυδιάστατου εργασιακού ζητήματος.

Abstract

Healthcare faces multiple pressures affecting healthcare providers. These pressures include clinical work with its demands and challenges, time constraints, competing demands, lack of control over work processes and scheduling, and conflicting roles and relationships with leadership.

Burnout syndrome is recognized as a growing phenomenon among health care professionals. This means that these professionals experience feelings of exhaustion and fatigue due to the demands and challenges of their work. In addition, they may feel a lack of control over their work, experience difficulties in planning and time management, and experience conflicting roles and relationships with leadership.

Essentially, the aforementioned pressures and challenges can lead health professionals to a point where they feel exhausted and fatigued, and this is known as burnout syndrome.

Assessing the incidence and characteristics of burnout syndrome in primary health care professionals is a topic that has not been addressed in research, as it is considered a population with low levels of stress and therefore low levels of burnout. This fact constitutes the originality of the topic, as it is worth studying this phenomenon in this population. This study identifies the extent of the problem, in a population of health professionals working in a particular environment, such as the primary health care setting. In addition, an attempt was made to assess the factors that contribute to the occurrence of the phenomenon or that act protectively and ultimately prevent the development of this multidimensional workplace issue.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες 14

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή 15

Κεφάλαιο 2: Στόχος και σκοποί της εργασίας 17

2.1. Ερευνητική Ερώτηση 17

2.2. Αιτιολόγηση/Σκεπτικό της Εργασίας 17

2.3. Αναστοχασμός 18

Κεφάλαιο 3: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση 20

3.1. Το υπόβαθρο του θέματος 20

3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση 30

3.3. Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας 45

3.4. Το ερευνητικό κενό 57

Κεφάλαιο 4: Σχεδιασμός της Έρευνας 69

4.1. Επιστημολογία 69

4.2. Μεθοδολογία 69

4.3. Δειγματοληπτική Τεχνική 70

4.4. Κριτήρια Αποδοχής και Αποκλεισμού του δείγματος 70

4.5. Περιγραφή του δείγματος 70

4.6. Περιγραφή του χώρου 71

4.7. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων 71

4.8. Ηθική της έρευνας 71

4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων 72

Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα της Έρευνας 73

5.1. Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών 74

5.2. Συσχετίσεις 125

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση 128
6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων 128
6.2 Αξιολόγηση της Ερευνητικής Διαδικασίας 128
6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας 129
Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα 131
Λίστα Παραπομπών 133
Παράρτημα 138

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Φύλο 755
Διάγραμμα 2: Οικογενειακή Κατάσταση 766
Διάγραμμα 3: Τόπος Διαμονής 777
Διάγραμμα 4: Εργάζεστε ως 788
Διάγραμμα 5: Έτη Εργασίας 799
Διάγραμμα 6: Βάρδιες 80
Διάγραμμα 7: Με ποιον μένετε; 811
Διάγραμμα 8: Ποιότητα Ύπνου 822
Διάγραμμα 9: Βλέπετε Όνειρα; 833
Διάγραμμα 10: Τα όνειρά σας συνήθως είναι: 844
Διάγραμμα 11: Θρήσκευμα 855
Διάγραμμα 12: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω συναισθηματικά άδειος/α από τη δουλειά μου 866
Διάγραμμα 13: Νιώθω εξαντλημένος/η στο τέλος μιας εργάσιμης μέρας 877
Διάγραμμα 14: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα ημέρα δουλειάς 888
Διάγραμμα 15: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Μπορώ να καταλάβω πως νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) 899
Διάγραμμα 16: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα 900
Διάγραμμα 17: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους 911
Διάγραμμα 18: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)922
Διάγραμμα 19: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω εξουθενωμένος από την δουλειά μου 933
Διάγραμμα 20: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων 944

Διάγραμμα 21: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Έχω γίνει ποιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά 955
Διάγραμμα 22: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα 966
Διάγραμμα 23: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα 977
Διάγραμμα 24: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου 988
Διάγραμμα 25: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά 999
Διάγραμμα 26: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου 100
Διάγραμμα 27: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει να νιώθω υπερβολική ένταση (στρες) 1011
Διάγραμμα 28: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) 1022
Διάγραμμα 29: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω αναζωογονημένος/η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) 1033
Διάγραμμα 30: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή 1044
Διάγραμμα 31: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου 1055
Διάγραμμα 32: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου 1066
Διάγραμμα 33: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν. 1077

Διάγραμμα 34: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Συνεισφέρετε στα κλινικά αποτελέσματα του νοσοκομείου..... 1088
Διάγραμμα 35: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Συνεισφέρετε στο επάγγελμα του νοσηλευτή..... 1099
Διάγραμμα 36: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, οι συνάδελφοι σας, σας επαινούν..... 110
Διάγραμμα 37: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, ο προϊστάμενός σας, σας επαινεί..... 1111
Διάγραμμα 38: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Αποκτάτε καινούργιες δεξιότητες μέσα από την εργασία σας στο τμήμα..... 1122
Διάγραμμα 39: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Περιθάλπετε αποτελεσματικά τον ασθενή..... 1133
Διάγραμμα 40: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Έχετε την ελευθερία να εφαρμόζετε ότι γνωρίζετε..... 1144
Διάγραμμα 41: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Η εργασία σας, σας δίνει κίνητρα..... 1155
Διάγραμμα 42: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Το στυλ της ηγεσίας είναι κοινή λήψη απόφασης (shared decisionmaking) από τους εργαζόμενους και τους προϊστάμενους..... 1166
Διάγραμμα 43: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία..... 1177
Διάγραμμα 44: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Ο προϊστάμενός σας, σας βοηθάει..... 1188
Διάγραμμα 45: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Οι νοσηλευτές σας βοηθούν..... 1199
Διάγραμμα 46: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Οι άλλοι συνάδελφοι σας βοηθούν..... 12020
Διάγραμμα 47: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Η σχέση σας με τους νοσηλευτές είναι καλή..... 1211
Διάγραμμα 48: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Το στυλ της ηγεσίας είναι ευεργετικό στη σχέση σας με τους συναδέλφους..... 1222

Διάγραμμα 49: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Σας παρέχεται η δυνατότητα για επαγγελματική εξέλιξη 1233
Διάγραμμα 50: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Ο μισθός σας είναι ικανοποιητικός..... 1244
Διάγραμμα 51: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Το ωράριο της εργασίας σας είναι επιθυμητό 1255

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Εγγεγραμμένοι (ασφαλισμένοι) στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ανά διοικητική περιφέρεια. 522
Πίνακας 2: Εγγεγραμμένοι (πολίτες) στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ανά υγειονομική περιφέρεια. 533
Πίνακας 3: Επισκέψεις οικογενειακού ιατρού στον ΕΟΠΥΥ ανά περιφέρεια διοίκησης. 533
Πίνακας 4: Επισκέψεις οικογενειακού ιατρού του ΕΣΥ ανά περιφέρεια υγειονομικού ενδιαφέροντος. 555
Πίνακας 5: Φύλο 744
Πίνακας 6: Οικογενειακή Κατάσταση 755
Πίνακας 7: Τόπος Διαμονής 766
Πίνακας 8: Εργάζεστε ως 777
Πίνακας 9: Έτη Εργασίας 788
Πίνακας 10: Βάρδιες 799
Πίνακας 11: Με ποιον μένετε; 8080
Πίνακας 12: Ποιότητα Ύπνου 811
Πίνακας 13: Βλέπετε Όνειρα; 822
Πίνακας 14: Τα όνειρά σας συνήθως είναι: 833
Πίνακας 15: Θρήσκευμα 844
Πίνακας 16: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω συναισθηματικά άδειος/α από τη δουλειά μου 855
Πίνακας 17: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω εξαντλημένος/η στο τέλος μιας εργάσιμης μέρας 866
Πίνακας 18: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα ημέρα δουλειάς 877
Πίνακας 19: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Μπορώ να καταλάβω πως νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) 888
Πίνακας 20: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα. 899
Πίνακας 21: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους. 90

Πίνακας 22: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) 911
Πίνακας 23: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω εξουθενωμένος από την δουλειά μου 922
Πίνακας 24: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων 933
Πίνακας 25: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Έχω γίνει ποιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά 944
Πίνακας 26: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα 955
Πίνακας 27: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα 966
Πίνακας 28: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου 977
Πίνακας 29: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά 988
Πίνακας 30: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου 999
Πίνακας 31: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει να νιώθω υπερβολική ένταση (στρες) 100
Πίνακας 32: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) 1011
Πίνακας 33: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω αναζωογονημένος/η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) 1022
Πίνακας 34: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή 1033
Πίνακας 35: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου 1044
Πίνακας 36: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου 1055

Πίνακας 37: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν. 1066
Πίνακας 38: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Συνεισφέρετε στα κλινικά αποτελέσματα του νοσοκομείου 1077
Πίνακας 39: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Συνεισφέρετε στο επάγγελμα του νοσηλευτή 1088
Πίνακας 40: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, οι συνάδελφοι σας, σας επαινούν 1099
Πίνακας 41: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, ο προϊστάμενός σας, σας επαινεί 110
Πίνακας 42: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Αποκτάτε καινούργιες δεξιότητες μέσα από την εργασία σας στο τμήμα 1111
Πίνακας 43: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Περιθάλπετε αποτελεσματικά τον ασθενή 1122
Πίνακας 44: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Έχετε την ελευθερία να εφαρμόζετε ότι γνωρίζετε 1133
Πίνακας 45: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Η εργασία σας, σας δίνει κίνητρα 1144
Πίνακας 46: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Το στυλ της ηγεσίας είναι κοινή λήψη απόφασης (shared decisionmaking) από τους εργαζόμενους και τους προϊστάμενους ... 1155
Πίνακας 47: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία 1166
Πίνακας 48: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Ο προϊστάμενός σας, σας βοηθάει 1177
Πίνακας 49: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Οι νοσηλευτές σας βοηθούν..... 1188
Πίνακας 50: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Οι άλλοι συνάδελφοι σας βοηθούν ... 1199
Πίνακας 51: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Η σχέση σας με τους νοσηλευτές είναι καλή 120
Πίνακας 52: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Το στυλ της ηγεσίας είναι ευεργετικό στη σχέση σας με τους συναδέλφους 1211
Πίνακας 53: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Σας παρέχεται η δυνατότητα για επαγγελματική εξέλιξη 1222

Πίνακας 54: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Ο μισθός σας είναι ικανοποιητικός ... 1233
Πίνακας 55: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Το ωράριο της εργασίας σας είναι επιθυμητό ... 1244
Πίνακας 56: Συσχέτιση Νιώθω εξαντλημένος /η στο τέλος μιας εργάσιμης μέρας με Ο προϊστάμενος σας, σας βοηθάει ... 1266
Πίνακας 57: Συσχέτιση Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μία ακόμη μέρα δουλειάς με Οι νοσηλευτές σας βοηθούν ... 1266
Πίνακας 58: Συσχέτιση Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου με Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία ... 1277
Πίνακας 59: Συσχέτιση Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά με Η εργασία σας σας δίνει κίνητρα ... 1277

Ευχαριστίες

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο διατμηματικό μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» των τμημάτων Ιατρικής και Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όλους τους καθηγητές του προγράμματος για την συμβολή τους στην ολοκλήρωση των σπουδών μου. Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην επιβλέπουσα της παρούσας, κα Δραγκιώτη Έλενα για την επιστημονική και συμβουλευτική καθοδήγηση που μου πρόσφερε. Οφείλω να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου και κυρίως την Επιστημονικά Υπεύθυνη του Κέντρου Υγείας Κοζάνης κα Σαββίδου Ευθυμία χωρίς την βοήθεια των οποίων η φοίτηση μου θα ήταν αδύνατη. Τέλος θα ήθελα από τα βάθη της καρδιάς μου να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την στήριξη και την υπομονή τους καθ'όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα σημαντικό φαινόμενο στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι επαγγελματίες αυτοί, που περιλαμβάνουν γιατρούς, νοσηλευτές, γυναικολόγους, παιδίατρους και άλλους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα σε κλινικές, νοσοκομεία ή ιδιωτικές πρακτικές, αντιμετωπίζουν μια σειρά παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν στην εξάντληση και την επαγγελματική εξουθένωση.

Οι πιέσεις που ασκούνται στους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιλαμβάνουν τον υψηλό ρυθμό εργασίας, την υπερφόρτωση καθηκόντων, την έλλειψη πόρων και την ανάγκη να ανταποκριθούν σε διάφορες απαιτήσεις και προκλήσεις. Οι επαγγελματίες αυτοί συχνά αντιμετωπίζουν μακρές ώρες εργασίας, πιέσεις για γρήγορη και αποτελεσματική παροχή φροντίδας, καθώς και αναμενόμενες και απρόβλεπτες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Ο χρόνος είναι συχνά περιορισμένος, προκαλώντας την αίσθηση της έλλειψης επαρκούς χρόνου για να παράσχουν την απαραίτητη φροντίδα και προσοχή σε κάθε ασθενή. Επιπλέον, οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να αντιμετωπίζουν αντιφατικές απαιτήσεις και προσδοκίες από τους ασθενείς, τις οικογένειες και το ιατρικό προσωπικό, προκαλώντας σύγχυση και ανησυχία.

Όλο αυτό το σύνολο πιέσεων, προκλήσεων και αντιφατικών απαιτήσεων μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση. Οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που αντιμετωπίζουν αυτήν την κατάσταση μπορεί να αισθάνονται αποδεκατισμένοι, αδιάφοροι, απογοητευμένοι και αποκομμένοι από την επαγγελματική τους ζωή. Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστούν συναισθηματική εξάντληση, καύσους και απώλεια ενδιαφέροντος για την εργασία τους και ακόμη και συμπτώματα καύσου και κοπώσεως. Αυτή η κατάσταση μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται, καθώς και την ευελιξία και την ικανότητα αντιμετώπισης των προκλήσεων στον τομέα της πρωτοβάθμιας υγείας.

Για να αντιμετωπίσουν την επαγγελματική εξουθένωση, οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούν να εφαρμόσουν στρατηγικές αυτοφροντίδας, όπως η ενεργός διαχείριση του στρες, η επίτευξη ισορροπίας ανάμεσα στην εργασία και την προσωπική ζωή, η υποστήριξη από συναδέλφους και η αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας όταν απαιτείται.

Επίσης, η δημιουργία ενός υγιούς και υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος, που προωθεί την ευεξία των επαγγελματιών υγείας, είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Όλα τα παραπάνω αναλύονται και διερευνώνται στην παρούσα διπλωματική εργασία βασιζόμενη στην επιστημονική αρθρογραφία που έχει δημοσιευτεί τα τελευταία έτη. Επιπλέον διερευνάται και η συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακής ικανοποίησης.

Κεφάλαιο 2: Στόχος και σκοποί της εργασίας

2.1. Ερευνητική Ερώτηση

Η εκτίμηση της επίπτωσης και των χαρακτηριστικών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ένα θέμα που δεν έχει απασχολήσει την έρευνα, καθώς θεωρείται ένας πληθυσμός με χαμηλά επίπεδα άγχους και κατά συνέπεια με χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό το γεγονός συνιστά την πρωτοτυπία του θέματος, καθώς αξίζει να μελετηθεί το συγκεκριμένο φαινόμενο στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Ως γενικός στόχος της παρούσας μελέτης προσδιορίζεται η μελέτη του μεγέθους και των χαρακτηριστικών του συνδρόμου στον πληθυσμό των εργαζομένων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ως επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα μπορεί να τεθούν τα εξής:

Ποιος είναι ο βαθμός της εργασιακής ικανοποίησης σε αυτή την ομάδα εργαζομένων;

Εντοπίζεται το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας;

Ποιοι παράγοντες ευθύνονται για την ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ή ποιοι παράγοντες δρουν προστατευτικά έναντι της ανάπτυξης του σύνδρομο;

Τελικά το σύνδρομο αφορά όλους τους επαγγελματίες υγείας ή μήπως κάποιες κατηγορίες εργαζομένων λειτουργούν σε ένα προστατευτικό περιβάλλον;

Μελετώντας αυτά τα ερωτήματα, θα μπορέσει πιθανώς να γίνει προσδιορισμός ως προς την έκταση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να κατανοήσετε τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνισή του. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων και πολιτικών που θα ενισχύσουν την ευζωία και την επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

2.2. Αιτιολόγηση/Σκεπτικό της Εργασίας

Ορισμένοι από αυτούς τους λόγους περιλαμβάνουν:

Κενό στην υπάρχουσα έρευνα: Όπως αναφέρατε, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν έχει λάβει ιδιαίτερη προσοχή στην έρευνα σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό συνιστά ένα κενό στη γνώση και ανοίγει το δρόμο για νέα έρευνα που θα επικεντρωθεί σε αυτό τον τομέα.

Σημασία του θέματος: Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα φαινόμενο που μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και την ευεξία των επαγγελματιών υγείας. Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε και να αναγνωρίσουμε αυτές τις επιπτώσεις, καθώς μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς.

Επίδραση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αντιμετωπίζουν μια σειρά πιέσεων και προκλήσεων στην καθημερινή τους εργασία. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά τους να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα. Μια έρευνα σε αυτό τον τομέα μπορεί να αποκαλύψει τις πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να προτείνει πιθανές λύσεις.

Βελτίωση της πρακτικής: Η έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη και βελτίωση πρακτικών και πολιτικών που αποσκοπούν στην πρόληψη και διαχείριση της εξουθένωσης. Μπορεί επίσης να οδηγήσει σε προγράμματα υποστήριξης και εκπαίδευσης που θα ενισχύουν την ανθεκτικότητα και την ευζωία των επαγγελματιών υγείας.

Συνολικά, η έρευνα σε αυτό το θέμα έχει τη δυνατότητα να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για την κατανόηση, την πρόληψη και τη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτή η γνώση μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας και ευεξία των επαγγελματιών υγείας, καθώς και στην ανάπτυξη προγραμμάτων υποστήριξης και πρόληψης που θα επωφεληθούν τον εν λόγω επαγγελματικό πληθυσμό.

2.3. Αναστοχασμός

Ως νοσηλευτής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το παραπάνω ερευνητικό θέμα σχετίζεται προσωπικά με εμένα και τη νοσηλευτική πράξη που εκτελώ. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια πραγματικότητα που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι νοσηλευτές σε αυτήν την ομάδα εργαζομένων. Η έρευνα σε αυτό το θέμα μπορεί να με βοηθήσει να κατανοήσω καλύτερα

τους παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική μου εξουθένωση και να αναγνωρίσω πιθανές στρατηγικές για την πρόληψη και διαχείρισή της.

Η έρευνα μπορεί να με βοηθήσει να αντιληφθώ τον βαθμό της εργασιακής μου ικανοποίησης, να εντοπίσω εάν αντιμετωπίζω συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης και να αναγνωρίσω τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν. Η συμμετοχή μου σε αυτήν την έρευνα μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην αναζήτηση λύσεων που θα επιτρέψουν να αντιμετωπίσουμε καλύτερα την επαγγελματική εξουθένωση.

Επιπλέον, η έρευνα μπορεί να αποδείξει την αξία και τη σημαντικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των νοσηλευτών στο σύστημα υγείας. Μπορεί να παράσχει επιπρόσθετες πληροφορίες και δεδομένα που θα ενισχύσουν την αναγνώριση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουμε και τη στήριξη που χρειαζόμαστε για τη βελτίωση της επαγγελματικής μας πρακτικής και της ευεξίας μας.

Κεφάλαιο 3: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

3.1. Το υπόβαθρο του θέματος

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής και κοινωνικής προόδου, προέκυψαν διάφορες εκδοχές για την εννοιολογική σημασία του όρου «υγεία», οι οποίες ήταν άρρηκτα συνδεδεμένες με τις συνθήκες της κοινωνίας που επικρατούσαν στην εκάστοτε χρονική περίοδο. Η εννοιολογική σημασία του όρου «υγεία» έγινε σε έντονο βαθμό αντικείμενο προς αντιπαράθεση στις αρχές του 1900, όταν ξεκίνησαν να αναδύονται διάφορες εκδοχές, δημιουργώντας μια διαμάχη θεωρητικού επιπέδου. Στα επόμενη έτη η θεωρητική διαμάχη έλαβε οικονομική υπόσταση. Αφορμή αποτέλεσε η απουσία χρηματοδότησης σχετικά με τον υγειονομικό κλάδο, διότι οι δαπάνες για τα σύγχρονα συστήματα της υγείας ήταν αρκετά υψηλές.

Η πιο συνηθισμένη και απλή εκδοχή, για την εννοιολογική σημασία του όρου «υγεία», αφορά την απουσία νόσου ή αναπηρίας, παράλληλα με την κοινωνική, ψυχική και φυσική ευεξία. Υγεία είναι μια συνθήκη κατά την οποία ο άνθρωπος έχει την ικανότητα να ξεπερνά τις διαταραχές και τις κρίσης της ισορροπίας του και να σχεδιάζει καινούριες αξίες και κανόνες. Οι βάσεις για την κατάσταση της υγείας θέτονται από την εργασία, το σχολείο και το σπίτι. Τα άτομα πρέπει συνεχώς να αναζητούν καλύτερες μεθόδους πρόληψης και αποτροπής της ανικανότητας ή της αρρώστιας. Συνεπώς, απαιτείται δίκαιη κατανομή προκειμένου όλοι οι άνθρωποι να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Ανδριώτη, 1988).

Πρωτίστως, πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι ένα σύνολο από υπηρεσίες μέσα από τις οποίες παρέχεται η ιατρική περίθαλψη. Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν αυτές οι υπηρεσίες εξαρτάται από τον τρόπο της παραγωγής και της διανομής τους. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης βοηθά στην προστασία της υγείας των ανθρώπων και στη διατήρηση αυτής, όσο το δυνατόν περισσότερο. Αυτό περιλαμβάνει την πρόληψη των ασθενειών, τη θεραπεία τους όταν εμφανιστούν και τη διατήρηση της άνεσης των ανθρώπων όσο το δυνατόν περισσότερο ενώ αναρρώνουν από ασθένειες ή τραυματισμούς. Το υγειονομικό σύστημα θα μπορούσε να διακριθεί σε τρεις υποκατηγορίες. Στην πρώτη

υποκατηγορία βρίσκονται οι άξονες που συνδέονται με το πληθυσμιακό επίπεδο της υγείας, στην δεύτερη κατηγορία εντάσσονται οι υπηρεσίες που παράγουν υπηρεσίες και αγαθά και στην τρίτη κατηγορία οι τρόποι που καλύπτονται οι δαπάνες του υγειονομικού κλάδου.

Στην ελληνική επικράτεια είναι ευδιάκριτες τρεις κατηγορίες υπηρεσιών της υγείας. Οι κατηγορίες αυτές δεν είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και δεν λειτουργούν με τους ίδιους κανονισμούς, πλάνα ανάπτυξης, χρηματοδότησης και οργάνωσης. Οι κατηγορίες υπηρεσιών στην Ελλάδα είναι οι υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα, οι δημόσιες υπηρεσίες που δεν συμπεριλαμβάνονται στο Εθνικό Σύστημα της Υγείας και το Εθνικό Σύστημα της Υγείας (ΕΣΥ) (Ανδριώτη, 1988).

Στη σύγχρονη και πολυσύνθετη καθημερινότητα δεν είναι εύκολο να διευκρινιστεί με σαφήνεια τι σημαίνει ένα υγειονομικό σύστημα, που βρίσκεται η αφετηρία και το πέρας του, καθώς επίσης και από τι αποτελείται. Ο ορισμός του υγειονομικού συστήματος πρέπει να περιέχει όλες τις ενέργειες, οι οποίες έχουν ως βασική επιδίωξη τη διατήρηση, την επαναφορά και την προαγωγή της υγείας.

Το Oxford English Dictionary ορίζει ως «σύστημα» μια διαδοχή πραγμάτων συνδεδεμένων και αλληλεξαρτώμενων με τρόπο που να συνθέτουν μια ενιαία οντότητα. Συνεπώς, το υγειονομικό σύστημα αποτελείται από μια σειρά υποσυστημάτων, τα οποία είναι αλληλεξαρτώμενα και έχουν ως σκοπό να προάγουν και να διατηρήσουν την υγεία των ατόμων μέσα από τις παρεμβάσεις που πράττει η πολιτεία.

Ο όρος του Εθνικού Συστήματος της Υγείας (ΕΣΥ) προέκυψε από την μετάφραση του δημόσιου αγγλικού συστήματος φροντίδας της υγείας «National Health System (NHS), το οποίο τέθηκε σε λειτουργία για πρώτη φορά στη Μεγάλη Βρετανία το έτος 1948. Στο πρώτο στάδιο, το βρετανικό «National Health System» αποτελούνταν από τρία σημεία αναφοράς, τα νοσοκομεία, τους οδοντίατρους και τους γιατρούς. Το πεδίο των οδοντιάτρων στα μεταγενέστερα έτη αντικαταστάθηκε η υπηρεσία που ονομαζόταν «health community» ή «κοινοτική υγεία». Η «κοινοτική υγεία» σχετιζόταν με σύνολα ανθρώπων αντί των μεμονωμένων περιπτώσεων και στο ανθρώπινο δυναμικό που την έφερναν εις πέρας, συμπεριλαμβάνονταν επιδημιολόγοι, διαχειριστές ων υπηρεσιών της υγείας και γιατρούς της δημόσιας υγείας.

Κατά τη βρετανική εκδοχή, την οποία μιμήθηκε το ελληνικό κράτος, επικρατεί η πεποίθηση ότι το επάγγελμα των ιατρών αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της υπόστασης του Εθνικού Συστήματος της Υγείας. Το βρετανικό κράτος επιχείρησε να συμπληρώσει, να εκσυγχρονίσει, να αποκαταστήσει, να αναπτύξει και να εφαρμόσει το νομοθετικό πλαίσιο με στόχο οι ιατροί να μην βρίσκονται παραγκωνισμένοι από το εν λόγω σύστημα. Όλες οι ενέργειες που έλαβαν χώρα δεν είχαν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η αιτία που συνέβει αυτό είναι η απουσία παράδοσης της πρωτοβάθμιας υγειονομικής μέριμνας στην ευρύτερη επικράτεια του κράτους. Επομένως, στον χώρο των ιατρών, το κοινό και τους κυβερνώντες οι εννοιολογικές σημασίες της «πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης» και του «ιατρού γενικού τύπου» αποτελούν ουτοπία αντί να είναι μέρος της πραγματικότητας.

Στην Ελλάδα έχει αρχίσει να γίνεται αποδεκτή η παραδοχή της απουσίας της οργανωμένης πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τα πρότυπα, τα οποία έχουν θεσπιστεί παγκοσμίως. Το έτος 2001 πραγματοποιήθηκε δημόσια συζήτηση προκειμένου να κατατεθεί νομοσχέδιο για τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση του Εθνικού Συστήματος της Υγείας. Ωστόσο, το νομοθετικό πλαίσιο 2889 που ψηφίστηκε έδωσε έμφαση στην τριτοβάθμια και δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη, θέτοντας σε αναβολή την οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Η τελευταία απόπειρα για να ρυθμιστεί νομικά η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη έλαβε χώρα την 18^{η} του Φεβρουαρίου του έτους 2004. Ο αρμόδιος υπουργός, κ. Κ. Στεφανής, ο οποίος αποτελούσε και ακαδημαϊκό του χώρου, κατέθεσε σχέδιο νόμου για το εν λόγω ζήτημα σε μια συγκυρία που θεωρήθηκε περίεργη λόγω των εκλογικών αναμετρήσεων που λάμβαναν χώρα το διάστημα που θα ακολουθούσε (Ανδριώτη, 1988).

Οι άξονες σύμφωνα με τους οποίους κινείται το Εθνικό Σύστημα της Υγείας πραγματεύονται με τρία πεδία. Αρχικά με την διατύπωση πρωτοβουλιών σχετικά με την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, στη συνέχεια με τον συντονισμένο προγραμματισμό και την ισοτιμία σε ότι αφορά την παροχή των υπηρεσιών της υγείας και τέλος τον κοινωνικό έλεγχο και την αποκέντρωση (Ανδριώτη, 1988).

Οι υπηρεσίες παροχών της υγείας πρέπει να φέρουν ορισμένα γνωρίσματα για να είναι σε θέση να καλύπτουν τις απαιτήσεις του πληθυσμού.

Αρχικά, πρέπει να είναι σε πλήρη διαθεσιμότητα. Οι πολίτες ενδεχομένως να έχουν συνεχή πρόσβαση και το επίπεδο της προσφοράς να είναι ικανοποιητικό, ωστόσο αυτό δεν συνεπάγεται επίλυση των ζητημάτων που επιθυμούν να διευθετήσουν όσοι απευθύνονται στις υγειονομικές υπηρεσίες. Επίσης, οι πολίτες πρέπει να αποδέχονται τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Ουσιαστικά, αυτό σημαίνει ότι πρέπει να αναγνωρίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται, την αρτιότητα των υποδομών όπου προσφέρονται και παράγονται οι υγειονομικές υπηρεσίες, καθώς επίσης το επιστημονικό και επαγγελματικό υπόβαθρο των απασχολούμενων σε αυτές.

Βασικό γνώρισμα αποτελεί η συνέχεια. Η προσφορά των εν λόγω υπηρεσιών σε όλο το σύνολο του πληθυσμού δεν εμπίπτει μόνο στο πεδίο της αντιμετώπισης ενός συγκεκριμένου υγειονομικού ζητήματος ή μιας ασθένειας. Η υγειονομική μέριμνα περιλαμβάνει τα πεδία τόσο της πρόληψης όσο και της αποκατάστασης. Συνεπώς, είναι επιτακτική η ανάγκη για τη συνέχεια των υπηρεσιών.

Το βασικότερο γνώρισμα όλων, σχετικά με τις υγειονομικές παροχές, είναι η διαθεσιμότητα σε όλα τα άτομα που χρήζουν υγειονομικής περίθαλψης 24 ώρες την ημέρα.

Με βασική προϋπόθεση την οργάνωση και την ύπαρξη των υγειονομικών υπηρεσιών, το επόμενο κριτήριο είναι η προσπελασιμότητα που πρέπει να φέρουν. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι οι πολίτες πρέπει να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε χρόνο και τόπο για να εξυπηρετηθούν. Οι έννοιες του τόπου και του χρόνου, εννοούν 24 ώρες την ημέρα, σε οποιοδήποτε σημείο που εμπίπτει στο πεδίο ευθύνης των υγειονομικών υπηρεσιών και για όλους του κατοίκους μιας συγκεκριμένη περιοχής ή χώρας (Ανδριώτη, 1988).

Στην ελληνική επικράτεια οι τομείς της υγείας διακρίνονται σε τρία πεδία.

Στο πρώτο πεδίο έγκειται η πρωτοβάθμια μέριμνα. Αυτή η κατηγορία αναφέρεται σε υπηρεσίες που δεν απαιτούν τη νοσηλεία του ατόμου. Αυτό περιλαμβάνει ενέργειες όπως η πρόληψη και η διάγνωση ασθενειών. Στην εν λόγω κατηγορία περιλαμβάνονται μια σειρά από φορείς τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημοσίου δικαίου. Στο πεδίο αυτό εντάσσονται οι ιατροί των ιδιωτικών ιατρείων και τα εργαστήρια μικροβιολογίας που η λειτουργία τους εμπίπτει σε εμβέλεια συνοικίας και προσφέρουν συγκεκριμένο πλήθος υπηρεσιών εντός των υποδομών τους, συνήθως λόγω απουσίας εξειδικευμένου μηχανολογικού ιατρικού

εξοπλισμού. Ομοίως, στην ίδια κατηγορία κατατάσσονται τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών και δημόσιων θεραπευτηρίων, τα οποία λειτουργούν σε εγκαταστάσεις κλινικών ή νοσοκομείων και τα διαγνωστικά κέντρα, στα οποία προσφέρεται μια διευρυμένη σειρά από υπηρεσίες, έχοντας στη διάθεση τους κατάλληλη τεχνολογική υποδομή (Ιακωβίδου & Μάνιου, 2009).

Στο δεύτερο πεδίο έγκειται η δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Στο εν λόγω πεδίο εμπίπτουν οι υπηρεσίες εκείνες που προσφέρονται στους ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας σε νοσοκομεία ή κλινικές. Τα νοσοκομεία του δημοσίου δικαίου είναι ο πιο μεγάλος οργανισμός στο συγκεκριμένο πεδίο. Η χρηματοδότηση τους προέρχεται από κράτος μέσα από τον ετήσιο προϋπολογισμό και ποσοστιαία διαθέτουν το υψηλότερο αριθμό σε κλίνες στην τάξη του 70%. Τα νομικά πρόσωπα του ιδιωτικού δικαίου που σχετίζονται με θεραπευτήρια ανεξάρτητα και επιχορηγούμενα από την ελληνική κυβέρνηση είναι ελάχιστα και εμπίπτουν επίσης στο πεδίο αυτό. Τέλος, στο πεδίο αυτό τοποθετούνται οι κλινικές και τα ιδιωτικά νοσοκομεία που ουσιαστικά αποτελούν ιδιωτικές εταιρίες. Οι οργανισμοί αυτοί κατέχουν ποσοστιαία το 60% του πλήθους των θεραπευτηρίων, καθώς επίσης το 30% του συνολικού πλήθους των κλινών(Ιακωβίδου & Μάνιου, 2009).

Στο τρίτο πεδίο έγκειται η τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Στο πεδίο αυτό εντάσσονται τα περιφερειακά πανεπιστημιακά και γενικά νοσοκομεία, τα οποία είναι πλήρως εξοπλισμένα προκειμένου να είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν σε ιδιάζουσες περιπτώσεις. Στην Ελλάδα, οι υγειονομικές παροχές διεξάγονταν υπό την αιγίδα του δημοσίου τομέα έως το έτος 1987, όταν ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα της Υγείας, προκειμένου να αναβαθμιστεί ο κλάδος των νοσοκομείων του κράτους, καθώς και των προσφερόμενων υπηρεσιών. Στην ελληνική επικράτεια η τεχνολογική επανάσταση έλαβε χώρα στα πρώτα έτη της δεκαετίας του 90’, με την συσσώρευση της τεχνολογίας του βιοιατρικού κλάδου στον ιδιωτικό τομέα. Επομένως, οι ιδιωτικές κλινικές ξεκίνησαν να ελέγχουν σημαντικό μέρος της αγοράς στον υγειονομικό κλάδο. Παράλληλα, το εγχείρημα αυτό ενισχύθηκε από την αδυναμία κάλυψης των απαιτήσεων του πληθυσμού από τα νοσοκομεία του κράτους. Έτσι, ο ιδιωτικό τομέας αναλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος των απαιτήσεων του πληθυσμού τόσο σε επίπεδο ενδονοσοκομειακό όσο και της περίθαλψης εκτός των νοσοκομείων. Επιπλέον, η γυναικολογική περίθαλψη και η μαιευτική αποτελεί ολιγοπώλειο. Τέλος, ο ιδιωτικός τομέας

γνωρίζει ακμή στον κλάδο της ακτινολογίας, η οποία επίσης προϋποθέτει εξειδικευμένο και σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό (Ιακωβίδου & Μάνιου, 2009).

Το σύστημα κρατικών παρεμβάσεων ορίζεται μέσα από ένα μηχανισμό περίθαλψης που διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες, το συσχετισμό μεταξύ των καλυπτικών φορέων, του πληθυσμού και του ανθρώπινου δυναμικού που εμπλέκεται. Το πιο βασικό και μείζονος σημασία ρόλο στα πεδία της περίθαλψης, κατέχει η διαδικασία της πρόληψης και στη συνέχεια εάν δεν στεφθεί με επιτυχία, η έγκαιρη διάγνωση (Ιωαννίδη & Μάντη, 1999).

Η προσφερόμενη υγειονομική φροντίδα διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία έγκειται η περίθαλψη εκτός του νοσοκομειακού χώρου. Η πρώτη φορά που κάποιος έρχεται σε επαφή με το σύστημα υγείας είναι όταν διαγνωστεί με κάποια ασθένεια. Η αγωγή της υγείας, ο προγραμματισμός σε οικογενειακό επίπεδο, οι μέθοδοι της πρόληψης και ο έλεγχος της διατροφής αποτελούν μέρος αυτής της πρώτης επαφής.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη στοχεύει στη θεραπεία και αποκατάσταση ασθενών, ενώ η τριτοβάθμια φροντίδα προσφέρει υπηρεσίες που είναι εξειδικευμένες.

Η έννοια της φροντίδα του πρώτου βαθμού της υγείας εισηγήθηκε στη Ρωσία το έτος 1978 στο συνέδριο της Άλμα Άτα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας αποτελεί κινητήριο δύναμη για το υγειονομικό σύστημα και άρρηκτα συνδεδεμένο μέρος τόσο του υγειονομικού μηχανισμού όσο και της οικονομική και κοινωνικής εξέλιξης. Αποτελεί το πρώτο κανάλι της επικοινωνίας, του ατόμου και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα της υγείας. Το πρώτο σκέλος ενός άρτιου προγράμματος για τη φροντίδα της υγείας είναι η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα. Η εκπαίδευση στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας πρέπει να είναι συνεχόμενη και σε συσχετισμό με τα υγειονομικά ζητήματα που προκύπτουν, το απαιτούμενο διατροφικό πρόγραμμα, τις κατάλληλες πρακτικές πρόληψης, τα μέτρα της υγιεινής, την οικογενειακή οργάνωση, τον εμβολιασμό, την προσβασιμότητα σε φάρμακα τοπικού επιπέδου, την ορθή ενημέρωση των ατόμων για τα νοσήματα που μεταδίδονται, καθώς επίσης την έγκαιρη και πλήρη ενημέρωση για τις πανδημίες τοπικής εμβέλειας.

Οι σκοποί του Παγκόσμιου Οργανισμού της Υγείας και της Πρωτοβάθμια Φροντίδας της Υγείας ταυτίζονται όσον αφορά την πληρότητας της υγειονομικής κάλυψης των ατόμων. Οι

περιπτώσεις που εντάσσονται στο πεδίο δράσης της είναι η περίθαλψη, η θεραπεία, και η διάγνωση των περιστατικών, καθώς επίσης η υγειονομική αγωγή και πρόληψη. (Σιγάλας, 1999) Βασική επιδίωξη αποτελεί η αντιμετώπιση της περίπτωσης του ασθενή έτσι ώστε να αποτραπεί η νοσηλεία. Στην ελληνική επικράτεια η πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας παρέχεται από τα ιδιώτες ιατρούς, από μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, τα ιδιωτικά κέντρα διάγνωσης, τα ιατρεία της περιφέρειας (ΠΙ), τα πολυϊατρεία του ΠΕΔΥ και κέντρα της υγείας (ΚΥ). Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμια φροντίδα της υγεία συμπεριλαμβάνεται η ψυχιατρική κάλυψη πρώτου βαθμού, καθώς και η οδοντιατρική μέριμνα.

Κάθε κεντρικό σχέδιο υγείας διασφαλίζει ότι οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τη μονάδα είναι σύμφωνες με τους στόχους και τους σκοπούς του οργανισμού. Ο πιο σημαντικός παράγοντας για τη διασφάλιση καλών υπηρεσιών υγείας είναι η διάθεσή τους σε όσο το δυνατόν περισσότερους ανθρώπους, καθώς και η παροχή ενός συνεχούς έργου αποδεκτού από το κοινό (Δίκαιος και συν, 1999).

Οι παράμετροι που ασκούν επιρροή στην υποκειμενική κρίση του ανθρώπου σχετικά με την χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας είναι η εκπαίδευση, το φύλο, η ηλικία, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση του ανθρώπου. (Τσελέπη, 1999) Οι πολίτες που χρησιμοποιούν τις προσφερόμενες υπηρεσίες ανήκουν στις κατηγορίες των ηλικιωμένων και των γυναικών, οι οποίοι πάσχουν από πληθώρα υγειονομικών ζητημάτων.

Η αγωγή υγείας είναι το άθροισμα όλων των δράσεων που επηρεάζουν τις πεποιθήσεις, τη συμπεριφορά και τις γνώσεις μας σχετικά με την φροντίδα, την προαγωγή και τη διατήρηση της υγείας και της ευημερίας των κοινωνιών και των ανθρώπων. Οι επιρροές αυτές συγκαταλέγονται στις ποικιλόμορφες υγειονομικές υπηρεσίες, στο σχολείο, στην οικογένεια και στην κοινωνία. (Smith, 1979)

Η υλοποίηση της επικοινωνίας με στόχο της άνοδο του ποσοστού της θετικής υγείας των ανθρώπων και των ομάδων της κοινωνίας μέσα από συμπεριφορές και αντιλήψεις σε κάθε μορφή της εξουσίας, αποτελεί το βασικό ρόλο της υγειονομικής αγωγής. (Downie et al., 1996) Η υγειονομική αγωγή διαμορφώνεται κατά κύριο λόγο από πολιτιστικές παραμέτρους.

Οι αγωγές διακρίνονται σε τρεις τύπους. Ο πρώτος τύπος αφορά με οτιδήποτε συσχετίζεται το σώμα του ατόμου, η εκπαίδευση έτσι ώστε να αξιοποιούνται ορθά οι υπηρεσίες και η γνωστοποίηση πληροφοριών των δομών της υγεία σε επίπεδο εθνικό και τοπικό. Οι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας δεν περιορίζονται στην υλοποίηση της πρώτης επαφής του ανθρώπου με το υγειονομικό σύστημα, με την περίθαλψη των αγροτικών πληθυσμών και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Κύρια επιδίωξη της αποτελούν τα προβλήματα της υγιεινής διαβίωσης, καθώς και η πρόληψη νοσημάτων για όλο το πληθυσμιακό εύρος (Σολωμός, 1996).

Οι άνθρωποι έχουν διαφορετικούς τρόπους αντίδρασης στα σήματα της υγείας τους. Αυτό μπορεί να εξαρτηθεί από πράγματα όπως ο πολιτισμός και οι παραδόσεις τους, καθώς και από τους τρόπους με τους οποίους η κυβέρνηση έχει παρέμβει στην υγειονομική περίθαλψη. Εναπόκειται στην κυβέρνηση να διασφαλίσει ότι οι συνθήκες στην υγειονομική περίθαλψη διευκολύνουν τους ανθρώπους να λάβουν τη βοήθεια που χρειάζονται.

- Δυσκολίες κατά τη λειτουργία και το σχεδιασμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας

Το πρωτοβάθμια φροντίδα και υγεία συμβάλει στον συντονισμό και την ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας για την κοινότητα, που μπορεί να πάρει κάποιο χρόνο για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά. Υπάρχει καθυστέρηση στην παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία οφείλεται στις ανάγκες των ατόμων και στην έλλειψη διαθέσιμων πόρων για την υποστήριξή τους. Αυτό σημαίνει ότι ορισμένοι άνθρωποι πρέπει να επωμιστούν δυσανάλογη οικονομική επιβάρυνση, σε σύγκριση με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν.

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν είναι καλά συντονισμένες με το σύστημα υγείας και δεν αποτελούν το πρώτο συνδετικό σημείο για τους ασθενείς. Αντίθετα, η φροντίδα και η συνταγογράφηση είναι οι κύριες λειτουργίες αυτών των υπηρεσιών. Ο έλεγχος της ασφάλειας και η αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών δεν λαμβάνονται υπόψη και οι ασθενείς συνήθως δεν συμμετέχουν στο σχεδιασμό αυτών των υπηρεσιών (Λιόνης & Μερκούρης, 2000).

- Προϋποθέσεις για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της ομάδας που απαρτίζει την πρωτοβάθμια φροντίδα και υγεία

Το ιεραρχικό πρότυπο αποτελεί τροχοπέδη για την για την ομαλή αλληλεπίδραση μεταξύ των απασχολούμενων στον κλάδο της υγείας. Η ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας πρέπει να επεκτείνεται εκτός των απασχολούμενων εντός των δομών της. Τα όρια μεταξύ των κοινωνικών και των υγειονομικών αναγκών είναι αδιευκρίνιστα, επομένως οι επαγγελματίες της υγείας έρχονται πρέπει να συνεργάζονται με την κοινότητα, τις οικογένειες και τους ασθενείς.

Για να εξασφαλιστεί το καλύτερο δυνατό επίπεδο φροντίδας, οι επαγγελματίες της υγεία οφείλουν να εφαρμόζουν μια ολιστική και ολοκληρωμένη προσέγγιση για τις απαιτήσεις της οικογένειας και του ατόμου. Ο ρόλος ενός ατόμου πρέπει να αναγνωρίζεται σε κάθε υγειονομική δραστηριότητα, καθώς επίσης η συμμετοχή τόσο της οικογένειας του όσο του ίδιου, σε ένα πλαίσιο αυτοφροντίδας.

Μια ομάδα που απαρτίζεται από επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων, για να λειτουργήσει ορθά πρέπει να τα μέλη της να διακρίνονται από ηγετικές δεξιότητες και να τηρούν τους κανονισμούς της επικοινωνίας. Οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας πρέπει να εστιάζουν στην κοινότητα και να χρησιμοποιούν μηχανισμούς ανατροφοδότησης για τις προοπτικές βελτιωμένων κοινοτικών πρακτικών και επιδόσεων. Στο εγχείρημα αυτό θα συμβάλει η αξιοποίηση καταγραφικών εργαλείων και μηχανισμών επίβλεψης των στόχων που έχουν τεθεί για την ομάδα. (Jurgutis et al., 2013)

- Συσχετισμός πρωτοβάθμιας υγειονομικής μέριμνας και δημόσιας υγείας

Η διαφοροποίηση των ειδικοτήτων της ιατρικής με την δημόσια υγεία έγκειται στο γεγονός, ότι η δεύτερη ασχολείται, εκτός των πασχόντων, με τις ευπαθής, αλλά υγιείς πληθυσμιακές ομάδες που ενδέχεται να ασθενήσουν. (Τρομπούκης και συν, 2020) Αντίθετα, ο συσχετισμός των δύο τομέων προκύπτει από τα κέντρα της υγείας σε οριοθετημένο τοπικό πλαίσιο ευθύνης και σε συγκεκριμένο πλήθος ανθρώπων. Στα εν λόγω σημεία είναι εφικτή η αποτίμηση των παρεμβατικών προγραμμάτων σε συνδυασμό με την άνοδο του κόστους της εξειδίκευσης των απασχολούμενων και των υπηρεσιών, καθώς επίσης η καταγραφή των απαιτήσεων της υγείας των πολιτών και ο σχεδιασμός.

- Κύρια μέριμνα σύμφωνα με τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα και Υγεία

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα της Υγείας σύμφωνα με την διακήρυξη που καθιερώθηκε στο συνέδριο της Άλμα Άτα το έτος 1978 ορίζει ότι η κύρια φροντίδα στηρίζεται σε αποδεκτές κοινωνικά και τεκμηριωμένες επιστημονικά μεθόδους και πρακτικές. Ο ΠΟΥ αναγνώρισε και πρόβαλε τη σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας, παρουσιάζοντας την ανάγκη για σύμπραξη της πρωτοβάθμιας και της δημόσιας υγείας με στόχο την ανανέωση έπειτα από σαράντα έτη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι σημαντική γιατί είναι το κύριο σημείο αναφοράς όταν πρόκειται για την υγειονομική περίθαλψη σε μια χώρα. Είναι επίσης μέρος του ευρύτερου κοινωνικού και οικονομικού συστήματος, καθώς αποτελεί το πρώτο βήμα για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ανθρώπους στην καθημερινή τους ζωή.

Ο ΠΟΥ το έτος 1983 όρισε για την πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας ότι πρόκειται για μια κουλτούρα που στηρίζεται στις κοινωνικές αρχές της ανάπτυξης, της ισότητας και της δικαιοσύνης. Ακόμη, αποτελεί μια στρατηγική με βασική ιδέα την ολιστική διαμόρφωση της υγείας και στηρίζεται στις πληθυσμιακές ανάγκες. Τέλος, πρόκειται για μια υποδομή φροντιστών που έχει ως προτεραιότητα την προαγωγή και την πρόληψη της υγείας, μέσα από μια σειρά δράσεων, στο πλαίσιο των ανθρώπων και των περιοχών όπου δραστηριοποιούνται.

- Σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας ως βάση του υγειονομικού συστήματος

Η παγκόσμια εμπειρία έχει αποδείξει την επιτακτική ανάγκη τοποθέτησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας στο επίκεντρο του υγειονομικού συστήματος. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ένας αποκεντρωμένος οργανισμός που κατέχει ηγετική ρόλο εξαιτίας του τρόπου αλληλεπίδρασης των πολιτών με το υγειονομικό σύστημα. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης των ασθενών μέσω της συνεργασίας με το νοσοκομειακό σύστημα υγείας. Έτσι αποφεύγονται οι περιττές υπηρεσίες.

Η διακήρυξη που θεσπίστηκε στο συνέδριο της Άλμα Άτα το έτος 1978 έθεσε τη βάση για την αναθεώρηση της ευθύνης του υγειονομικού συστήματός ως προς την πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας, γνώμονας της αναθεώρησης των υγειονομικών συστημάτων των κρατών κατέστη ο ρόλος της εξάλειψης μιας ασθένειας από την κοινότητα και το άτομο και η σύσταση υγειονομικής αγωγής και πρόληψης. Το πρόγραμμα PHY βοηθά στην επίλυση προβλημάτων υγείας της κοινότητας και παρέχει πρόσβαση σε ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη χρησιμοποιώντας πρακτικές τεκμηριωμένες επιστημονικά και προσιτές τεχνολογίες και μεθόδους. Ο ορισμός της επεκτείνεται από το συμβατικό πρότυπο υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς περιλαμβάνει ενέργειες σχετικές με την παροχής βασικής αγωγής φαρμάκων, την διατροφή, το περιβάλλον και την δημόσια υγεία (Λάγιου, 2008).

3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Έχει αναφερθεί υψηλή συχνότητα επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες παρηγορητικής φροντίδας. Η μελέτη των Fernández-Sánchez et al. (2018) έχει ως στόχο να προσδιορίσει εάν υπάρχουν διαφορές στην έκκριση της κορτιζόλης του σάλιου μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε μονάδες παρηγορητικής φροντίδας με και χωρίς επαγγελματική εξουθένωση και να διευκρινίσει εάν υπάρχει σχέση μεταξύ του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και του αντιλαμβανόμενου στρες και της ψυχοπαθολογικής κατάστασης σε αυτόν τον πληθυσμό.

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 69 επαγγελματίες υγείας που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών. Περίπου 58 ήταν γυναίκες (M = 29,65 έτη, SD = 8,64) και 11 άνδρες (M = 35,67 έτη, SD = 11,90). Το επίπεδο της ημερήσιας κορτιζόλης καταγράφηκε σε έξι μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια μιας εργάσιμης ημέρας. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αξιολογήθηκε με το Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), το επίπεδο του αντιλαμβανόμενου στρες μετρήθηκε με την κλίμακα Perceived Stress Scale και η ψυχοπαθολογική κατάσταση μετρήθηκε με το SCL-90-R Symptoms Inventory.

Υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην έκκριση κορτιζόλης στους επαγγελματίες με υψηλές βαθμολογίες σε μία μόνο υποκλίμακα του MBI-HSS [$F(3.5) = 2.48$, $p < 0.03$]. Η επίδραση αυτή παρατηρήθηκε 15-30 λεπτά μετά το ξύπνημα ($p < 0,01$) και κατά την κατάκλιση ($p < 0,06$). Επιπλέον, οι επαγγελματίες με επαγγελματική εξουθένωση εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας και άγχους σε σχέση με τους επαγγελματίες χωρίς αυτήν.

Η υψηλότερη βαθμολογία σε οποιαδήποτε διάσταση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας των μονάδων παρηγορητικής φροντίδας φαίνεται να σχετίζεται με διάφορες φυσιολογικές και ψυχολογικές παραμέτρους. Τα ευρήματα αυτά μπορεί να είναι σημαντικά για την περαιτέρω ανάπτυξη της κατανόησης της σχέσης μεταξύ των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης και της έκκρισης κορτιζόλης στους επαγγελματίες υγείας αυτών των μονάδων.

Η μελέτη έχει αρκετούς περιορισμούς. Πρώτον, αν και τα αποτελέσματα παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την απόκριση του άξονα HPA σε άτομα με και χωρίς υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ο συνολικός αριθμός των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν ήταν σχετικά μικρός. Ωστόσο, το δείγμα ήταν ένας αντιπροσωπευτικός αριθμός επαγγελματιών υγείας που εργάζονταν στις υπό μελέτη νοσοκομειακές μονάδες. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να επεκτείνουν το δείγμα αυτό και σε άλλους επαγγελματίες, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι. Υπήρχε επίσης μεγαλύτερος αριθμός γυναικών από ό,τι ανδρών, περισσότεροι βοηθοί νοσηλευτών σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό και περισσότεροι νοσηλευτές σε σύγκριση με τους ιατρούς. Παρ' όλα αυτά, η ανισορροπία αυτή μπορεί να αντανακλά τη φυσιολογική κατανομή των επαγγελματικών κατηγοριών σε τέτοιες μονάδες. Επιπλέον, η προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη έλαβε υπόψη παράγοντες που ενδεχομένως προκαλούσαν σύγχυση, όπως τα προσωπικά χαρακτηριστικά και οι καθημερινές συνήθειες των συμμετεχόντων και οι ειδικές για την κατάσταση πτυχές. Λόγω του διατομεακού χαρακτήρα της παρούσας μελέτης, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων όσον αφορά την κατευθυντικότητα δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί. Μπορούν να προταθούν μόνο συμπεράσματα με θεωρητική κατεύθυνση. Για την επιβεβαίωση αυτών των ερμηνειών απαιτούνται προοπτικά σχέδια. Τέλος, οι μετρήσεις σάλιου συλλέχθηκαν σε έξι χρονικές στιγμές κατά τη διάρκεια μιας

εργάσιμης ημέρας. Ωστόσο, οι μετρήσεις αυτής της παραμέτρου θα μπορούσαν να είχαν συλλεχθεί σε περισσότερες από μία εργάσιμες ημέρες για να παρέχουν μια πιο σταθερή ημερήσια καμπύλη ημέρας κορτιζόλης. Συνεπώς, τα αποτελέσματα θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

Συμπερασματικά, η μελέτη επαληθεύει ότι υπάρχουν διάφορες φυσιολογικές και ψυχολογικές πτυχές που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στη φροντίδα στο τέλος της ζωής. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ιδέα ότι τα επίπεδα κορτιζόλης φαίνεται να ποικίλλουν ανάλογα με το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης που υφίστανται οι επαγγελματίες υγείας (και αντίστροφα). Τα ευρήματα αυτά μπορεί πράγματι να είναι σημαντικά για την περαιτέρω κατανόηση της σχέσης μεταξύ κορτιζόλης και επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτές τις μονάδες.

Στόχος της μελέτης των La Torre et al. (2021) ήταν να μετρηθεί η επιβάρυνση από την επαγγελματική εξουθένωση σε ένα δείγμα εργαζομένων στον τομέα της υγείας (YY), το οποίο αποτελείται από γενικούς ιατρούς, καθηγητές της Ιατρικής και Χειρουργικής Σχολής, νοσηλευτές, φοιτητές ιατρικής και φοιτητές νοσηλευτικής. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση, χρησιμοποιώντας μέσους όρους, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις (SD) και εύρη για τις ποσοτικές μεταβλητές. Πραγματοποιήθηκαν επίσης μονομεταβλητές, διμεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις.

Συνολικά, 535 εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας συμπλήρωσαν την έρευνα. Η πολυμεταβλητή ανάλυση δείχνει ότι η αύξηση της ηλικίας (β = -0,183; P = 0,047), η ιδιότητα του καθηγητή πανεπιστημίου (β = -0,118; P = 0,001), η υψηλή σωματική βαθμολογία (β = -0,370; P < 0,001) και η υψηλή ψυχική βαθμολογία (β = -0,574; P < 0,001) οδήγησαν σε μικρότερη προσωπική εξουθένωση. Η χαμηλή εργασιακή εξουθένωση σχετιζόταν με το να είσαι φοιτητής (β = -0,144; P < 0,001), καθηγητής πανεπιστημίου (β = -0,146; P < 0,001), να έχεις υψηλή σωματική βαθμολογία (β = -0,366; P < 0,001) και να έχεις υψηλή διανοητική βαθμολογία (β = -0,648; P < 0,001). Το να είσαι γυναίκα (β = -0,122; P < 0,001), καθηγήτρια πανεπιστημίου (β = -0,333; P = 0,001), φοιτήτρια (β = -0,433; P < 0,001), να έχεις υψηλή σωματική βαθμολογία (β = -0,26; P < 0,01) και να έχεις υψηλή ψυχική βαθμολογία (β = -0,460; P < 0,001) ήταν προγνωστικοί παράγοντες για μειωμένη επαγγελματική εξουθένωση

των πελατών. Ωστόσο, υψηλή επαγγελματική εξουθένωση των πελατών παρατηρήθηκε σε άτομα που είχαν χρόνο μετακίνησης > 30 λεπτά (β = 0,084; P = 0,012) προβλέψεις.

Ένας περιορισμός της μελέτης είναι ο διατομεακός της χαρακτήρας, ο οποίος δεν επιτρέπει τον προσδιορισμό της αιτιότητας ή της χρονικής σειράς των μεταβλητών. Ένας άλλος περιορισμός είναι η πιθανότητα μεροληψίας επιλογής λόγω του γεγονότος ότι οι συμμετέχοντες προσλήφθηκαν μόνο από πέντε διαφορετικούς χώρους εργασίας. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ανήκουν σε διαφορετικές πολιτισμικές, μορφωτικές, γεωγραφικές και προσωπικές κατηγορίες από τους συναδέλφους τους που απασχολούνται στον ίδιο τομέα αλλού. Επιπλέον, οι μετρήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι υποκειμενικές, οπότε δεν λαμβάνονται υπόψη μη παρατηρούμενα χαρακτηριστικά σε ατομικό επίπεδο, όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που μπορεί να επηρεάσουν όλες τις μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση. Τέλος, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα σφάλματος απόκρισης. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε κάποια απροθυμία ειλικρινούς απάντησης σε αυτού του είδους την έρευνα, παρά τη διατήρηση του απορρήτου, ή για άλλους λόγους, όπως η απώλεια χρόνου για άλλες εργασιακές δραστηριότητες. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι εργαζόμενοι που έχουν μεγαλύτερη ευημερία είναι συχνά εκείνοι που συμμετέχουν σε πρακτικές διαχείρισης, όπως αυτές οι έρευνες. Για τους λόγους αυτούς, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν μπορούν να γενικευτούν στον πληθυσμό των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά τα ευρήματα μπορούν να προσφέρουν ένα σημείο προβληματισμού για περαιτέρω διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Η μελέτη δείχνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί σημαντικό ζήτημα μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και ότι πρέπει να εξεταστούν στρατηγικές πρόληψης, με ιδιαίτερη έμφαση στη σωματική και ψυχική υγεία.

Στο πλαίσιο μιας υποκείμενης διαδικασίας επιδείνωσης της υγείας, οι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες εξαντλούν τους ψυχικούς και φυσικούς πόρους των εργαζομένων και οδηγούν σε εξάντληση/εξουθένωση και σε προβλήματα υγείας, ενώ οι συμπεριφορές που επιδεινώνουν την υγεία αποτελούν έναν από τους πιθανούς μηχανισμούς που συνδέουν την εξουθένωση με την κακή υγεία. Η μελέτη των Alexandrova-Karamanova et al. (2016) έχει

ως στόχο να διερευνήσει τις συσχετίσεις μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κατανάλωσης fast food, της άσκησης, της κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσης παυσίπονων σε ένα πολυεθνικό δείγμα 2623 γιατρών, νοσηλευτών και ειδικευομένων από την Ελλάδα, την Πορτογαλία, τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία, την Τουρκία, την Κροατία και τη Μακεδονία, υιοθετώντας μια διακρατική προσέγγιση.

Τα δεδομένα αποτελούν μέρος της διεθνούς διατομεακής ποσοτικής έρευνας ORCAB. Οι μετρήσεις περιελάμβαναν το Maslach Burnout Inventory και το Health Behaviors Questionnaire.

Η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με την υψηλότερη κατανάλωση γρήγορου φαγητού, τη σπάνια άσκηση, την υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ και τη συχνότερη χρήση παυσίπονων στο πλήρες δείγμα και οι συσχετίσεις αυτές παρέμειναν σημαντικές μετά τη συμπερίληψη των παραγόντων ατομικών διαφορών και της χώρας διαμονής. Οι διακρατικές συγκρίσεις έδειξαν σημαντικές διαφορές στην επαγγελματική εξουθένωση και στις συμπεριφορές υγείας, καθώς και κάποιες διαφορές στη στατιστική σημαντικότητα και στο μέγεθος (αλλά όχι στην κατεύθυνση) των μεταξύ τους συσχετίσεων. Οι επαγγελματίες υγείας από την Τουρκία, την Ελλάδα και τη Βουλγαρία ανέφεραν τις πιο δυσμενείς εμπειρίες.

Το κύριο πλεονέκτημα της μελέτης είναι ότι αξιολογεί ταυτόχρονα τις ανεξερεύνητες σχέσεις μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των συμπεριφορών υγείας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, υιοθετώντας μια διακρατική προσέγγιση. Η μελέτη περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας από επτά χώρες της Νότιας και Νοτιοανατολικής Ευρώπης, παρέχοντας έτσι δεδομένα σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση και τις συμπεριφορές υγείας για μια περιοχή της Ευρώπης που σπάνια διερευνάται.

Ένας περιορισμός αυτής της μελέτης είναι ο διατομεακός σχεδιασμός της, ο οποίος δεν επιτρέπει τη διερεύνηση των υποκείμενων μηχανισμών που συνδέουν την επαγγελματική εξουθένωση με τις συμπεριφορές υγείας ή την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την κατεύθυνση της αιτιότητας μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των συμπεριφορών υγείας. Ένας άλλος περιορισμός είναι ότι οι συμπεριφορές υγείας αυτοαξιολογούνται και δεν

μετρώνται με αντικειμενικούς δείκτες. Μεταξύ των περιορισμών της μελέτης είναι ότι δεν διερευνάται ο ρόλος άλλων πιθανών συγχυτικών παραγόντων στη συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης-συμπεριφορών υγείας, όπως η προσωπικότητα, οι γενικές φιλοσοφικές απόψεις για τη ζωή, η οικογενειακή κατάσταση και οι σχέσεις. Επίσης, η προσέγγιση της δειγματοληψίας ευκολίας δεν επιτρέπει την γενίκευση συμπερασμάτων σε ολόκληρο τον πληθυσμό - τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία στις επτά χώρες της Νότιας και Νοτιοανατολικής Ευρώπης. Έτσι, οι παρατηρούμενες διακρατικές διαφορές ενδέχεται να οφείλονται σε ιδιαιτερότητες των δειγμάτων. Οι διαφορές μεταξύ των εθνικών δειγμάτων όσον αφορά τα ποσοστά διαφορετικού προσωπικού εντός των δειγμάτων ενδέχεται επίσης να αποτελούν παράγοντα για τη γενίκευση των συμπερασμάτων, καθώς ορισμένες έρευνες συμπεραίνουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην επαγγελματική εξουθένωση και τις συσχετίσεις της μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών και ειδικευομένων.

Η επαγγελματική εξουθένωση και οι επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι σημαντικές τόσο στο πλαίσιο της υγείας και της ευημερίας των επαγγελματιών υγείας όσο και ως παράγοντες που συμβάλλουν στα ιατρικά λάθη και στην ανεπαρκή ασφάλεια των ασθενών. Οι οργανωτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να ενσωματώνουν τον έγκαιρο εντοπισμό τέτοιων συμπεριφορών σε συνδυασμό με προγράμματα που προάγουν την υγεία και στοχεύουν στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού στρες.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας κινδυνεύουν να υποστούν επαγγελματική εξουθένωση. Η μελέτη των Jorgensen et al. (2021) έχει ως στόχο να διερευνήσει την επαγγελματική εξουθένωση σε δύο περιβάλλοντα: ανοικτούς και κλειστούς ψυχιατρικούς θαλάμους και δύο επαγγέλματα: εγγεγραμμένους νοσηλευτές και βοηθούς κοινωνικής φροντίδας σε οκτώ ψυχιατρικούς θαλάμους στη Δανία. Συνολικά 114 επαγγελματίες συμπλήρωσαν το Copenhagen Burnout Inventory και ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο.

Η μελέτη βασίζεται σε δεδομένα από μια πολυφασική μελέτη μικτών μεθόδων που χρησιμοποιεί έναν επεξηγηματικό διαδοχικό σχεδιασμό. Η πρώτη φάση της μελέτης διεξήχθη σε ένα νοσοκομείο και η δεύτερη φάση σε ένα άλλο νοσοκομείο. Το ποσοτικό σκέλος εξυπηρετεί δύο σκοπούς- πρώτον, τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης

στους ΥΕΠΥ στην αρχική κατάσταση λόγω του περιβάλλοντος και του επαγγέλματος (αναφέρεται στην παρούσα εργασία). Δεύτερον, να διερευνήσει τον αντίκτυπο της μεθόδου GSD στην επαγγελματική εξουθένωση στους MHCPs μετά την εργασία με τη μέθοδο GSD για οκτώ μήνες. Το ποιοτικό σκέλος διερευνά τον τρόπο με τον οποίο οι MHCPs βιώνουν την επίδραση της παρέμβασης στην επαγγελματική εξουθένωση και τις αντιδράσεις τους για τη χρήση της παρέμβασης στην κλινική πρακτική. Οι αντιδράσεις των MHCPs από το πρώτο νοσοκομείο έχουν αναφερθεί αλλού και η εργασία που περιέχει τα αποτελέσματα από το δεύτερο νοσοκομείο βρίσκεται υπό προετοιμασία. Μια εργασία μεικτών μεθόδων που θα περιέχει δεδομένα και από τις δύο φάσεις θα αναφέρει και θα εξηγεί τη χρήση της μεθόδου GSD και τον αντίκτυπό της στην επαγγελματική εξουθένωση των MHCP οκτώ μήνες μετά την εκπαίδευση.

Η μελέτη δεν διαπίστωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες επαγγελματικής εξουθένωσης στους ΜΗΚΠ που εργάζονται σε ανοικτούς σε σύγκριση με τους κλειστούς θαλάμους και όταν επιθεωρήσαμε την επαγγελματική εξουθένωση και το ποσοστό της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελμάτων σε κλειστούς και ανοικτούς θαλάμους, διαπιστώσαμε ότι οι βαθμολογίες επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν συγκρίσιμες μεταξύ των νοσηλευτών και των ΜΗΚΠ. Ωστόσο, διαπιστώσαμε ότι οι MHCP σημείωσαν την υψηλότερη βαθμολογία στην προσωπική και εργασιακή εξουθένωση και τη χαμηλότερη στην εξουθένωση που σχετίζεται με τους πελάτες, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ασθενείς μπορεί να διαδραματίζουν μικρό μόνο ρόλο στην εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, ενώ οι εργασιακοί και οργανωτικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο. Διαπιστώσαμε επίσης ότι το ποσοστό της υψηλής επαγγελματικής εξουθένωσης σε κλειστούς θαλάμους ήταν υψηλότερο μεταξύ των ΥΥΑ σε σύγκριση με τους νοσηλευτές τόσο στην επαγγελματική εξουθένωση όσο και στην εξουθένωση που σχετίζεται με τον πελάτη, γεγονός που υποδεικνύει ότι το επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να διαδραματίζει ρόλο σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση.

Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά διαφορές στην επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες που εργάζονταν σε κλειστούς και ανοιχτούς θαλάμους. Ωστόσο, διαπιστώσαμε ότι οι επαγγελματίες σημείωσαν την υψηλότερη βαθμολογία στην προσωπική εξουθένωση και στην επαγγελματική εξουθένωση και τη χαμηλότερη στην εξουθένωση που

σχετίζεται με τον πελάτη. Αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς μπορεί να παίζουν μόνο μικρό ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας.

Στόχος της μελέτης των Arrogante & Aparicio-Zaldivar (2020) είναι να προσδιοριστούν τα προγνωστικά μοντέλα που περιλαμβάνουν τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης που αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για τη σωματική/ψυχική υγεία και την υποκειμενική/ψυχολογική ευεξία που αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες εντατικής θεραπείας- να αναλυθούν οι σχέσεις μεταξύ του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, της κατάστασης της υγείας και της ευεξίας που βιώνουν οι εν λόγω επαγγελματίες- και να διαπιστωθούν κοινωνικοδημογραφικές διαφορές στις μεταβλητές που αξιολογήθηκαν.

Πραγματοποιήθηκε μια μελέτη συσχέτισης και διατομής. Προσλήφθηκαν συνολικά 52 επαγγελματίες εντατικής θεραπείας, κυρίως νοσηλευτές, από μια μονάδα εντατικής θεραπείας της Μαδρίτης. Όλοι οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν με τα ερωτηματολόγια: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, Short Form-12 Health Survey, Satisfaction With Life Scale, Positive and Negative Affect Schedule και Psychological Well-Being Scales.

Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές κοινωνικοδημογραφικές διαφορές. Τα υψηλά επίπεδα στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετίστηκαν με κακή σωματική/ψυχική υγεία και υποκειμενική/ψυχολογική ευημερία. Οι υψηλές βαθμολογίες στη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση και οι χαμηλές στην προσωπική ολοκλήρωση προέβλεπαν αρνητικά τις κλίμακες υποκειμενικής και ψυχολογικής ευεξίας. Η κλίμακα αυτοαποδοχής είχε την υψηλότερη προβλεπτική εγκυρότητα. Η συναισθηματική εξάντληση ήταν η μόνη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης που προέβλεπε αρνητικά τη σωματική και ψυχική υγεία.

Η κατάσταση της υγείας και τα επίπεδα υποκειμενικής/ψυχολογικής ευεξίας μπορούν να επηρεαστούν αρνητικά από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι επαγγελματίες εντατικής θεραπείας. Κατά συνέπεια, απαιτείται η εφαρμογή προγραμμάτων για την πρόληψη και την αντιμετώπιση αυτού του συνδρόμου. Αυτές οι προληπτικές παρεμβάσεις μπορούν να επηρεάσουν θετικά όχι μόνο την υγεία και την ευημερία αυτών των επαγγελματιών, αλλά μπορούν επίσης να βελτιώσουν την ικανότητά τους να ασκούν

αποτελεσματικά το επάγγελμα, να βελτιώσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και την ασφάλεια των ασθενών και να μειώσουν το οικονομικό κόστος των ιδρυμάτων υγείας. Συνεπώς, είναι επιτακτική ανάγκη να εφαρμοστούν προγράμματα πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης για τους επαγγελματίες εντατικής θεραπείας από τα πανεπιστήμια έως τα ιδρύματα υγείας.

Η επαγγελματική εξουθένωση νοείται ως ένα σύνδρομο που προκύπτει από μακροχρόνιο χρόνιο στρες. Αυτό μπορεί να εκδηλώνεται κυρίως ως συναισθηματική κόπωση, υπερφόρτωση ή εξάντληση, αποπροσωποποίηση, κακή άποψη για την αυτοδυναμία του ατόμου και παραδοσιακά θεωρήθηκε ως βλάβη της ψυχικής υγείας που σχετίζεται με την εργασία. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει άμεσα την ποιότητα της εργασίας επηρεάζοντας έτσι αρνητικά το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς. Η μελέτη των Joshi & Sharma (2020) περιγράφει τους στρεσογόνους παράγοντες μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που τους θέτουν σε κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης κατά τη διάρκεια του COVID-19.

Με τη συνεχιζόμενη πανδημία, η Ινδία παρατηρεί σημαντική αύξηση των αναφερόμενων περιστατικών ψυχικής υγείας, με έναν αυξανόμενο αριθμό ανθρώπων που αναζητούν τηλε-συμβουλευτική και διαδικτυακή ψυχοθεραπεία. Ο αριθμός και το ποσοστό των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην Ινδία είναι σημαντικά χαμηλά σε σύγκριση με την αυξανόμενη ζήτηση αυτών των παρόχων υπηρεσιών. Με δεδομένους τους περιορισμένους πόρους και λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση εν μέσω του covid-19, η έξαρση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει αυξήσει τον κίνδυνο προσωπικής και επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών. Η συναισθηματική μετάδοση, το αντιληπτό στρες, η κόπωση από τη συμπόνια, το δευτερογενές τραυματικό στρες, η χαμηλή θεραπευτική αποτελεσματικότητα και η μεγαλύτερη διάρκεια της θεραπείας είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, η αβεβαιότητα και το απρόβλεπτο της πανδημίας έχει αυξήσει την πιθανότητα οι άνθρωποι καθώς και οι επαγγελματίες να βιώσουν μετακοβιδικό στρες μαζί με δευτερογενή προβλήματα ψυχικής υγείας. Ως εκ τούτου, καθίσταται υψίστης σημασίας για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να ασχοληθούν

με τη δική τους ψυχολογική υγεία, ώστε να αποφύγουν τους επιβλαβείς μετασεισμούς αυτής της πανδημίας.

Το άρθρο αυτό εξετάζει την επαγγελματική εξουθένωση, την κόπωση από τη συμπόνια και την ικανοποίηση από τη συμπόνια σε ένα δείγμα επαγγελματικού προσωπικού ψυχικής υγείας σε ένα νότιο νοσοκομείο για υποθέσεις βετεράνων σε σύγκριση με ένα δείγμα διοικητικού προσωπικού στο ίδιο περιβάλλον. Ο κύριος ερευνητικός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιοριστεί ο βαθμός στον οποίο οι κλινικοί πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση, κόπωση συμπόνιας και ικανοποίηση από τη συμπόνια σε σύγκριση με μια ομάδα διοικητικού προσωπικού (μη άμεσης φροντίδας ασθενών). Υπήρχε η υπόθεση ότι η κλινική ομάδα θα βίωνε υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωσης από συμπόνια και λιγότερη ικανοποίηση από συμπόνια σε σχέση με τη διοικητική ομάδα, λόγω της άμεσης έκθεσής της στους ασθενείς και τις ανάγκες ψυχικής υγείας τους.

Η μελέτη των Newell & MacNeil (211) χρησιμοποίησε έναν διερευνητικό σχεδιασμό έρευνας διατομής με δείγμα ευκολίας. Η συλλογή δεδομένων σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση, την κόπωση συμπόνιας και την ικανοποίηση από τη συμπόνια πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ανώνυμων εργαλείων έρευνας αυτοαναφοράς σε μια ομάδα υποκειμένων (πάροχοι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) και μια ομάδα σύγκρισης (προσωπικό που δεν παρέχει υπηρεσίες φροντίδας ασθενών ή διοικητικό προσωπικό).

Οι συμμετέχοντες στην κλινική ομάδα ήταν εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης στο ιατρικό κέντρο που παρείχαν άμεσες υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία για ψυχική ασθένεια είτε είχε διαγνωστεί προηγουμένως είτε είχε διαγνωστεί κατά τη διάρκεια της τρέχουσας θεραπείας τους στο VA (Veteran's Affairs). Το δείγμα δεν περιορίστηκε σε καμία συγκεκριμένη ειδικότητα και περιελάμβανε ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, συμβούλους, νοσηλευτές, κλινικούς φαρμακοποιούς, ειδικούς επαγγελματικής αποκατάστασης και άλλους παρόχους υπηρεσιών (εφόσον το άτομο απασχολούνταν σε θέση άμεσης φροντίδας ψυχικής υγείας). Η ομάδα σύγκρισης αποτελούνταν από υπαλλήλους που κατείχαν ισοδύναμα πτυχία και πιστοποιήσεις στον τομέα τους και οι οποίοι είχαν ισοδύναμο μισθολογικό βαθμό με τους συμμετέχοντες στην ομάδα μελέτης, αλλά δεν παρείχαν άμεσες υπηρεσίες φροντίδας ασθενών σε βετεράνους με ψυχικές ασθένειες. Η ομάδα σύγκρισης

περιελάμβανε διοικητικούς υπαλλήλους, κλινικούς διευθυντές, διευθυντές και προσωπικό σε θέσεις πληροφορικής, επιχειρήσεων, τιμολόγησης και ανθρώπινου δυναμικού.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας, επομένως η γενίκευση των ευρημάτων μας σε περιβάλλοντα εκτός των νοσοκομείων VA θα πρέπει να γίνεται με προσοχή. Αναγνωρίζουμε επίσης ότι ο εφάπαξ σχεδιασμός της έρευνας που χρησιμοποιήσαμε μπορεί να εισάγει απειλές στην εσωτερική εγκυρότητα της μελέτης. Σίγουρα το σφάλμα μέτρησης αποτελεί ανησυχία στην παρούσα μελέτη, καθώς υποθέσαμε ότι οι συμμετέχοντες στη μελέτη μπορούσαν να διαβάσουν και θα συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια με ειλικρίνεια. Πέρα από τις τυπικές ανησυχίες για το σφάλμα μέτρησης, σημειώνουμε ότι ορισμένοι από τους συμμετέχοντες μπορεί πράγματι να αντιμετώπιζαν προβλήματα ψυχικής υγείας που θα έθεταν σε κίνδυνο τις απαντήσεις τους. Για παράδειγμα, είναι πιθανό οι συμμετέχοντες να αντιμετώπιζαν προβλήματα κατάθλιψης ή εξάρτησης από ουσίες ή να βρίσκονταν σε προβληματική σχέση, τα οποία θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις ακριβείς απαντήσεις τους σχετικά με το εργασιακό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση. Η ευαίσθητη φύση του θέματος της παρούσας μελέτης μπορεί επίσης να συμβάλει στο σφάλμα μέτρησης. Είναι πιθανό ότι οι ανησυχίες για στιγματισμό είχαν ως αποτέλεσμα ορισμένα επιλέξιμα άτομα να επιλέξουν να μην συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιό μας που είχε σχεδιαστεί για να αξιολογήσει τις ανησυχητικές εμπειρίες τους σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση, το δευτερογενές τραυματικό στρες, την κόπωση από τη συμπόνια και την ικανοποίηση από τη συμπόνια. Παρόλο που αναφέραμε σαφώς ότι οι ατομικές απαντήσεις τους δεν θα αποκαλύπτονταν σε προϊσταμένους, άλλους εργαζόμενους ή διοικητικούς υπαλλήλους, είναι πιθανό ότι ορισμένοι δυνητικοί συμμετέχοντες επέλεξαν να μη συμμετάσχουν στη μελέτη λόγω ανησυχιών ότι θα αποκαλύπτονταν τα αποτελέσματα των ατομικών τους ερωτηματολογίων. Ορισμένοι εργαζόμενοι μπορεί να φοβήθηκαν ότι η αποκάλυψη τυχόν συμπτωμάτων αυτών των καταστάσεων θα οδηγούσε άλλους να αμφισβητήσουν την επαγγελματική τους ικανότητα απόδοσης και την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν το άγχος. Μια δευτερεύουσα ανησυχία είναι ότι δεν ελήφθησαν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις εξαρτημένες μεταβλητές για την παρούσα μελέτη, επειδή τα δείγματα δεν περιλάμβαναν τους εργαζόμενους που δεν εργάζονται πλέον στο περιβάλλον των VA (Veteran's Affairs), ίσως ως αποτέλεσμα της επαγγελματικής εξουθένωσης ή της κόπωσης συμπόνιας. Στην ουσία, οι πρώην εργαζόμενοι

που βίωσαν αυτές τις συνθήκες μπορεί στην πραγματικότητα να έχουν εκκενώσει τις θέσεις τους ως μέθοδο αυτοπροστασίας.

Υπήρξε η υπόθεση ότι θα υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην εμπειρία αυτών των καταστάσεων μεταξύ αυτών των δύο ομάδων, με τους κλινικούς παρόχους να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στρες λόγω της άμεσης έκθεσής τους σε ασθενείς και τις ανάγκες τους σε ψυχική υγεία. Συνολικά, οι συμμετέχοντες σε αυτό το δείγμα σημείωσαν υψηλές βαθμολογίες στο μέτρο της ικανοποίησης από τη συμπόνια, ωστόσο παρατηρήθηκαν επίσης σημαντικά συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωσης από τη συμπόνια.

Η μελέτη των Gilibert & Daloz (2008) έχει δύο στόχους. Αφενός, στοχεύει να δείξει τις σχέσεις που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ του αισθήματος της επαγγελματικής εξουθένωσης και άλλων ψυχολογικών μεταβλητών, όπως οι διάφορες διαστάσεις της αυτοεκτίμησης, το άγχος που αισθάνεται κανείς, το αίσθημα γενικού αυτοελέγχου, η αντίληψη της κατάστασης της σωματικής υγείας, η ικανοποίηση από την εργασία, καθώς και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής και η δυσαρέσκεια σε όλους τους τομείς της ζωής. Από την άλλη πλευρά, αποσκοπεί στη μελέτη του βαθμού στον οποίο οι λόγοι που διαπιστώνονται για αυτή την επαγγελματική εξουθένωση αποκαλύπτουν τόσο την εξάντληση όσο και τις επιπτώσεις της σε διάφορους τομείς της υποκειμενικής ζωής. Θα συζητήσουμε τη σημασία αυτών των αποτελεσμάτων ενόψει των δυνατοτήτων πρόληψης και ατομικής θεραπείας.

Η μελέτη που διεξήχθη μεταξύ επαγγελματιών υγείας στην ψυχιατρική, αξιολογεί την επαγγελματική εξουθένωση (Maslash Burnout Inventory) σε σχέση με άλλες συναφείς διαταραχές: χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης σε διάφορους τομείς (Self-Esteem Inventory), τη συχνότητα του άγχους που αισθάνεται (Nursing Stress Scale), μικρότερο αίσθημα γενικού ελέγχου (Lumpkin), πιο αρνητική αντίληψη της γενικής κατάστασης της υγείας (Diagnostic Interview Schedule), δυσαρέσκεια από την εργασία και δυσαρέσκεια από πολλές πτυχές της ζωής (Subjective Quality of Life Profile). Επιπλέον, μεταξύ αυτών των επαγγελματιών, το γεγονός της περιγραφής των αιτιών της επαγγελματικής εξουθένωσης του ατόμου ως "παγκόσμιου" αντίκτυπου στη συμπεριφορά του (χρησιμοποιώντας το CDS II), αποκαλύπτει τόσο τη συναισθηματική εξάντληση όσο και τις συναφείς διαταραχές (αλλά όχι το αίσθημα εσωτερικού ελέγχου). Αυτή η αποδιδόμενη μεταβλητή εμφανίζεται ως σημαντικός μεσολαβητής μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της υγείας (DIS). Τα

αποτελέσματα αυτά συζητούνται με στόχο την ανάπτυξη της έγκαιρης ανίχνευσης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης και των συναφών διαταραχών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Σκοπός της μελέτης ήταν να επαληθευτούν κατ' αρχάς οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχέση του υποκειμένου με άλλους τομείς της ζωής του. Εάν ληφθούν υπόψη οι διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στο σύνολό τους, φαίνεται καταρχάς ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται συχνά με την αυτοεκτίμηση και τις ποικίλες συνιστώσες της. Σχετικά με το θέμα αυτό, το χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης που συνδέεται με την επαγγελματική εξουθένωση δεν αφορά ειδικά την επαγγελματική αυτοεκτίμηση των υποκειμένων και πηγαίνει ακόμη παραπέρα: χαμηλά επίπεδα γενικής, κοινωνικής και ακόμη και οικογενειακής αυτοεκτίμησης. Όσον αφορά την υποκειμενική ποιότητα ζωής, έχουν παρατηρηθεί σχέσεις με τη δυσαρέσκεια που συνδέεται με την εργασία, αν και αυτή δεν γίνεται λιγότερο σημαντική για το υποκείμενο. Ομοίως, η φυσική κατάσταση της υγείας θεωρείται λιγότερο ικανοποιητική χωρίς να χάνει τη σημασία της. Ταυτόχρονα, φαίνεται ότι άλλοι παράγοντες αποκτούν σημασία για το υποκείμενο, όπως οι φίλοι του, η ψυχική του ζωή και ακόμη και η σεξουαλικότητά του, χωρίς να εκδηλώνει ικανοποίηση για τα θέματα αυτά. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η συναισθηματική συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται να είναι η πιο διαφοροποιητική, δεδομένου ότι προβλέπει καλύτερα αυτές τις διαταραχές και, επιπλέον, συνδέεται περισσότερο με τις μετρήσεις της γενικής υγείας ή με το γεγονός ότι δηλώνουν καταθλιπτικοί ή καταθλιπτικοί. Σε κάθε περίπτωση, όλα αυτά τα στοιχεία μαζί, πιστοποιούν τις σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της αυτοεκτίμησης, και πιο συγκεκριμένα τις σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης αφενός, και των επιπτώσεων στην SQLP σε άλλους τομείς εκτός του επαγγελματικού. Αυτές οι παρατηρήσεις και η επανάληψή τους οδηγούν αναγκαστικά στην υποβολή του ερωτήματος σχετικά με την προέλευση και τους παράγοντες που συμβάλλουν στα συναισθηματικά προβλήματα σε σχέση με διάφορους τομείς της ζωής. Από την άποψη αυτή, θα ήταν χρήσιμο να γίνει μια αντιστοιχία με διαχρονική μέθοδο μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και άλλων μέτρων που αφορούν τις παρεμβολές μεταξύ της εργασίας και των άλλων τομέων της ζωής, προκειμένου να έχουμε καλύτερη γνώση των πιθανών διαρροών μεταξύ αυτών των διαφορετικών τομέων,

της κατεύθυνσής τους και επίσης των ενδεχόμενων συνεπειών τους στην ποιότητα της ψυχολογικής ζωής του υποκειμένου.

Η μελέτη των Suyi et al. (2017) χρησιμοποίησε δεδομένα από έναν προοπτικό σχεδιασμό μελέτης προ-μετά την παρακολούθηση. Συνολικά 37 επαγγελματίες ψυχικής υγείας συμμετείχαν στο πρόγραμμα, το οποίο διεξήχθη σε τρεις ομάδες σε διάστημα εννέα μηνών. Το πρόγραμμα περιελάμβανε έξι δίωρες συνεδρίες που προσφέρονταν μία φορά την εβδομάδα για έξι εβδομάδες και χρησιμοποιούσε μια σειρά από τεχνικές ενσυνειδητότητας για να διδάξει στους συμμετέχοντες να καλλιεργούν συμπονετική και μη επικριτική στάση απέναντι στις εσωτερικές τους εμπειρίες. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε τρία στάδια: πριν και μετά την παρέμβαση, καθώς και σε τρεις μήνες παρακολούθησης. Οι αξιολογήσεις εξέτασαν την ενσυνειδητότητα (ερωτηματολόγιο ενσυνειδητότητας πέντε όψεων), τη συμπόνια (κλίμακα αυτοσυμπόνιας-SF και κλίμακα συμπόνιας), το άγχος (κλίμακα αντιλαμβανόμενου άγχους-10) και την επαγγελματική εξουθένωση (απογραφή επαγγελματικής εξουθένωσης Oldenburg).

Οι συμμετέχοντες επέδειξαν σημαντική βελτίωση σε τέσσερις από τις πέντε όψεις της ενσυνειδητότητας (παρατηρώ, περιγράφω, δεν κρίνω και δεν αντιδρώ) και στα επίπεδα συμπόνιας, καθώς και σημαντική μείωση του στρες, μετά την παρέμβαση. Τα κέρδη στις βαθμολογίες της ενσυνειδητότητας και της αυτοσυμπόνιας διατηρήθηκαν κατά την τρίμηνη παρακολούθηση. Δεν παρατηρήθηκε καμία αλλαγή για τις μεταβλητές της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η εκπαίδευση ενσυνειδητότητας ήταν αποτελεσματική στη μείωση του στρες και στη βελτίωση της ενσυνειδητότητας και της συμπόνιας, αλλά όχι στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, για αυτή την ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη Σιγκαπούρη. Απαιτείται μελλοντική πειραματική έρευνα με μεγαλύτερα δείγματα για την επικύρωση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης.

Η κόπωση της συμπόνιας είναι ένα πρόβλημα για πολλούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που εκδηλώνεται ως σωματική, ψυχική και πνευματική εξάντληση. Ο στόχος της μελέτης των Cragun et al. (2016) ήταν να αξιολογηθεί η συσχέτιση μεταξύ προηγούμενης πολεμικής ανάπτυξης και κόπωσης συμπόνιας μεταξύ των στρατιωτικών παρόχων ιατρικής

έκτακτης ανάγκης. Διεξήγαγαν μια μη πειραματική διασταυρούμενη έρευνα σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που τοποθετήθηκαν στο Στρατιωτικό Ιατρικό Κέντρο του Σαν Αντόνιο, Τμήμα Επείγουσας Ιατρικής. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο έρευνας Professional Quality of Life Scale V που αξιολογεί την επαγγελματική εξουθένωση του παρόχου, το δευτερογενές τραυματικό στρες και την ικανοποίηση από τη συμπόνια. Τα αποτελέσματα περιλάμβαναν τις ακατέργαστες βαθμολογίες της επαγγελματικής εξουθένωσης, του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της ικανοποίησης από τη συμπόνια. Οι βαθμολογίες συγκρίθηκαν μεταξύ των παρόχων με βάση τις προηγούμενες πολεμικές αποστολές με τη χρήση δοκιμών t ανεξάρτητου δείγματος με δύο σκέλη και μοντέλων πολλαπλής παλινδρόμησης.

Οι έρευνες συμπληρώθηκαν από 105 ερωτηθέντες: 42 νοσηλευτές (20 είχαν αναπτυχθεί στο παρελθόν), 30 τεχνικοί (11 είχαν αναπτυχθεί στο παρελθόν) και 33 ιατροί (16 είχαν αναπτυχθεί στο παρελθόν). Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες της επαγγελματικής εξουθένωσης, του δευτερογενούς τραυματικού στρες ή της ικανοποίησης από τη συμπόνια μεταξύ των παρόχων που είχαν αναπτυχθεί προηγουμένως σε σχέση με τους παρόχους που δεν είχαν αναπτυχθεί προηγουμένως.

Δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ της προηγούμενης πολεμικής ανάπτυξης και της επαγγελματικής εξουθένωσης, του δευτερογενούς τραυματικού στρες ή της βαθμολογίας ικανοποίησης από συμπόνια.

Το φαινόμενο του απατεώνα ορίζεται ως η αίσθηση της πνευματικής απάτης και η ανικανότητα να εσωτερικεύσουν την επιτυχία και την ικανότητα. Αν και το φαινόμενο του απατεώνα έχει παρατηρηθεί σε διάφορους πληθυσμούς, η βιβλιογραφία είναι φτωχή και επικεντρώνεται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, ελάχιστα είναι γνωστά για τις σχέσεις μεταξύ του φαινομένου του απατεώνα, της κόπωσης από συμπόνια και της ικανοποίησης από συμπόνια για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Χρησιμοποιώντας ένα σχέδιο έρευνας με ένα δείγμα ευκολίας 158 εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας, η μελέτη των Clark et al. (2022) διαπίστωσε ότι το φαινόμενο του απατεώνα σχετίζεται θετικά με την κόπωση από συμπόνια, καθώς και αρνητικά με την ικανοποίηση από συμπόνια, όταν ελέγχονται τα έτη εργασίας και η ηλικία. Περαιτέρω, ο συνδυασμός χαμηλότερων επιπέδων

ικανοποίησης από τη συμπόνια και υψηλότερων επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης προέβλεπε υψηλότερα επίπεδα φαινομένου υποκατάστασης.

Οι περιορισμοί της μελέτης περιλαμβάνουν τη χρήση δείγματος ευκολίας σε αντίθεση με μια πιο τυχαία δειγματοληψία. Επιπλέον, η πλειονότητα των κλινικών ιατρών σε αυτή τη μελέτη ήταν θεραπευτές γάμου και οικογένειας (62%), γυναίκες (83,5%) και Καυκάσιοι (85%). Επιπλέον, η μελέτη αυτή δεν έλαβε υπόψη της διάφορα σημαντικά περιγραφικά χαρακτηριστικά των κλινικών ιατρών, συμπεριλαμβανομένης της ταυτότητας φύλου, του σεξουαλικού προσανατολισμού, της κατάστασης αδειοδότησης, του τύπου (ή των τύπων) της άδειας (ή των αδειών) που κατέχουν και της συχνότητας εργασίας με πελάτες που έχουν βιώσει τραύμα. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να δοθεί προσοχή στη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να επικεντρωθούν στη διεύρυνση της βάσης των επαγγελμάτων ψυχικής υγείας που μελετήθηκαν και να συγκρίνουν τον αντίκτυπο της ΠΕ στους διάφορους κλάδους, να διευρύνουν τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού που μελετήθηκαν και να λάβουν υπόψη την επίδραση που μπορεί να έχουν οι προσωπικές ταυτότητες στις εμπειρίες κάποιου από την ΚΣ, την επαγγελματική εξουθένωση, το ΣΣΕ και την ΠΕ.

Η μελέτη είναι σημαντική για τους MFT και άλλους κλινικούς ιατρούς ψυχικής υγείας, καθώς αποτελεί την πρώτη (απ' όσο γνωρίζουμε) που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από τη συμπόνια, της κόπωσης από τη συμπόνια και του φαινομένου του απατεώνα σε δείγμα επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Διαπιστώθηκε ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες στο φαινόμενο της υποκατάστασης σχετίζονται θετικά με υψηλότερες βαθμολογίες στην κόπωση από συμπόνια και χαμηλότερες βαθμολογίες στην ικανοποίηση από συμπόνια. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι το φαινόμενο του απατεώνα συνδέεται με λιγότερα χρόνια εργασίας στον τομέα. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για την κατανόηση των εξωτερικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν αυτές τις σχέσεις- ωστόσο, αυτό είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα για την κατανόηση του φαινομένου του απατεώνα, της κόπωσης από τη συμπόνια και της ικανοποίησης από τη συμπόνια.

3.3. Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τη βάση των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων διότι παρέχει υπηρεσίες από την πρόληψη έως την αποκατάσταση. Παρά τις αισιόδοξες προοπτικές για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλη ζήτηση για αυτό. Ωστόσο, δεν έχουν υλοποιηθεί οι απαραίτητες τροποποιήσεις, παρά τις συστάσεις για τα ανεπαρκή σημεία του μηχανισμού. Οι απόπειρες μεταρρύθμισης απέτυχαν παταγωδώς διότι η λογική του ατομικού συμφέροντος οδήγησε στην κυριαρχία του καιροσκοπικού και αχαλίνωτου κέρδους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι πολίτες να στραφούν σε ιδιωτικές υγειονομικές δαπάνες.

Στον απόηχο της οικονομικής ύφεσης, παρουσιάστηκε η ευκαιρία για την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων, οι οποίες ματαιώθηκαν στο παρελθόν στο βωμό των καιροσκοπικών συμφερόντων. Οι δραστικές αλλαγές είναι απαραίτητες σε ένα κράτος με μεγάλο πλήθος εξειδικευμένων ιατρών, συντετριμμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ασυδοσίας και απουσίας ελέγχου δαπανών.

Η μετατροπή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα αποδοτικό, αξιόπιστο και σύγχρονο μηχανισμό βασισμένο στα πρότυπα υγειονομικά προηγμένων κρατών θα επέλθει με τη θέσπιση ορισμένων μέτρων. Μεταξύ άλλων θα πρέπει να οριστεί κοινωνικός φόρος προστιθέμενης αξίας και συγκεκριμένης φορολόγησης στα επιζήμια αγαθά, σύστημα ελέγχου ποιότητας και αποτελεσματικότητας και η υποχρεωτική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών 24 ώρες την ημέρα. οικογενειακοί ιατροί και γενικοί ιατροί. Επίσης, θα πρέπει να τεθούν σε λειτουργία πρότυπα αντιμετώπισης, να οριστούν οικογενειακοί και γενικοί ιατροί, η επέκταση της πρόληψης και της οικιακής μέριμνας, η παροχή υπηρεσιών σε κάθε μέρος της επικράτειας και η ενοποίηση όλων των υπηρεσιών.

Οι παράγοντες που συνδράμουν στην σύναψη συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών της υγείας ποικίλουν. Η επιτυχία μια συνεργασίας εξαρτάται από την εμπιστοσύνη και τις δεξιότητες που αναπτύσσονται μεταξύ των εμπλεκόμενων. Πρέπει να δημιουργηθούν ομάδες με μετρήσιμα αποτελέσματα, όπως η εκπαίδευση των μελών, ο δίκαιος καταμερισμός εργασίας σε πλαίσιο αποτελεσματικής επικοινωνίας και ηγεσίας. Συνηθισμένες δυσκολίες προκύπτουν από την έλλειψη εξουσιοδοτημένων καθηκόντων, απουσία εκπαίδευσης και στόχου, άστοχη ηγεσία, διαφοράς κουλτούρας, ανεπάρκεια των δομών και των πόρων και ελλιπή εμπειρία. Οι βασικοί άξονες που πρέπει να κινούνται οι ομάδες είναι η επικοινωνία,

η συνεργασία, η ηθική και η αξία. Τα μέλη που αποδίδουν συνήθως χαρακτηρίζονται από μετριοφροσύνη, περιέργεια, τιμιότητα, ειλικρίνεια, πειθαρχία και δημιουργικότητα.

Προκειμένου να βοηθηθεί ο ασθενής, η οικογένεια και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συνεργαστούν αποτελεσματικά, κάθε μέλος της ομάδας να κατανοήσει τον συγκεκριμένο ρόλο του και τι είναι απαραίτητο για να βοηθήσει τον ασθενή. Αυτό το πλαίσιο συζήτησης και σχεδιασμού συντελεί στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών (Mitchell et al., 2008).

Η ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσφέρεται από πρώην ιατρεία ταμείων ασφάλισης, ιδιώτες ιατρούς, τοπικές υγειονομικές μονάδες (ΤΟΜΥ), περιφερειακά ιατρεία, εξωτερικά νοσοκομειακά ιατρεία και κέντρα υγείας. Ο πρώτος κόμβος του υγειονομικού συστήματος με τον ασθενή αποτελείται από τον οικογενειακό ιατρό, ο οποίος είναι διαθέσιμος ολόκληρο το 24ωρο και δυνατότητα επίσκεψης κατ' οίκον (Λιαρόπουλος, 2007).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εστιάζει σε ζητήματα που προκαλούνται από επιλογές τρόπου ζωής. Στην Ελλάδα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη μεταρρυθμίζεται, αλλά δεν υπάρχει πρακτικό αποτέλεσμα. Υπάρχει νομοθεσία για κέντρα αστικού τύπου και την κάρτα υγείας του ασθενούς, αλλά δεν εφαρμόζονται στην καθημερινότητα. Το μεγαλύτερο μέρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχεται πλέον από ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, διότι έχουν υψηλό κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία και το δημόσιο (Υφαντόπουλος, 2005).

- Νομικό πλαίσιο

Αρχικά τα σχέδια νόμου 3487/55 και 2592/53 θέσπισαν την έννοια του αγροτικού ιατρού και τα κέντρα της υγείας σε αγροτικά μέρη, με το 2592/53 να εισάγει σε μακρινές περιοχές μικρό αριθμό κλινών και έπειτα οι υπουργοί καθιέρωσαν τον αγροτικό ιατρό και προσχέδια των υγειονομικών κέντρων. Ο νόμος 1397/1983 αποπειράθηκε να αναβαθμίσει τις συνθήκες στις σύγχρονες προδιαγραφές περίθαλψης και αντιμετώπισης, αμελώντας την πρόληψη. Η κοινωνικοποίηση στον υγειονομικό κλάδο ήταν συμβατή με το Σύνταγμα εφόσον οι υγειονομικές υπηρεσίες και η διανομή συμβάδιζαν με τις ατομικές. Ωστόσο, δημιουργήθηκε ένα πρότυπο λειτουργίας με βάση το νοσοκομείο, το οποίο απαξίωσε τα κέντρα υγείας, με αποτέλεσμα η ικανοποίηση των ασθενών να είναι από τις χαμηλότερες ευρωπαϊκά. (Abel-Smith et al., 1994)

Στη δεκαετία του 1990, θεωρήθηκε ότι η πρόληψη μπορούσε να γίνει καλύτερα από τα κέντρα υγείας που δεν ανήκουν στο κεντρικό σύστημα και εισήχθη η έννοια του οικογενειακού ιατρού. Συμπληρωματικά εκδόθηκε ο νόμος 1579/1985 που κατήργησε τα ιδιωτικά κέντρα υγείας, θέσπισε τη γενική ιατρική και το Εθνικό Κέντρο της Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

Έπειτα ο νόμος 2701/1992 παρείχε τη δυνατότητα για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ιδιωτικούς οργανισμούς, με τον 2194/94 να τον καταργεί και την εισαγωγή του 2519/1997 να ιδρύει τα δικτυωμένα κέντρα υγείας. Στη συνέχει α ο 3235/2004 θεσπίζει την ηλεκτρονική κάρτα της υγείας και τον οικογενειακό ιατρό. Ο νόμος 3370/2005 θέσπισε το Ελεγκτικό Κέντρο της Πρόληψης των Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ). Τα μεταγενέστερα νομικά πλαίσια που κατατέθηκαν αναθεωρούσαν τις ονομασίες των υφιστάμενων δομών.

- Ο οικογενειακός ιατρός

Ο γενικός ιατρός είναι το πρώτο άτομο που συναναστρέφεται ο ασθενής σχετικά με το σύστημα υγείας. Είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση της υγείας του ασθενούς και του παρέχουν πρόσβαση στη φροντίδα που χρειάζονται (Pullon, 2008).

Ο γενικός ιατρός συνεργάζεται στενά με άλλους υγειονομικούς επαγγελματίες για να παρέχει στους ασθενείς την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Ο ρόλος του εναλλάσσεται ανάλογα με την περίπτωση, λόγου χάρη χρόνιες ασθένειες, ψυχικές ασθένειες, ή ηλικιωμένους.

Η πρωτοβάθμια μέριμνα απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις, συνεπώς ο γενικός ιατρός πρέπει να είναι ικανός για τη λήψη των άμεσων αποφάσεων και τη διαχείριση περιπτώσεων τραυματισμών, αναπηριών και εξαρτήσεων. (Pullon, 2008) Επίσης, έχει την ευθύνη της φροντίδας και του συντονισμού, ειδικά εκτός των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Τα υγειονομικά συστήματα πληροφορικής θα συνδράμουν σημαντικά στην καταγραφή του ιατρικού ιστορικού, παρότι η Ελλάδα απέχει πολύ από την υλοποίηση του συγκεκριμένου έργου. Ο γενικός ιατρός είναι υπεύθυνος να φροντίζει για την υγεία του πληθυσμού που εξυπηρετεί και να βοηθά στον σχεδιασμό στρατηγικών ποιοτικής βελτίωσης των υγειονομικών υπηρεσιών.

Στο πεδίο ευθύνης τους εντάσσονται η θέσπιση φιλοσοφίας και οράματος της ομάδας, η κατασκευή επικοινωνιακών διαύλων, η ανάθεση των ευθυνών και η προαγωγή της υγείας.

Οι ανάγκες ορισμένων ασθενών απαιτούν περισσότερες ώρες, έτσι ώστε να λάβουν ποιοτικά ολοκληρωμένη μέριμνα. Στο παραδοσιακό πρότυπο ο ιατρός διαθέτει υψηλό ποσοστό ανεξαρτησίας, ωστόσο οι σύγχρονες πρακτικές επιτάσσουν πιο συνεργατικές μεθόδους, οι οποίες διευκολύνουν το ρόλο του. (Pullon, 2008)

Η οικονομική κρίση προκάλεσε πολλά προβλήματα στον τομέα της υγείας. Πρώτον, τα πολυϊατρεία και οι ασφαλιστικοί φορείς συγχωνεύτηκαν σε έναν οργανισμό που ονομάζεται ΕΟΠΥΥ. Αυτό σήμαινε ότι έπρεπε να προσληφθεί αφοσιωμένο προσωπικό για τα ΠΕΔΥ και ΤΟΜΥ και οι συνταγές έπρεπε να γραφτούν ηλεκτρονικά με βάση το δραστικό συστατικό και όχι το εμπορικό. Επιπλέον, έγινε υποχρεωτική η αναγραφή κωδικών IOD-10 με τα ονόματα των ασθενειών. Τέλος, επετράπη η χρήση φαρμακευτικών γενόσημων σκευασμάτων και η συμμετοχή των ασφαλισμένων αυξανόταν αν έπαιρναν το αρχικό σκεύασμα. Από το 1991, έχε θεσπιστεί η επιστροφή δαπανών.

Οι αλλαγές που έγιναν στο χρηματοπιστωτικό σύστημα δεν οδήγησαν σε εκσυγχρονισμό των οικονομικών, διότι αναπτύχθηκε η σχέση μεταξύ των συμβασιούχων, των χρηστών και των ασφαλιστικών οργανισμών, γεγονός που προκάλεσε περισσότερα βάρη. Αυτό οδήγησε σε απουσία των υποδομών του δημοσίου, γεγονός που προκάλεσε τον πολλαπλασιασμό δομών αλληλεγγύης στο κράτος και την ποσοστιαία πτώση των πόρων έπειτα από το 2010, αναγκάζοντας τους πολίτες να στραφούν στις ιδιωτικές υπηρεσίες. (Κυριόπουλος, 2013).

Στον υγειονομικό κλάδο οι ιδιωτικές παροχές αποτελούν σημείο εύκολης πρόσβασης. Ωστόσο, για τις ευπαθείς ομάδες αυτή η μέθοδος απέκλεισε την πρωτοβάθμια περίθαλψη, μεταθέτοντας αυτό το ρόλο στα φαρμακεία και τα κοινωνικά ιατρεία. (Κυριόπουλος, 2013)

- Η έννοια του νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές κατέχουν καίριο ρόλο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, καλύπτοντας αρμοδιότητες διαχείρισης περίπτωσης και φροντίδας, διευθετώντας το επικοινωνιακό πλαίσιο που αποτελείται από υγειονομικό σύστημα, τις υπηρεσίες, την κοινότητα, την οικογένεια και τον ασθενή.

Στις αρμοδιότητες του συγκαταλέγονται η αξιολόγηση και η προαγωγή της υγείας, καθώς επίσης η παροχή ποιότητας και φροντίδας του ατόμου.

Το Διεθνές Νοσηλευτικό Συμβούλιο ορίζει ότι η νοσηλευτική περιλαμβάνει τη μέριμνα των ασθενών για όλα τα στάδια της φροντίδας, την πρόληψη της ασθένειας και την υγειονομική προαγωγή, συνεπώς αποτελούν ταυτόχρονα τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών. (International Council of Nurses - ICN) Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την διασφάλιση της αυτοφροντίδας των ατόμων και την συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και κλάδους. Η κοινοτική νοσηλευτική είναι ένας τύπος νοσηλευτικής που συνδράμει στη βελτίωση της υγείας της κοινότητας στο σύνολό της. Περιλαμβάνει πρακτικές όπως η οικιακή νοσηλευτική φροντίδα, η σχολική νοσηλευτική , η νοσηλευτική της οικογένειας και η νοσηλευτική επαγγελματική υγεία. Στην ευθύνη της νοσηλευτικής εμπίπτουν η πρόληψη, η φροντίδα και η διασφάλιση της υγείας των ασθενών.

Στόχος των νοσηλευτών είναι να βοηθήσει τα άτομα να φροντίσουν τον εαυτό τους και να συνεργαστούν με άλλες υπηρεσίες του συστήματος. Η Κοινοτική Νοσηλευτική παρέχει ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές που είναι οι πλέον κατάλληλοι για να ανταποκριθούν στις ανάγκες προαγωγής της φροντίδας και της υγείας του πληθυσμού στην κοινότητα και στη μονάδα φυσικής υγείας.

Η κοινοτική νοσηλευτική είναι ένας τύπος νοσηλευτικής που ασχολείται με τα άτομα και τις οικογένειές τους, συνδράμοντας στην διασφάλιση της υγεία για το σύνολο του πληθυσμού μέσα σε πλαίσια διαπολιτιστικά, επαγγελματικά, οικιακά, σχολικά και οικογενειακά (Ραγιά, 1996).

Ο ΠΟΥ υποστηρίζει ότι μέσα από την κοινοτική εκπαίδευση οι νοσηλευτές πρέπει να επανεκτιμούν, να εφαρμόζουν, να σχεδιάζουν, να αξιολογούν και να προσδιορίζουν τις απειλές.

Η συνεχής μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας ώθησε την ακαδημαϊκή κοινότητα να παρέχει νοσηλευτικό προσωπικό που να είναι ενημερωμένο για τις τελευταίες μεταρρυθμίσεις. Η κοινότητα δημιουργώντας προγράμματα μεταπτυχιακού επιπέδου σχετικά με την υγεία σε επίπεδο δημοσίου, διαπολιτιστικό, , κοινοτικό και μεγάλων καταστροφών, καθώς επίσης διπλώματα διδακτορικού επιπέδου.

Οι νοσηλευτές σε πολλά κράτη μπορούν να συνταγογραφούν φάρμακα, συνήθως μετά από την απαραίτητη εκπαίδευση. Συνεπώς, προκύπτουν οι κοινοτικοί νοσηλευτές που χορηγούν φάρμακα και οι νοσηλευτές που μπορούν να χορηγήσουν φάρμακα εάν έχει γίνει διάγνωση από γιατρό.

Στο ελληνικό κράτος, ο νόμος 1397/1983 αποδέσμευσε τους υγειονομικούς επισκέπτες, τοποθετώντας στα κέντρα υγείας μαίες και νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ο νόμος 3235/2004 εισάγει την έννοια της οικιακής φροντίδας και ο 4338/2014 επιτρέπει τη συμμετοχή σε στελεχιακές υπηρεσιακές θέσεις ΠΕΔΥ στους νοσηλευτές. Το ελληνικό νομικό πλαίσιο νοσηλευτικής είναι αρκετά περίπλοκο, επομένως προκαλεί αρκετές επιπλοκές σχετικά με την ασφάλεια του δικαίου αλλά και την απαραίτητη εκπαίδευση των μαθητευόμενων.

Οι νοσηλευτές της κοινότητας οραματίζονται τη φροντίδα και προάσπιση της ατομικής υγείας για όλη τη χρονική διάρκεια της ζωής τους. Το επάγγελμα αυτό απαιτεί υψηλή αυτονομία σχετικά με τον καθορισμό των θετικών παραμέτρων για τα μέλη της κοινότητας. Μεταξύ άλλων βασικοί σκοποί είναι η δέσμευση των υγειονομικών πόρων, ο συντονισμό και η συνεργασίας με ποικιλόμορφους συνεργάτες, προσφορά ολοκληρωμένης μέριμνας, ενίσχυση και καθοδήγηση των ατομικών δεξιοτήτων, σεβασμός στην ατομική διαφορετικότητα, συμμετοχή στη δημόσια υγεία και την καταπολέμηση της ασθένειας, καθώς επίσης η προστασία και η προαγωγή του περιβάλλοντος (Σούρτζη & Καλοκαιρινού, 2005).

- Οι νοσηλευτές σε σχέση με την κοινότητα

Ο νοσηλευτής εργάζεται με σεβασμό στα συμφέροντα και τις αξίες της οικογένειας και του ασθενούς. Συνεπώς, πραγματοποιείται κινητοποίηση της ενεργού συμμετοχής τους στον προγραμματισμό της φροντίδας τους και ο νοσηλευτής αναγνωρίζει και σέβεται την πολιτισμική ποικιλομορφία του ασθενούς.

Σκοπός είναι η συνεισφορά στην κοινότητα για να διατηρείται υγιής και να ενισχύει όσους πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Αυτό επιτυγχάνεται με την περίθαλψη και την εκπαίδευση των ασθενών, καθώς και τη συνεισφορά των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης εκτός νοσοκομείου. Οι φροντιστές, οι οικογένειες και οι ασθενείς θα πρέπει να είναι σε θέση να

ανταπεξέλθουν μόνοι τους έπειτα από τη συνδρομή των κοινοτικών νοσηλευτών, ωστόσο ορισμένες φορές για τον εντοπισμών των περιπτώσεων απαιτείται διαμεσολάβηση και σύνδεση με τις υφιστάμενες δομές (Αδαμακίδου & Α. Καλοκαιρινού, 2014).

- Ηλεκτρονικός ατομικός υγειονομικός φάκελος

Ο νόμος 4238/2014 θέσπισε την τήρηση ηλεκτρονικού ατομικού υγειονομικού φακέλου από τις υγειονομικές μονάδες και τον οικογενειακό ιατρό, όπου αναγράφεται το ιστορικό της υγείας του κάθε ατόμου, καθώς επίσης η πορεία και οι πληροφορίες σχετικά με την περίθαλψη που δέχθηκε. Στο αρχείο έχει πρόσβαση, επίσης, ο ασθενής και ο θεράπων ιατρός. Η θέσπιση του μέτρου συνέβαλλε στην πιο αποδοτική αντιμετώπιση των ασθενειών και στην επίβλεψη των επιδημιολογικών δεδομένων του πληθυσμού. Ο ηλεκτρονικός φάκελος εντάσσεται στην κυριότητα των ατόμων, καλύπτεται από το προσωπικό απόρρητο και προστατεύεται από το υπουργείο της υγείας.

Το έτος 2019, σύμφωνα με τον ΕΟΠΠΥ, αντιστοιχούσαν σε κάθε οικογενειακό ιατρό 874 άνθρωποι και για έναν μέσο παιδίατρο το ποσοστό ατόμων που εξυπηρετεί είναι 4 φορές υψηλότερο από ενός παθολόγου.

Πίνακας 1: Εγγεγραμμένοι (ασφαλισμένοι) στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ανά διοικητική περιφέρεια.

Περιφέρεια	**Εγγεγραμμένοι σε οικογενειακό ιατρό ΕΟΠΥΥ**			
	Ανά παθολόγο - γενικό ιατρό	**Ανά παιδίατρο**	**Ανά ιατρό (συνολικά)**	**Ως % του πληθυσμού**
ΑΜΘ	1.058	7.054	920	3,5
Αττική	1.095	5.867	923	8,6
Δυτική Μακεδονία	1.286	2.572	857	0,9
Δυτική Ελλάδα	656	3.934	562	2,9
Ήπειρος	832	17.464	794	5,2
Θεσσαλία	1.619	4.047	1.156	9,9
Ιόνια Νησιά	682	1.705	487	1,6
Κεντρική Μακεδονία	1.192	2.660	823	5,5
Κρήτη	1.322	7.273	1.119	7,0
Νησιά βορείου Αιγαίου	474	-	474	2,6
Νησιά νοτίου Αιγαίου	930	-	930	3,0
Πελοπόννησος	638	3.061	528	2,6

Στερεά Ελλάδα	783	2.176	576	3,6
Σύνολο χώρας (μέσος όρος)	1.081	4.569	874	6,1

Πηγή: Καρακόλιας και συν, 2021

Στην Κρήτη και τη Θεσσαλία το ποσοστό των εγγεγραμμένων ήταν αρκετά υψηλότερο, στην τάξη του 9,9% από τις περιοχές της Πελοποννήσου, του βορείου Αιγίου και του Ιονίου. Με τα συμπεράσματα του ΕΟΠΠΥ, συμφωνούν τα δεδομένα του εθνικού συστήματος υγείας.

Πίνακας 2: Εγγεγραμμένοι (πολίτες) στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ανά υγειονομική περιφέρεια.

Περιφέρεια	**Εγγεγραμμένοι σε οικογενειακό ιατρό ΕΣΥ**			
	Ανά παθολόγο - γενικό ιατρό (συνολικά)	**Ανά παιδίατρο**	**Ανά ιατρό**	**Ως % του πληθυσμού**
1η	240	511	164	1,1
2η	154	744	127	3,6
3η	343	2.306	299	6,7
4η	82	743	74	3,1
5η	79	1.221	74	2,8
6η	108	1.113	99	4,1
7η	193	1.896	175	10,0
Σύνολο χώρας (μέσος όρος)	147	1.111	129	3,6

Πηγή: Καρακόλιας και συν, 2021

Πίνακας 3: Επισκέψεις οικογενειακού ιατρού στον ΕΟΠΥΥ ανά περιφέρεια διοίκησης.

Περιφέρεια	Γενικοί ιατροί - παθολόγοι		Παιδίατροι		Σύνολο	
	Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο	Επισκέψεις/ ιατρό	Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο	Επισκέψεις/ ιατρό	Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο	Επισκέψεις/ ιατρό
ΑΜΘ	2,2	63	-	-	2,2	63
Αττική	2,8	88	3,3	77	2,9	85
Δυτική Ελλάδα	3,5	158	3,0	201	3,3	175
Ήπειρος	2,6	219	2,3	90	2,6	197
Θεσσαλία	2,5	149	3,4	37	2,6	121
Ιόνια νησιά	2,0	12	-	-	2,0	12
Κεντρική Μακεδονία	2,6	87	4,6	133	3,1	101
Κρήτη	3,3	5	-	-	3,3	5
Νησιά βορείου Αιγαίου	4,0	8	-	-	4,0	8
Νησιά νοτίου Αιγαίου	4,5	234	-	-	4,5	234
Πελοπόννησος	2,4	167	3,0	6	2,4	147
Στερεά Ελλάδα	2,0	10	2,0	60	2,0	35
Σύνολο χώρας (μέσος όρος)	2,7	107	3,6	90	2,8	103

Πηγή: Καρακόλιας και συν, 2021

Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι παιδίατροι έχουν πολύ μεγαλύτερη επιβάρυνση εγγραφής από τους παθολόγους ιατρούς. Γενικά, οι παιδίατροι έχουν ποσοστό εγγραφών 2,3 φορές μεγαλύτερο από τους παθολόγους ιατρούς. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό εγγραφής ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με τη γεωγραφική τοποθεσία. Το έτος 2019 σημειώθηκαν 2,8 ανά εγγεγραμμένο και 103 επισκέψεις ανά ιατρό. Παράδοξο αποτελεί η παρατήρηση ότι ο εγγεγραμμένος ιατρός δέχθηκε λιγότερες επισκέψεις από εκείνες που πραγματοποίησαν οι εγγεγραμμένοι πολίτες.

Πίνακας 4: Επισκέψεις οικογενειακού ιατρού του ΕΣΥ ανά περιφέρεια υγειονομικού ενδιαφέροντος.

ΥΠε	**ΤΟΜΥ**		**ΚΥ-ΠΙ**		**Σύνολο**	
	Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο	**Επισκέψεις/ ιατρό**	**Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο**	**Επισκέψεις/ ιατρό**	**Επισκέψεις/ εγγεγραμμένο**	**Επισκέψεις/ ιατρό**
1η	3,8	1.360	3,4	63	3,8	1.237
2η	3,9	981	3,9	257	3,9	730
3η	3,9	2.078	2,7	200	3,8	1.311
4η	4,2	1.452	2,0	51	4,1	857
5η	3,2	891	3,6	135	3,2	400
6η	4,4	1.224	3,9	164	4,3	847
7η	3,9	594	3,4	141	3,8	369
Σύνολο χώρας (μέσος όρος)	4,0	1.348	3,2	154	4,0	901

Πηγή: Καρακόλιας και συν, 2021

Γενικότερα, παρατηρείται μια μεγαλύτερη προτίμηση στις υπηρεσίες του ΕΟΠΠΥ σε σχέση με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, γεγονός που οφείλεται στην μεγαλύτερη γεωγραφική έκταση του.

Η ελληνική επικράτεια έχει έλλειψη ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας και απουσία οργάνωσης των υφιστάμενων δομών, τόσο σε επίπεδο εθνικού συστήματος υγείας όσο και σε εθνικού οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης, τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία πρέπει να αναβαθμιστούν, καθώς σημειώνεται πτώση της παραγωγικότητας.

Συνεπώς, εμφανίζεται στο προσκήνιο ένα σχέδιο προγενέστερο σχέδιο δράσης που περιελάβανε την εκπαίδευση των ιατρών, στο οποίο προστέθηκαν τα περισσότερα από 100 εμβολιαστικά σημεία κατά του κορονοϊού. Επίσης, είναι επιτακτική η ανάγκη για εφαρμογή μηχανισμών pay-for-performance και capitation, προκειμένου να εκσυγχρονιστεί το σύστημα των πληρωμών και να αυξηθεί το επίπεδο αποδοτικότητας, προσφέροντας τα κατάλληλα κίνητρα. Η συμμετοχή των παιδιάτρων στον ΕΟΠΠΥ είναι μείζονος σημασίας ζήτημα, καθώς το πλήθος τους είναι περιορισμένο σε σχέση με τις απαιτούμενες ανάγκες.

Ο ηλεκτρονικός υγειονομικός φάκελός μπορεί να δώσει λύση σε πολλά ζητήματα, καθώς συνδράμει στην ψηφιακή συνταγογράφηση και παρέχει το ιστορικό της νοσηλείας σε οποιοδήποτε χρόνο. Επομένως, είναι πολύ σημαντικό να συμμετέχει όλος ο πληθυσμός στο εγχείρημα αυτό.

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα ωφελήθηκε σημαντικά από τις αλλαγές το διάστημα του κορονοϊού σε οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Γενικότερα, εκτιμήθηκε ότι ανάλογα με τις ανάγκες ενισχύθηκε ο τομέας του παιδιατρικού, του οικογενειακού ιατρού και της γενικής ιατρικής. Ο ΕΟΠΠΥ οφείλει να συνδράμει στην αναβάθμιση του υγειονομικού μηχανισμού και να συγχρονίσει της υπηρεσίες του με το σύστημα ΗΔΙΚΑ.

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα χρήζει αναβάθμισης προς τέσσερις άξονες. Αρχικά, δημόσιο επίπεδο πρέπει να ενισχυθεί η πρόληψη και να δοθεί έμφαση στις χρόνιες ασθένειες. Επίσης, το κράτος πρέπει να εστιάσει στο διευρυμένο πλήθος των διαθέσιμων εξωνοσοκομειακών πόρων και υπηρεσιών ανάγκης. Ακόμη, στη σύγχρονη ψηφιακή εποχή πρέπει να υφίσταται η ψηφιακή παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών. Τέλος, είναι σημαντικό το ανθρώπινο δυναμικό να κατανεμηθεί εκ νέου αλλά και να εκπαιδευτεί, έτσι ώστε να προκύψει αύξηση των αποδοχών καθώς και αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τη δεδομένη χρονική στιγμή το υγειονομικό σύστημα περιλαμβάνει το υπουργείο της υγείας, το οποίο περιλαμβάνει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη γενική διεύθυνση, τις διοικήσεις των υγειονομικών περιφερειών, τα αστικά κέντρα της υγείας και τα αγροτικά ιατρεία, τα αγροτικά κέντρα της υγείας καθώς επίσης τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Οι παρεχόμενες αυτές υπηρεσίες πρέπει να λειτουργούν συγχρονισμένα, συνεργατικά και όχι μεμονωμένα για να αποφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Επιπροσθέτως, δεν πρέπει να παραληφθεί η αναφορά στους οργανισμούς πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας καθώς και στον ΕΟΠΠΥ, τα οποία καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, όπως οι εμβολιασμοί, εξετάσεις πρόληψης και χρόνιων ασθενειών, με το ανθρώπινο δυναμικό να αμείβεται κατά κεφαλή πλέον το κόστος των υπηρεσιών που αναφέρθηκαν.

3.4. Το ερευνητικό κενό

Η εξουθένωση ορίζεται ως ένα σύμπτωμα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής επιτυχίας στην εργασία λόγω εργασιακής δραστηριότητας. Η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται στην εξάντληση των συναισθηματικών πόρων κάποιου. Η αποπροσωποποίηση αναφέρεται σε μια αποστασιοποιημένη στάση που χρησιμοποίησε τους υπαλλήλους προς τους άλλους προκειμένου να προστατευτούν από το ψυχολογικό άγχος που προέρχεται από άτομα με τα οποία αλληλεπιδρούν. Μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα αναφέρεται σε μείωση του αισθήματος ικανότητας και παραγωγικότητας στην εργασία. Έτσι, εκτός του ότι χαρακτηρίζεται από απώλεια συναισθηματικής ενέργειας, η επαγγελματική εξουθένωση συνεπάγεται αρνητική αξιολόγηση του εαυτού (μειωμένη προσωπική επίδοση) και των άλλων (αποπροσωποποίηση). Μελέτες προτείνουν ότι οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέονται με διαφορετικές πτυχές του εργασιακού περιβάλλοντος, ιδιαίτερα με υπερφόρτωση εργασίας, ασάφεια ρόλων ή σύγκρουση ρόλων. Επιπλέον, ορισμένες μελέτες υπογραμμίζουν το ρόλο των ατομικών χαρακτηριστικών στην ευαλωτότητα των ατόμων στην ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση τείνουν να εξετάζουν μεμονωμένους και συμφραζόμενους παράγοντες ξεχωριστά αντί να

χρησιμοποιούν ένα θεωρητικό πλαίσιο που τους ενσωματώνει μαζί (δηλαδή, προσαρμογή εργασίας-ατόμου). Σύμφωνα με τους Maslach et al. (2001), η πρόκληση είναι να επεκταθεί το παράδειγμα εργασίας-άτομου σε μια ευρύτερη και πιο σύνθετη εννοιολόγηση του ατόμου που βρίσκεται στο εργασιακό πλαίσιο. Από αυτή την άποψη, το μοντέλο JD-C θα μπορούσε να είναι αρκετά χρήσιμο.

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια σταδιακή διάβρωση των πόρων και της ενέργειας ενός ατόμου, η οποία συχνά οδηγεί σε εξάντληση, κυνισμό και χαμηλή επαγγελματική αποτελεσματικότητα στον εργασιακό χώρο. Πρόκειται ουσιαστικά για μια δυσάρεστη ψυχική κατάσταση σχετικά με την εργασία και έχει φτάσει σε κρίσιμο επίπεδο στο σημερινό εργατικό δυναμικό. Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν (α) μείωση της εργασιακής απόδοσης, (β) χαμηλή οργανωτική δέσμευση και (γ) διαπροσωπικές συγκρούσεις. Η επαγγελματική εξουθένωση μελετάται εκτενώς σε άτομα που ασκούν αγχωτικά επαγγέλματα, όπως γιατροί, νοσηλευτές, εκπαιδευτικοί, κοινωνικοί λειτουργοί και δικηγόροι (Maslach et al., 1996). Οι μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση, ωστόσο, έχουν παραμελήσει την ταχέως αναπτυσσόμενη ινδική βιομηχανία λογισμικού, όπου οι θέσεις εργασίας είναι συνεχώς αγχωτικές και απαιτητικές. Ενώ το άγχος προκύπτει από την ανεπάρκεια του ατόμου να αντιμετωπίσει τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις, η συνεχής έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση. Στη βιομηχανία λογισμικού, οι χαμηλόβαθμοι κάτοχοι θέσεων εργασίας είναι προγραμματιστές /αναπτυξιολόγοι.

Οι εργαζόμενοι σε αυτόν τον τομέα είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση επειδή εργάζονται σε πολλαπλά έργα και ταυτόχρονα αντιμετωπίζουν σκληρές προθεσμίες, μεγαλύτερες ώρες εργασίας και πελάτες που αλλάζουν συνεχώς τις προσδοκίες τους. Επιπλέον, υπόκεινται σε επαναλαμβανόμενες και μονότονες εργασίες, σε συγκρούσεις στην ομάδα, σε άγχος για τον ανταγωνισμό μεταξύ των συναδέλφων, σε βάρος υψηλών φιλοδοξιών και οικογενειακών προσδοκιών και σε αβεβαιότητες στην εργασία. Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Παρόλο που υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία σχετικά με την "επαγγελματική εξουθένωση" στο δυτικό πλαίσιο, δεν υπάρχουν ερευνητικές εκθέσεις σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση, τα προηγούμενα αίτια, τις συνέπειες και τους απομονωτές της για τους Ινδούς προγραμματιστές

λογισμικού (SD – Software Developers). Ομοίως, τα αποθέματα που εννοιολογούνται στην ατομικιστική κοινωνία της Δύσης μπορεί να διαφέρουν από τη συλλογική κοινωνία της Ανατολής. Ο προσδιορισμός του σημαντικότερου προγενέστερου παράγοντα, της συνέπειας και του ρυθμιστικού παράγοντα μπορεί να προσφέρει πληροφορίες για παρέμβαση. Μελετώντας τον ρόλο της επαγγελματικής εξουθένωσης στις ινδικές SD, η παρούσα μελέτη επιχειρεί να καλύψει αυτά τα κενά.

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης, που εισήχθη για πρώτη φορά από τον Freudenberger (1974), δηλώνει την αδυναμία να λειτουργήσει κανείς αποτελεσματικά στην εργασία του ως αποτέλεσμα του συνεχούς και εκτεταμένου εργασιακού στρες. Οι πρώτες έρευνες σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση επικεντρώθηκαν στα επαγγέλματα φροντίδας και παροχής υπηρεσιών. Κατά την τελευταία δεκαετία, ωστόσο, η έρευνα επεκτάθηκε πέρα από τα παραδοσιακά όρια των ανθρώπινων υπηρεσιών σε όλους τους τύπους επαγγελμάτων. Η επαγγελματική εξουθένωση στο πλαίσιο της εργασίας, γνωστή ως "επαγγελματική εξουθένωση", είναι μια πολυδιάστατη κατασκευή που αποτελείται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση. Σύγχρονα, περιλαμβάνει (α) την εξάντληση, (β) τον κυνισμό και (γ) την επαγγελματική αποτελεσματικότητα.

Η εργασιακή εξάντληση αναφέρεται σε αισθήματα υπερκόπωσης, κούρασης ή κόπωσης που προκύπτουν από χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες της εργασίας. Τα κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν μείωση της εργασιακής απόδοσης, των διαπροσωπικών σχέσεων και της οργανωσιακής δέσμευσης και μείωση της υγείας. Ο κυνισμός εννοιολογείται ως δυσλειτουργική αντίδραση αντιμετώπισης του εργασιακού στρες. Οι εργαζόμενοι που αναπτύσσουν κυνισμό για την εργασία τους απομακρύνονται από τις εξαντλητικές απαιτήσεις. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στον κυνισμό περιλαμβάνουν την εξωτερική απόδοση των αποτυχιών και των επιτυχιών που σχετίζονται με την εργασία, ένα γενικό αίσθημα αδυναμίας και την έλλειψη προσωπικών πόρων. Μόλις εμφανιστεί ο κυνισμός, οι εργαζόμενοι αρχίζουν να αναγνωρίζουν μια αναντιστοιχία μεταξύ της τρέχουσας συνεισφοράς τους στους εργοδότες και των αρχικών τους προσδοκιών. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα ανεπάρκειας και να έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της αυτοαποτελεσματικότητας. Ως εκ τούτου, ο κυνισμός αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με

την εξάντληση και αρνητικά με την επαγγελματική αποτελεσματικότητα. Ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης αντανακλάται σε υψηλές βαθμολογίες στην εξάντληση και τον κυνισμό και σε χαμηλές βαθμολογίες στην επαγγελματική αποτελεσματικότητα. Ο Maslach (1993) υποστηρίζει αυτή τη διαδοχική συσχέτιση των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης, της εξάντλησης, του κυνισμού και της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας. Ορισμένοι ερευνητές, ωστόσο, υποστηρίζουν ότι μια διάσταση δεν αποτελεί αναπόφευκτη συνέπεια μιας άλλης διάστασης.

Αν και προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει πολλά προηγούμενα και συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης, η θεωρητική πρόοδος στον τομέα αυτό είναι περιορισμένη. Οι περισσότερες μελέτες στηρίζονται σε ένα από τα δύο μοντέλα εργασιακού στρες με μεγάλη επιρροή: (α) μοντέλο ελέγχου της ζήτησης και (β) μοντέλο ανισορροπίας προσπάθειας-αμοιβής. Η βασική υπόθεση του μοντέλου DCM και του μοντέλου ERI είναι ότι οι απαιτήσεις της εργασίας αυξάνουν το άγχος/την εξουθένωση όταν χάνονται ορισμένοι εργασιακοί πόροι (π.χ. αυτονομία στο μοντέλο DCM- μισθός, ασφάλεια/ευκαιρίες σταδιοδρομίας και εκτίμηση στο μοντέλο ERI). Η έρευνα σχετικά με αυτά τα μοντέλα, ωστόσο, έχει περιοριστεί σε λίγους μόνο προγνωστικούς παράγοντες που μπορεί να μην είναι σχετικοί με όλα τα επαγγέλματα. Αντίθετα, το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων-πόρων (JDs-Rs) (Demerouti et al., 2001) ενσωματώνει πολλές πιθανές συνθήκες εργασίας, εργασιακές απαιτήσεις και εργασιακούς πόρους. Διευκρινίζει ότι οι συνθήκες εργασίας των εργαζομένων μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε απαιτήσεις και πόρους. Ο ρόλος που διαδραματίζουν οι διάφορες απαιτήσεις και πόροι στον οργανισμό εξαρτάται από τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της εργασίας. Για παράδειγμα, οι εργασιακοί πόροι λειτουργούν ως ρυθμιστές για τις διαφορετικές εργασιακές απαιτήσεις. Αν και η θεωρία αυτή ενσωματώνει τους εργασιακούς πόρους και τις εργασιακές απαιτήσεις, παραλείπει να εξετάσει τους μη εργασιακούς πόρους ως ρυθμιστές. Ως εκ τούτου, η παρούσα μελέτη εκλογικεύει επιπλέον ότι οι προσωπικοί πόροι, εκτός από τους εργασιακούς πόρους, δρουν ως ρυθμιστές της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η πρώτη κατηγορία προγενέστερων παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελείται από χαρακτηριστικά ρόλων που περιλαμβάνουν την ασάφεια ρόλων και τη σύγκρουση ρόλων. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τα εργασιακά χαρακτηριστικά της

πίεσης του χρονοδιαγράμματος, των ακανόνιστων βαρδιών, της πίεσης από τις αλληλεπιδράσεις με τους πελάτες, της μη συνεργασίας σε ομάδες και της παραβίασης του ψυχολογικού συμβολαίου (PCV). Η τελευταία κατηγορία προγενέστερων παραγόντων ενσωματώνει το προσωπικό χαρακτηριστικό της σύγκρουσης εργασίας-οικογένειας.

Η ασάφεια ρόλων είναι η σύγχυση σχετικά με τις εργασιακές αρμοδιότητες του εργαζομένου. Αυξάνεται ως αποτέλεσμα των αντικρουόμενων προσδοκιών του ρόλου. Οι απαιτήσεις από διαφορετικούς πελάτες ή οι μη ρεαλιστικές εργασιακές προσδοκίες μπορούν να δημιουργήσουν αντικρουόμενες απαιτήσεις. Παρομοίως, η σύγχυση σχετικά με το τι πρέπει να γίνει αλλά και πώς πρέπει να επιτευχθεί μπορεί να οδηγήσει σε ακόμη περισσότερες συγκρούσεις. Οι Brookings et al. (1985) διαπίστωσαν ότι η παρουσία ασάφειας ρόλων έχει σημαντική θετική συσχέτιση με όλα τα στοιχεία της επαγγελματικής εξουθένωσης για τις γυναίκες επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών. Αντίθετα, άλλες μελέτες έδειξαν ότι η ασάφεια ρόλων συνδέεται μόνο με τη συνιστώσα εξάντλησης της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών της τεχνολογίας πληροφοριών (ΤΠ). Παρόλο που η ανομοιογένεια των ρόλων μπορεί να συμβάλλει δυνητικά στην επαγγελματική εξουθένωση, τα αντιφατικά ευρήματα δικαιολογούν τον έλεγχο και τη διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών.

Η σύγκρουση ρόλων συμβαίνει όταν οι προσδοκίες διαφορετικών ανθρώπων ή διαφορετικών ομάδων (π.χ. προϊστάμενος, συνάδελφοι, οικογένεια, φίλοι, γονείς) συγκρούονται όσον αφορά τη συμπεριφορά ενός εργαζομένου. Καθώς οι εργασιακές πιέσεις αυξάνονται, οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες συγκρούσεις επειδή η προσδοκία απόδοσης σε έναν τομέα ανταγωνίζεται για πόρους με την προσδοκία απόδοσης σε έναν άλλο τομέα. Οι McGee et al. (2000) διαπίστωσαν ότι η σύγκρουση ρόλων συμβάλλει στην ανάπτυξη εργασιακής εξάντλησης μεταξύ των επαγγελματιών πληροφορικής λόγω των μη ρεαλιστικών προσδοκιών που θέτουν οι πελάτες στους εργαζόμενους. Επιπλέον, η σύγκρουση ρόλων συνδέεται με τη συναισθηματική εξάντληση αλλά όχι με την προσωπική ολοκλήρωση ή την αποπροσωποποίηση μεταξύ των εκπαιδευτικών και δεν σχετίζεται με την εξάντληση μεταξύ των επαγγελματιών πληροφορικής. Αντίθετα, οι εργαζόμενοι με μεγαλύτερη σύγκρουση ρόλων διαπιστώνεται ότι βιώνουν μεγαλύτερη εξουθένωση σε όλες

τις συνιστώσες. Τα αντιφατικά ευρήματα ωθούν στην ανάγκη περαιτέρω εξέτασης αυτών των σχέσεων.

Ένα χρονοδιάγραμμα καθορίζει τις προθεσμίες εντός των οποίων πρέπει να ολοκληρωθούν οι δραστηριότητες εργασίας. Μια από τις αιτίες επαγγελματικής εξουθένωσης των ΥΕ είναι η πίεση που βιώνουν για την τήρηση των επικείμενων προθεσμιών. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η συνεχής πίεση για την τήρηση των προθεσμιών εργασίας συνδέεται με υψηλή εξάντληση, επειδή οι άνθρωποι που βρίσκονται υπό πίεση χρόνου δεν εργάζονται καλύτερα, απλώς εργάζονται ταχύτερα. Αυτό μπορεί να απαιτήσει από τους εργαζόμενους να δαπανήσουν υπερβολικές ποσότητες ενέργειας για τη διατήρηση των προτύπων απόδοσης, οδηγώντας σε αισθήματα εξάντλησης. Ο Shneiderman (1980) υποστηρίζει ότι η πίεση του χρονοδιαγράμματος αυξάνει τα επίπεδα άγχους μεταξύ των SD. Τα υψηλά επίπεδα άγχους επιδεινώνουν την απόδοση και μειώνουν τη βραχυπρόθεσμη μνήμη για την εμπλοκή και την εκτέλεση πολλαπλών εργασιών. Οι SD, που αντιμετωπίζουν συνεχή πίεση προγράμματος στην εργασία, είναι επομένως πιθανό να βιώσουν επαγγελματική εξουθένωση.

Η εκ περιτροπής εργασία είναι μια εργασιακή πρακτική που έχει σχεδιαστεί για την αξιοποίηση των 24 ωρών της ημέρας και όχι μιας τυπικής 8ωρης εργάσιμης ημέρας. Είναι ευρέως παρατηρημένο ότι οι βιομηχανίες λογισμικού δεν ακολουθούν την πρακτική του τυπικού ωραρίου εργασίας. Λόγω των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων, οι εργαζόμενοι πρέπει να παραμένουν για πολλές ώρες στους σταθμούς εργασίας τους για να ολοκληρώσουν τα καθήκοντά τους. Ως εκ τούτου, οι ακανόνιστες βάρδιες αναγκάζουν τους εργαζόμενους να παρατείνουν ένα πρόγραμμα βάρδιας σε μια άλλη βάρδια. Σε μια μελέτη σε νοσηλευτές, οι Jamal & Baba (1997) διαπίστωσαν ότι οι εργαζόμενοι σε εναλλασσόμενες βάρδιες βιώνουν χαμηλό βαθμό διαμόρφωσης ρουτίνας στην καθημερινή ζωή και παραμένουν σε μια συνεχή κατάσταση αλλαγής και προσαρμογής. Αυτό οδηγεί σε ψυχοσωματικά προβλήματα υγείας και συμπεριφορά απόσυρσης, αλλά όχι σε επαγγελματική εξουθένωση. Αντίθετα, ο Kandolin (1993) διαπίστωσε ότι οι ακανόνιστες βάρδιες των νοσηλευτών εντείνουν την επαγγελματική εξουθένωση. Μελέτες σχετικά με τον κιρκάδιο ρυθμό δείχνουν ότι μπορεί κανείς να εργάζεται άνετα έως και 8 ώρες ημερησίως. Η τακτική επιμήκυνση και η αλλαγή των εργασιακών βαρδιών μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογικά προβλήματα και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης στους SD.

Η πίεση από την αλληλεπίδραση με τους πελάτες αφορά τις αντιλήψεις της πίεσης που αντιμετωπίζουν οι SD κατά την αλληλεπίδραση με τους πελάτες κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ανάπτυξης λογισμικού. Λόγω της μεταβαλλόμενης φύσης των απαιτήσεων λογισμικού, οι αλληλεπιδράσεις με τους πελάτες είναι πιο άμεσες, συχνές ή μεγαλύτερης διάρκειας, τα οποία συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα άγχους. Οι συχνές αλληλεπιδράσεις με τους πελάτες διαπιστώθηκε επίσης ότι είναι συναισθηματικά εξαντλητικές και μπορούν να οδηγήσουν στη διάβρωση των ψυχικών και προσωπικών πόρων των επαγγελματιών παροχής υπηρεσιών. Η αλληλεπίδραση με τον πελάτη μπορεί να αλλάξει τις προδιαγραφές των απαιτήσεων και τα χαρακτηριστικά του έργου λογισμικού που είναι δύσκολο να επανεπεξεργαστούν. Προκαλεί δυσάρεστες ψυχικές καταστάσεις και είναι πιθανό να αυξήσει την επαγγελματική εξουθένωση.

Η σύγκρουση σε ομάδες είναι μια άλλη αιτία εργασιακού άγχους μεταξύ των επαγγελματιών λογισμικού. Συνήθως, στην ανάπτυξη λογισμικού, μια νέα ομάδα σχηματίζεται κάθε φορά που ξεκινά ένα νέο έργο, ανάλογα με τις απαιτήσεις του έργου και το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό. Είναι εξαιρετικά σπάνιο μια ολόκληρη ομάδα να μετακινείται από το ένα έργο στο άλλο. Οι διευθυντές προσπαθούν να προσελκύσουν άτομα με την αντιστοίχιση της εμπειρογνωμοσύνης για κάθε έργο- ωστόσο, η απλή παρουσία εμπειρογνωμοσύνης σε μια ομάδα μπορεί να μην είναι αρκετή για να διασφαλιστεί εργασία υψηλής ποιότητας. Είναι σημαντικό οι ομάδες να είναι σε θέση να διαχειρίζονται την εμπειρογνωμοσύνη, την ικανότητα, τη συνεργασία και την εμπιστοσύνη εντός της ομάδας, διαφορετικά, τα άτομα μπορεί να βιώσουν ένα χαμηλό επίπεδο αποτελεσματικότητας που μπορεί να αυξήσει την εξάντληση και τον κυνισμό και να μειώσει την εργασιακή απόδοση.

Οι Morrison & Robinson (1997) διαπίστωσαν ότι η παραβίαση του ψυχολογικού συμβολαίου συμβαίνει όταν ένας εργαζόμενος αντιλαμβάνεται ότι ο οργανισμός δεν έχει εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του σε αντάλλαγμα για τον χρόνο, την προσπάθεια και τις ικανότητές του. Η παραβίαση αυτού του συμβολαίου είναι ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση των εκπαιδευτικών. Απειλεί την προβλεψιμότητα και την αίσθηση ελέγχου που πιστεύουν οι άνθρωποι ότι έχουν πάνω στο περιβάλλον τους. Η PCV μπορεί να προκαλέσει επαγγελματική εξουθένωση επειδή διαβρώνει την αμοιβαιότητα και την αμοιβαία εμπιστοσύνη, που είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της εργασιακής

προσπάθειας και της ευημερίας. Έχει παρατηρηθεί ότι η PCV είναι πιο έντονη μεταξύ εργατικού δυναμικού με υψηλή εξειδίκευση και είναι πιθανό να αυξάνει την επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των SD.

Οι συγκρούσεις εργασίας-οικογένειας είναι οι συγκρούσεις μεταξύ ρόλων στις οποίες οι διαφορετικές πιέσεις ρόλων από τους τομείς της εργασίας και της οικογένειας είναι αμοιβαία ασύμβατες. Υπάρχουν δύο τύποι παρεμβολών: ο οικογενειακός τομέας που παρεμβάλλεται στην επαγγελματική ζωή (συγκρούσεις μεταξύ οικογένειας και εργασίας) και ο εργασιακός τομέας που παρεμβάλλεται στην οικογενειακή ζωή (Mesmer-Magnus & Viswesvaran, 2005). Με τεράστια πίεση στην εργασία, οι SD παραμένουν διαρκώς σε ένταση. Αναπόφευκτα, περνούν μεγάλα χρονικά διαστήματα μακριά από το σπίτι και συχνά αισθάνονται απώλεια ελέγχου στην προσωπική τους ζωή, γεγονός που επηρεάζει την ισορροπία των διεπαφών τόσο μεταξύ εργασίας και οικογένειας όσο και μεταξύ οικογένειας και εργασίας. Αυτή η σύγκρουση δημιουργεί μεγάλο άγχος στους επαγγελματίες του λογισμικού. Ως εκ τούτου, η σύγκρουση εργασίας-οικογένειας είναι πιθανό να αυξήσει την επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των SD.

Οι εργασιακές συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να επηρεάσουν την απόδοση των εργαζομένων, την οργανωσιακή δέσμευση και τις διαπροσωπικές σχέσεις των SD. Η απόδοση αξιολογεί την ποιότητα (κακή έναντι πολύ καλής) της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την εργασία. Δεδομένου ότι είναι δύσκολο να ληφθούν αντικειμενικές μετρήσεις της παραγωγικότητας, συχνά αξιολογείται η αυτοαξιολογούμενη απόδοση. Τα στοιχεία δείχνουν ότι ένα υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης μειώνει την ποιότητα και την ποσότητα της εργασιακής απόδοσης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι εργαζόμενοι που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση είναι πιθανό να μειώσουν τον όγκο της εργασίας τους και μπορεί να αποφεύγουν καθήκοντα που θεωρούν πιο αγχωτικά και απαιτητικά. Μεταξύ των τριών συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης, η συναισθηματική εξάντληση έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της εργασιακής απόδοσης, ενώ η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση δεν έχουν καμία σχέση με την απόδοση. Η συναισθηματική εξάντληση μπορεί να οδηγήσει σε αποπροσωποποίηση και μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση μεταξύ των SD που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Ο δεσμός που έχουν οι εργαζόμενοι με τον οργανισμό τους έχει τρεις συνιστώσες: (α) τη συναισθηματική δέσμευση που απορρέει από τη συναισθηματική τους προσκόλληση και ταύτιση με τον οργανισμό, (β) τη κανονιστική δέσμευση λόγω της αποδοχής των τυπικών σχέσεων και των σχετικών υποχρεώσεων των εργαζομένων και (γ) τη δέσμευση συνέχισης που απορρέει από την επιθυμία τους να συνεχίσουν την εργασία τους στον οργανισμό, επειδή αντιλαμβάνονται υψηλό οικονομικό (π.χ. συνταξιοδοτικά δεδουλευμένα) και κοινωνικό (π.χ. δεσμοί φιλίας με συναδέλφους) κόστος σε περίπτωση που εγκαταλείψουν τον οργανισμό. Οι Leiter & Maslach (1988) διαπίστωσαν ότι η υψηλή επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με μειωμένη οργανωσιακή δέσμευση. Καθώς η επαγγελματική εξουθένωση αυξάνει την απόσυρση των εργαζομένων από όλες τις συμβάσεις, οδηγεί αναπόφευκτα σε μειωμένη δέσμευση στον οργανισμό. Όλες οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της οργανωσιακής δέσμευσης. Η συνιστώσα αποπροσωποποίησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, ωστόσο, δεν επηρεάζει άμεσα το επίπεδο δέσμευσης όπως οι άλλες δύο συνιστώσες. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται σε μια μελέτη για δικηγόρους και νοσηλευτές και αναμένεται να επαναληφθούν μεταξύ των SD.

Οι διαπροσωπικές συνέπειες περιλαμβάνουν αλλαγές στη φύση ή τη συχνότητα των αλληλεπιδράσεων με τους πελάτες, τους συναδέλφους, τους φίλους και τα μέλη της οικογένειας. Μελέτες σε αστυνομικούς και σε εργαζόμενους σε δημόσιες επαφές αποκαλύπτουν ότι τα άτομα που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση τείνουν να απομακρύνονται από τους φίλους, την οικογένεια και τους συναδέλφους τους, προκαλώντας μεγαλύτερες διαπροσωπικές συγκρούσεις διαταράσσοντας τα εργασιακά καθήκοντα. Παρατηρείται επίσης ότι οι SD περνούν περισσότερο χρόνο εργαζόμενοι στο γραφείο. Δεν βρίσκουν αρκετό χρόνο για να εκπληρώσουν τις κοινωνικές υποχρεώσεις και ευθύνες που απαιτούνται για τη δημιουργία καλών διαπροσωπικών σχέσεων. Κατά συνέπεια, οι SD καταλήγουν συχνά σε διαπροσωπικές συγκρούσεις εντός και εκτός εργασίας.

Οι απομονωτές περιλαμβάνουν προσωπικούς πόρους και εργασιακούς πόρους. Οι προσωπικοί πόροι μπορούν να οριστούν ως η γνωστική ικανότητα ενός ατόμου που μειώνει τη συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με αποτελέσματα που σχετίζονται με την εργασία και την υγεία. Επιτρέπουν στα άτομα να χειρίζονται τις εξωτερικές/εσωτερικές απαιτήσεις σε στρεσογόνες καταστάσεις. Σύμφωνα με την πρόβλεψη των JDs-Rs, η παρούσα

μελέτη περιλαμβάνει τους προσωπικούς πόρους της SWB, την εξάσκηση της γιόγκα και του διαλογισμού και τον εργασιακό πόρο της κοινωνικής υποστήριξης ως πιθανούς ρυθμιστές ενάντια στη δυσμενή συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την εργασία.

Προηγούμενα ευρήματα αποκαλύπτουν ότι οι ευρέως χρησιμοποιούμενοι εργασιακοί πόροι της ανατροφοδότησης της απόδοσης, της ανταμοιβής, της αυτονομίας, της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, της ασφάλειας της εργασίας και της εποπτικής υποστήριξης χρησιμεύουν για την απομόνωση των αποτελεσμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής εξουθένωσης που σχετίζονται με την υγεία (Demerouti et al., 2001, Maslach et al., 1997). Σε αντίθεση με τους εργασιακούς πόρους, οι προσωπικοί πόροι είναι αυτορυθμιζόμενοι και ελεγχόμενοι (π.χ. εξάσκηση της γιόγκα, διαλογισμός και SWB)- ως εκ τούτου, τους δίνεται ελάχιστη προσοχή στο περιβάλλον λογισμικού. Αν και ο εργασιακός πόρος της κοινωνικής υποστήριξης έχει μελετηθεί σε προηγούμενες έρευνες, έχει επικεντρωθεί κυρίως στην εποπτική υποστήριξη και δεν ενσωματώνει άλλες διαστάσεις της κοινωνικής υποστήριξης, όπως η υποστήριξη από τον/την σύζυγο, την οικογένεια, τους φίλους και τα μέλη της ομάδας. Η παρούσα μελέτη ενσωματώνει τους προσωπικούς πόρους της SWB και της εξάσκησης της γιόγκα και του διαλογισμού καθώς και τον εργασιακό πόρο της κοινωνικής υποστήριξης ως πιθανούς ρυθμιστές της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η SWB είναι μια θετική ψυχολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή. Τα ευρήματα αποκαλύπτουν ότι τα άτομα με υψηλή SWB βιώνουν συχνά χαρά και έχουν θετική στάση απέναντι στη ζωή, η οποία αποτρέπει την επαγγελματική εξουθένωση με την εμπέδωση θετικών στάσεων και συναισθημάτων. Μπορεί επίσης να επιταχύνει την αποκατάσταση της ψυχολογικής αντίδρασης στο χρόνιο στρες. Ως εκ τούτου, αναμένεται ότι η SWB των ΣΔ θα αποσοβήσει τη δυσμενή συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την εργασία.

Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα άτομο μπορεί να βασιστεί στην υποστήριξη της οικογένειας, των φίλων ή των συναδέλφων του. Παλαιότερες μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη στον εργασιακό χώρο μπορεί να αυξήσει την ευπάθεια στην επαγγελματική εξουθένωση. Ως εκ τούτου, τα άτομα με υψηλές ποσότητες κοινωνικής υποστήριξης αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα το άγχος στην

εργασία. Η κοινωνική στήριξη μπορεί επίσης να ενισχύσει την εμπιστοσύνη τους ότι οι άλλοι θα παράσχουν τους απαραίτητους πόρους για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση μιας στρεσογόνου κατάστασης. Ως εκ τούτου, η κοινωνική στήριξη μπορεί να αντισταθμίσει τη δυσμενή συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την εργασία μεταξύ των ΑΔ.

Η γιόγκα είναι μια πειθαρχία του τρόπου ζωής που προάγει την προσωπική μεταμόρφωση. Χρησιμοποιεί τόσο ανατολικές δεξιότητες νου-σώματος όσο και δυτικές τεχνικές φυσικοθεραπείας/θεραπείας. Η γιόγκα και ο διαλογισμός έχουν τεράστια ικανότητα να εξισορροπούν τη λειτουργία του νευρικού συστήματος, να χαλαρώνουν το σώμα, να αυξάνουν τη συγκέντρωση του νου και να μειώνουν τα επίπεδα άγχους. Η προκατάληψη ότι η γιόγκα και ο διαλογισμός μπορούν να αντισταθμίσουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι αυστηρά ανατολική αντίληψη και παραβλέπεται στα δυτικά μέρη του κόσμου. Ευτυχώς, πολλοί κολοσσοί του λογισμικού, όπως η IBM, η Microsoft, η Infosys και η Wipro, έχουν καταστήσει τέτοιες πρακτικές υποχρεωτικές για τη μείωση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ως εκ τούτου, η πρακτική της γιόγκα και του διαλογισμού μπορεί να αμβλύνει τη δυσμενή επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στα αποτελέσματα που σχετίζονται με την εργασία.

Αυτή η συζήτηση υποδηλώνει ότι η SWB, η κοινωνική υποστήριξη και η εξάσκηση της γιόγκα και του διαλογισμού θα είναι οι μεσολαβητές. Οι μεσολαβητές εξηγούν πώς και γιατί, οι προσωπικοί και εργασιακοί πόροι μπορούν να τροποποιήσουν τις σχέσεις μεταξύ του προγνωστικού παράγοντα (επαγγελματική εξουθένωση) και του κριτηρίου (εργασιακή απόδοση, οργανωτική δέσμευση και διαπροσωπικές σχέσεις). Η φύση της διαμεσολαβούμενης σχέσης είναι τέτοια ώστε η ανεξάρτητη μεταβλητή να επηρεάζει τον διαμεσολαβητή, ο οποίος με τη σειρά του επηρεάζει το κριτήριο. Μπορεί να μην υπάρχουν "αιτιώδεις" σχέσεις μεταξύ τους. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ του προβλεπτικού παράγοντα και του κριτηρίου πριν από τον έλεγχο για διαμεσολαβημένη επίδραση. Οι διαμεσολαβητές των προσωπικών και εργασιακών πόρων μπορούν να εξηγήσουν τόσο ισχυρά το κριτήριο, ώστε το φιλτράρισμα των επιδράσεών τους μπορεί να ακυρώσει ή να μειώσει την επιρροή των προβλεπτικών παραγόντων για την

εξήγηση του κριτηρίου. Επειδή οι μεσολαβητές είναι τροποποιητές και παράγοντες αλλαγής, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για σκοπούς παρέμβασης (Fraizer et al., 2004).

Η διαπίστωση του διαμεσολαβητικού ρόλου της SWB, της κοινωνικής υποστήριξης και της εξάσκησης της γιόγκα και του διαλογισμού συνεπάγεται τα εξής: (α) η ανεξάρτητη μεταβλητή (επαγγελματική εξουθένωση) πρέπει να συνδέεται σημαντικά με τις εξαρτημένες μεταβλητές (εργασιακή απόδοση, οργανωσιακή δέσμευση και διαπροσωπικές σχέσεις), (β) η ανεξάρτητη μεταβλητή (επαγγελματική εξουθένωση) πρέπει να συνδέεται σημαντικά με τους μεσολαβητές (SWB, κοινωνική υποστήριξη, και εξάσκηση της γιόγκα και του διαλογισμού), (γ) οι μεσολαβητές πρέπει να συνδέονται σημαντικά με την εξαρτημένη μεταβλητή και (δ) η ανεξάρτητη μεταβλητή πρέπει να συνδέεται ασθενώς (μερικός μεσολαβητής) ή μη σημαντικά (πλήρης μεσολαβητής) με την εξαρτημένη μεταβλητή μετά τον έλεγχο των επιδράσεων των μεσολαβητών.

Η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως ένα σύνδρομο που εμφανίζεται συνήθως σε περιβάλλοντα εργασίας με συνεχές και χρόνιο στρες. Μια παρατεταμένη απόκριση σε χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες συναισθηματικής και διαπροσωπικής φύσης απαιτεί έντονη συναισθηματική εμπλοκή με τα άτομα που είναι τα υποκείμενα του έργου. Σύμφωνα με τους Maslach et al. (1997), αυτό το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις—δηλαδή, συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και προσωπική ολοκλήρωση. Η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ήδη γνωστή, όπως και οι κοινωνικές, ψυχολογικές, υγεία και εργασιακές επιπτώσεις.

Κεφάλαιο 4: Σχεδιασμός της Έρευνας

4.1. Επιστημολογία

Η επιστημολογία που έχει επιλεγεί για την ανάλυση της έρευνας αποτελεί σημαντικό κομμάτι του ερευνητικού σχεδίου και επηρεάζει την ποιότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Για να εξετάσουμε την επίδραση και τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μια ποσοτική προσέγγιση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της συχνότητας και του βαθμού της εξουθένωσης, της εργασιακής ικανοποίησης και άλλων παραγόντων που σχετίζονται με το φαινόμενο. Η συλλογή δεδομένων μπορεί να γίνει μέσω ερωτηματολογίων.

4.2. Μεθοδολογία

Η ποσοτική έρευνα μπορεί να παράσχει ποσοτικά δεδομένα για τη συχνότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης, τον βαθμό εργασιακής ικανοποίησης και τη σχέση μεταξύ αυτών των μεταβλητών. Με αυτόν τον τρόπο, μπορείτε να αξιολογήσετε την επίπτωση της εξουθένωσης στον πληθυσμό των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να εντοπίσετε ενδεχόμενους παράγοντες που συνδέονται με αυτήν.
μερικά παραδείγματα μεθοδολογιών που μπορεί να είναι κατάλληλες για διάφορες κατηγορίες έρευνας:
Πειραματική μεθοδολογία: Αυτή η μέθοδος εστιάζει στον έλεγχο των ανεξάρτητων μεταβλητών και τη μέτρηση των αποτελεσμάτων σε έναν ελεγχόμενο πειραματικό χώρο. Αυτή η μέθοδος είναι κατάλληλη όταν ο ερευνητής θέλει να μελετήσει αιτία-αποτέλεσμα σχέσεις και να ελέγξει τις επιδράσεις διαφόρων μεταβλητών.
Παρατηρησιακή μεθοδολογία: Αυτή η μέθοδος εστιάζει στην παρατήρηση και την καταγραφή φυσικών συμπεριφορών και φαινομένων. Χρησιμοποιείται συνήθως όταν οι παράμετροι της έρευνας δεν μπορούν να ελεγχθούν ή να παραμετροποιηθούν εύκολα, αλλά η παρατήρηση αποτελεί σημαντικό μέσο συλλογής δεδομένων.
Φαινομενολογική μεθοδολογία: Αυτή η μέθοδος επικεντρώνεται στην κατανόηση και ερμηνεία των σημασιών που αποδίδουν οι ανθρώπινοι συμμετέχοντες σε ένα φαινόμενο ή

μια εμπειρία. Συνήθως χρησιμοποιείται όταν οι ερευνητές επιδιώκουν να αναδείξουν τη σημασία, τις πεποιθήσεις και τις εμπειρίες των ανθρώπων που μελετούν.\

4.3. Δειγματοληπτική Τεχνική

Η δειγματοληπτική μέθοδος που επιλέχθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως στόχος της έρευνας ήταν να συλλεχθεί το μεγαλύτερο δυνατό δείγμα, στο συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα.

4.4. Κριτήρια Αποδοχής και Αποκλεισμού του δείγματος

Τα κριτήρια συμμετοχής και αποκλεισμού είναι τα εξής :
Κριτήρια συμμετοχής:
Επαγγελματική θέση: Να εργάζεστε ως επαγγελματίας υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
Προϋπηρεσία: Να έχετε εργαστεί στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για ένα ελάχιστο χρονικό διάστημα (π.χ., ένα έτος).
Κριτήρια αποκλεισμού:
Μη εργασία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
Έλλειψη προϋπηρεσίας στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
Αυτά τα κριτήρια βασίζονται στην προϋπόθεση ότι η έρευνα επιδιώκει να συλλέξει δεδομένα από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι εναλλακτικές περιπτώσεις που θα αποκλειστούν είναι οι επαγγελματίες υγείας που δεν πληρούν τα παραπάνω κριτήρια συμμετοχής, όπως οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε διαφορετικά επίπεδα φροντίδας υγείας, καθώς και όσοι δεν έχουν επαρκή προϋπηρεσία στον εν λόγω τομέα.

4.5. Περιγραφή του δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 138 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

4.6. Περιγραφή του χώρου

Η έρευνα έλαβε χώρα διαδικτυακά.

4.7. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο αποστάλθηκε μέσω κοινωνικών μέσων ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, η μέθοδος συλλογής των δεδομένων ήταν μέσω αυτών των ψηφιακών πλατφορμών. Η χρήση του Google Forms για τη δημιουργία και αποστολή του ερωτηματολογίου είναι μια δημοφιλής επιλογή λόγω της ευκολίας και της δυνατότητας προσαρμογής που προσφέρει.
Η απόφαση να χρησιμοποιηθούν κοινωνικά μέσα ή ηλεκτρονικό ταχυδρομείο για την αποστολή του ερωτηματολογίου μπορεί να οφείλεται σε αρκετούς λόγους όπως:
Ευκολία: Η αποστολή ερωτηματολογίου μέσω κοινωνικών μέσων ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου είναι εύκολη και γρήγορη διαδικασία, που επιτρέπει σε μεγάλο αριθμό ατόμων να λάβουν το ερωτηματολόγιο.
Ευελιξία: Οι κοινωνικές μέσες και το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο παρέχουν ευελιξία όσον αφορά την προσαρμογή του ερωτηματολογίου και την προσαρμογή του προς το κοινό στο οποίο απευθύνεται.
Απορρίφθηκαν άλλες μεθόδους συλλογής δεδομένων, όπως οι απευθείας προσωπικές συνεντεύξεις ή η αποστολή εκτυπωμένων ερωτηματολογίων, λόγω των πρακτικών περιορισμών ή της απομακρυσμένης φύσης της έρευνας. Επιλέγοντας την ψηφιακή μέθοδο, εξοικονομήθηκαν χρόνος, πόροι και κόστος που συνήθως συνδέονται με άλλες μεθόδους συλλογής δεδομένων.

4.8. Ηθική της έρευνας

Ορισμένα από τα ηθικά ζητήματα που συνήθως λαμβάνονται υπόψη στον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή μιας έρευνας είναι:
Ενημέρωση και συναίνεση: Οι συμμετέχοντες πρέπει να ενημερωθούν για τη φύση της έρευνας, τους στόχους της, τη χρήση των δεδομένων τους και τα προβλεπόμενα

αποτελέσματα. Πρέπει να δοθεί η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να αποφασίσουν ελεύθερα αν θέλουν να συμμετέχουν και να παράσχουν τα δεδομένα τους.

Ανωνυμία και απορρήτου: Πρέπει να διασφαλιστεί η προστασία της ταυτότητας των συμμετεχόντων και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων τους. Συνήθως χρησιμοποιούνται ανώνυμα αναγνωριστικά ή κωδικοί για την αντιστοίχιση των δεδομένων με τους συμμετέχοντες.

Επιτήρηση των επιπτώσεων: Πρέπει να ληφθούν υπόψη οι πιθανές επιπτώσεις της έρευνας στους συμμετέχοντες και να διασφαλιστεί ότι δεν θα υπάρξει βλάβη ή επιβάρυνση για τους συμμετέχοντες.

Όσον αφορά την έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής, συχνά οι ερευνητές απαιτούν έγκριση από αρμόδιο όργανο ηθικής, όπως η Επιτροπή Ηθικής του πανεπιστημίου ή άλλος φορέας που ασχολείται με ηθικά ζητήματα στην έρευνα. Η έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής εξασφαλίζει ότι η έρευνα συμμορφώνεται με τους ηθικούς κανόνες και προστατεύει τα δικαιώματα και τον ευεργετούμενο των συμμετεχόντων.

4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν με τη χρήση του προγράμματος PSPP και παρουσιάστηκαν με περιγραφική στατιστική, μπορεί να ακολουθηθούν διάφορες μέθοδοι ανάλυσης, ανάλογα με τους στόχους της έρευνας και τον τύπο των δεδομένων.

Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα της Έρευνας

Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία

1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση.

Τα ερευνητικά εργαλεία που θα συμπληρώσουν είναι:

Maslach Burnout Inventory – MBI (Maslach & Jackson,1986)

Για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο «Απογραφικός Κατάλογος Επαγγελματικής Εξουθένωσης» (Maslach Burnout Inventory – MBI, Maslach & Jackson, 1986), σταθμισμένο από τους Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos, D. (1994). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 προτάσεις και μετράει τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αναφέρθηκαν στο μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach:

- Συναισθηματική Εξάντληση
- Αποπροσωποποίηση
- Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων.

Πρόκειται για το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο, εργαλείο διεθνώς για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ αρχικά αφορούσε σε επαγγέλματα που συνεπάγονται άμεση επαφή με ανθρώπους, αργότερα με τροποποιημένες εκδόσεις χρησιμοποιήθηκε σε περισσότερα εργασιακά περιβάλλοντα (Maslach, 2001). Χρησιμοποιεί μια κλίμακα 7 διαβαθμίσεων σχετικά με τις απαντήσεις (0=ποτέ, 6=κάθε μέρα) και η αξιολόγηση των συμπερασμάτων γίνεται με τη βοήθεια του καταλόγου επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI), που περιέχει τρεις υποκλίμακες. Με τον τρόπο αυτό αξιολογούνται οι διαφορετικές πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει το προσωπικό. Ο κατάλογος αυτός θεωρείται ότι είναι αξιόπιστος, έγκυρος, και εύκολος στη χρησιμοποίηση. Με βάση τις οδηγίες της Maslach (1986), η βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μικρότερη ή ίση με 16 μονάδες, 17-26 μονάδες και μεγαλύτερη ή ίση με 27 μονάδες αντίστοιχα. Ομοίως, η βαθμολογία στη διάσταση

«Αποπροσωποποίηση» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μικρότερη ή ίση με 6 μονάδες, 7-12 μονάδες και μεγαλύτερη ή ίση με 13 μονάδες αντίστοιχα. Τέλος, η βαθμολογία στη διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μεγαλύτερη ή ίση με 39 μονάδες, 32-38 μονάδες και μικρότερη ή ίση με 31 μονάδες αντίστοιχα.

Ερωτηματολόγιο Εργασιακής Ικανοποίησης

Το ερωτηματολόγιο Greek Nurses' Job Satisfaction Scale (Moumtzoglou 2010) αξιολογεί την επαγγελματική ικανοποίηση μέσα από δεκαοχτώ ερωτήσεις τεσσάρων διαστάσεων που αφορούν στην αλληλεπίδραση και αναγνώριση (5 ερωτήσεις), αμοιβή και φύση εργασίας (3 ερωτήσεις), αυτο–ανάπτυξη και υπευθυνότητα (5 ερωτήσεις), στυλ εργασίας και οργανωτικές πολιτικές (5 ερωτήσεις) χρησιμοποιώντας τετραβάθμια κλίμακα Likert 1-4.

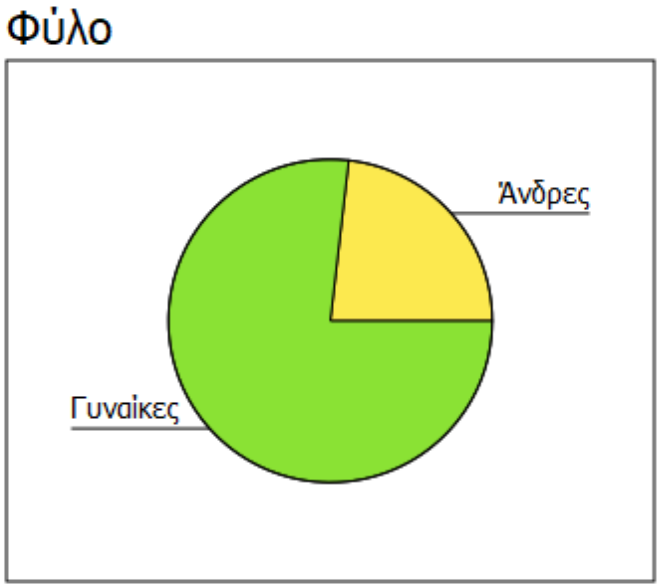
5.1. Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών

Παρακάτω βλέπουμε τον πίνακα και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το φύλο των συμμετεχόντων της έρευνας. Οι συμμετέχοντες ήταν 106 εκ αυτών 138 γυναίκες και 32 άντρες. Ήτοι, 76,8% και 23,2% αντίστοιχα.

Πίνακας 5: Φύλο

Φύλο

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Άνδρες	32	23,2%	23,2%	23,2%
	Γυναίκες	106	76,8%	76,8%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



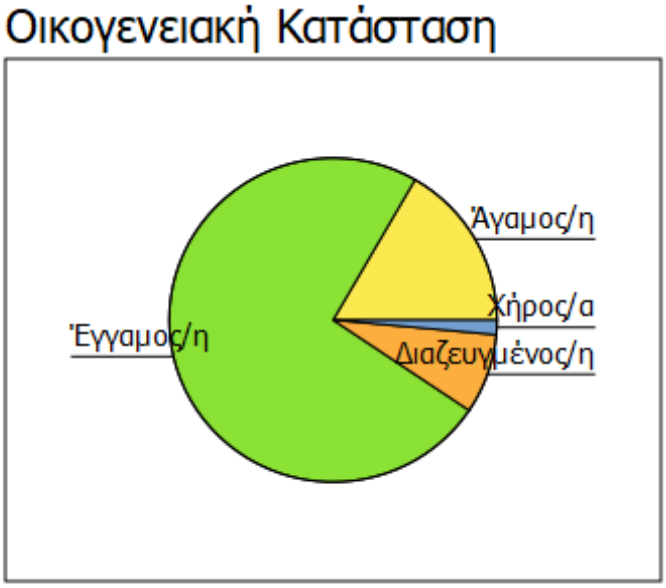
Διάγραμμα 1: Φύλο

Παρακάτω βλέπουμε τον πίνακα και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων της έρευνας. Μια συντριπτική πλειοψηφία 73,9% δηλώνει έγγαμοι, με 16,7% να δηλώνει άγαμοι.

Πίνακας 6: Οικογενειακή Κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Άγαμος/η	23	16,7%	16,7%	16,7%
	Έγγαμος/η	102	73,9%	73,9%	90,6%
	Διαζευγμένος/η	11	8,0%	8,0%	98,6%
	Χήρος/α	2	1,4%	1,4%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



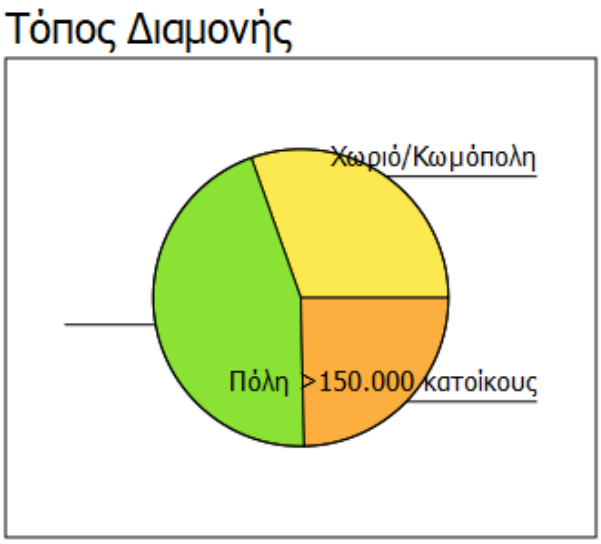
Διάγραμμα 2: Οικογενειακή Κατάσταση

Παρακάτω βλέπουμε τον πίνακα και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με τον τόπο διαμονής των συμμετεχόντων της έρευνας. Η πλειοψηφία 44,9% βρίσκεται σε πόλη με λιγότερους από 150χιλ. κατοίκους, με το 30,4% να είναι σε κωμόπολη και το 24,6% σε πόλη με παραπάνω από 150χιλ. κατοίκους.

Πίνακας 7: Τόπος Διαμονής

Τόπος Διαμονής

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Χωριό/Κωμόπολη	42	30,4%	30,4%	30,4%
	Πόλη <150.000 κατοίκους	62	44,9%	44,9%	75,4%
	Πόλη >150.000 κατοίκους	34	24,6%	24,6%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



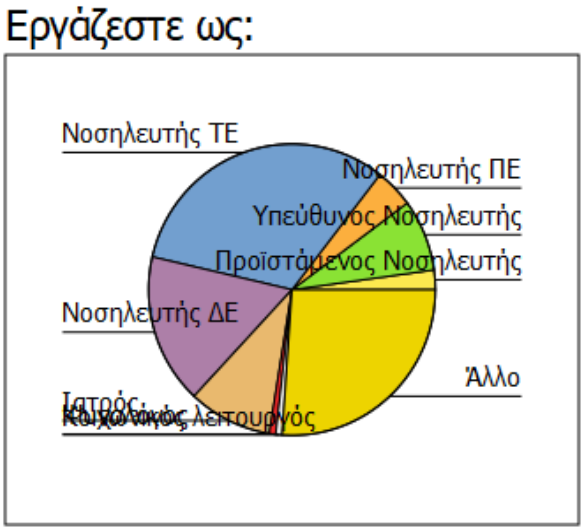
Διάγραμμα 3: Τόπος Διαμονής

Ακολουθεί ο πίνακας και το διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με την εργασία των συμμετεχόντων της έρευνας. Η πλειοψηφία 31,9% δηλώνουν ως νοσηλευτές ΤΕ, με σημαντικό ποσοστό 26,1% να έχουν απαντήσει στην επιλογή άλλο.

Πίνακας 8: Εργάζεστε ως

Εργάζεστε ως:

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Προϊστάμενος Νοσηλευτής	3	2,2%	2,2%	2,2%
	Υπεύθυνος Νοσηλευτής	11	8,0%	8,0%	10,1%
	Νοσηλευτής ΠΕ	6	4,3%	4,3%	14,5%
	Νοσηλευτής ΤΕ	44	31,9%	31,9%	46,4%
	Νοσηλευτής ΔΕ	23	16,7%	16,7%	63,0%
	Ιατρός	13	9,4%	9,4%	72,5%
	Ψυχολόγος	1	,7%	,7%	73,2%
	Κοινωνικός λειτουργός	1	,7%	,7%	73,9%
	Άλλο	36	26,1%	26,1%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



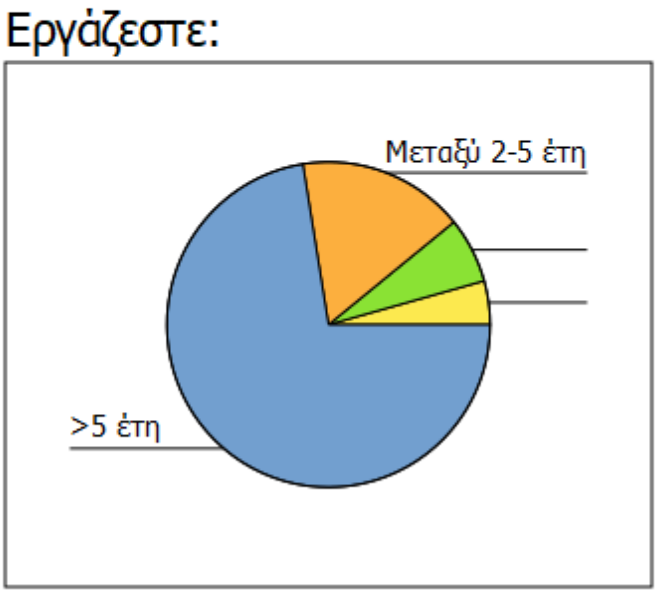
Διάγραμμα 4: Εργάζεστε ως

Στη συνέχεια βλέπουμε τον πίνακα και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με τα έτη εργασίας των συμμετεχόντων της έρευνας. Η πλειοψηφία του δείγματος 72,5% ή 100 από τους 138 ερωτηθέντες δηλώνουν πως εργάζονται περισσότερα από 5 έτη.

Πίνακας 9: Έτη Εργασίας

Εργάζεστε:

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	<1 έτος	6	4,3%	4,3%	4,3%
	<2 έτη	9	6,5%	6,5%	10,9%
	Μεταξύ 2-5 έτη	23	16,7%	16,7%	27,5%
	>5 έτη	100	72,5%	72,5%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



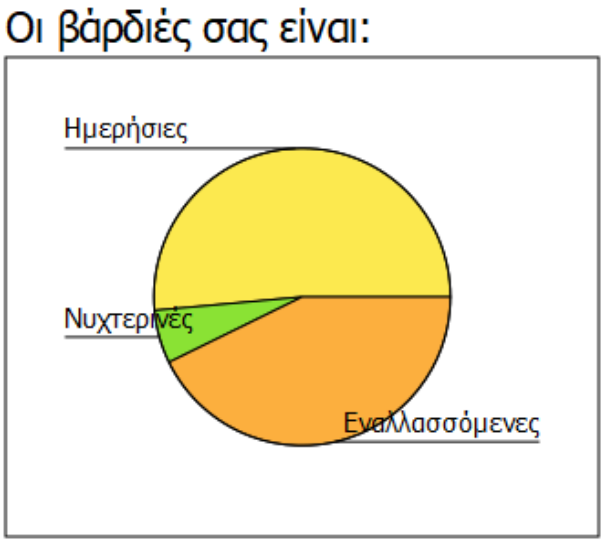
Διάγραμμα 5: Έτη Εργασίας

Έπειτα βλέπουμε τον πίνακα και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με τις βάρδιες των συμμετεχόντων της έρευνας. Η πλειοψηφία του δείγματος 51,4% έχουν ημερήσιες βάρδιες με το 42,8% να έχει εναλλασσόμενες και το 5,8% να είναι σε νυχτερινές βάρδιες.

Πίνακας 10: Βάρδιες

Οι βάρδιές σας είναι:

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ημερήσιες	71	51,4%	51,4%	51,4%
	Νυχτερινές	8	5,8%	5,8%	57,2%
	Εναλλασσόμενες	59	42,8%	42,8%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



Διάγραμμα 6: Βάρδιες

Επίσης βλέπουμε τον πίνακα και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με τα άτομα με τα οποία μένουν οι συμμετέχοντες της έρευνας. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος 53,6% δηλώνει πως μένει με τον/την σύζυγό τους και τα παιδιά τους.

Πίνακας 11: Με ποιον μένετε;

Με ποιον μένετε;

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Μόνος/η	11	8,0%	8,0%	8,0%
	Με τον/την σύντροφο	17	12,3%	12,3%	20,3%
	Με κάποιο φίλο/η	5	3,6%	3,6%	23,9%
	Με αδελφό/η	3	2,2%	2,2%	26,1%
	Με τα παιδιά μου	9	6,5%	6,5%	32,6%
	Με τον/την σύζηγο και τα παιδιά μου	74	53,6%	53,6%	86,2%
	Με την οικογένειά μου	19	13,8%	13,8%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		

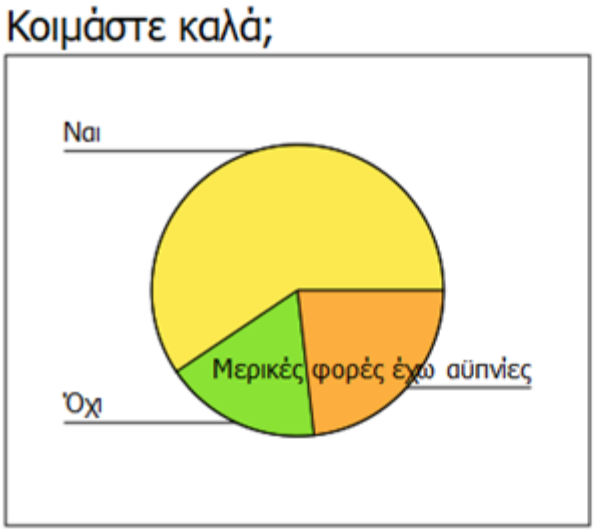
Διάγραμμα 7: Με ποιον μένετε;

Στη συνέχεια βλέπουμε τον πίνακα και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με την ποιότητα ύπνου των συμμετεχόντων της έρευνας. Η πλειοψηφία του δείγματος 59,4% δηλώνει κοιμάται καλά, με το 23,2% να έχει μερικές φορές αϋπνίες και το 17,4% να μην κοιμάται καλά.

Πίνακας 12: Ποιότητα Ύπνου

Κοιμάστε καλά;

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ναι	82	59,4%	59,4%	59,4%
	Όχι	24	17,4%	17,4%	76,8%
	Μερικές φορές έχω αϋπνίες	32	23,2%	23,2%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



Διάγραμμα 8: Ποιότητα Ύπνου

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με τα όνειρα των συμμετεχόντων της έρευνας. Η πλειοψηφία του δείγματος 71% βλέπει όνειρα μερικές φορές, με το 19,6% να βλέπει πολλά και το 9,4% να μην τα θυμάται.

Πίνακας 13: Βλέπετε Όνειρα;

Βλέπετε όνειρα;

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Πολλά	27	19,6%	19,6%	19,6%
	Μερικές φορές	98	71,0%	71,0%	90,6%
	Όχι, ποτέ δεν τα θυμάμαι	13	9,4%	9,4%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		

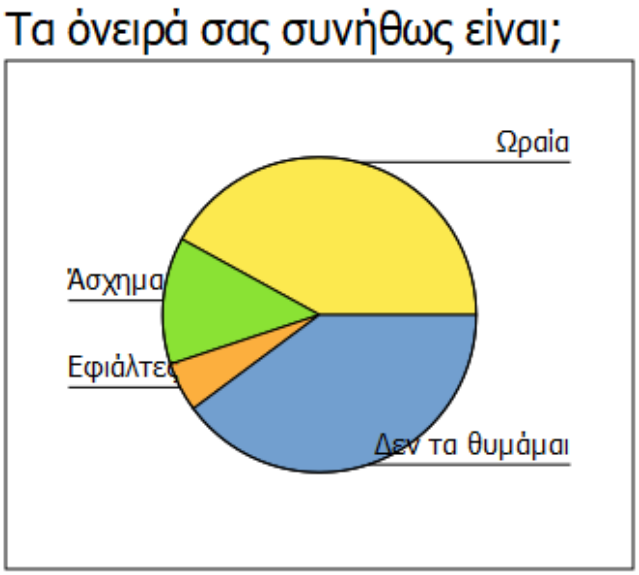
Διάγραμμα 9: Βλέπετε Όνειρα;

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με την ποιότητα ονείρων των συμμετεχόντων της έρευνας. Η πλειοψηφία του δείγματος 42% βλέπει ωραία όνειρα, με το 39,9% να μην θυμάται.

Πίνακας 14: Τα όνειρά σας συνήθως είναι:

Τα όνειρά σας συνήθως είναι;

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ωραία	58	42,0%	42,0%	42,0%
	Άσχημα	18	13,0%	13,0%	55,1%
	Εφιάλτες	7	5,1%	5,1%	60,1%
	Δεν τα θυμάμαι	55	39,9%	39,9%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



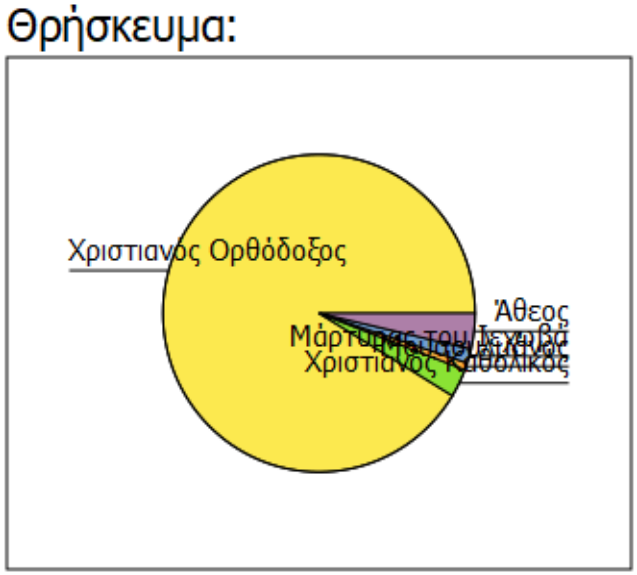
Διάγραμμα 10: Τα όνειρά σας συνήθως είναι:

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το θρήσκευμα των συμμετεχόντων της έρευνας. Η συντριπτική πλειονότητα του δείγματος 91,3% δηλώνει ως χριστιανοί ορθόδοξοι.

Πίνακας 15: Θρήσκευμα

Θρήσκευμα:

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Χριστιανός Ορθόδοξος	126	91,3%	91,3%	91,3%
	Χριστιανός Καθολικός	4	2,9%	2,9%	94,2%
	Μουσουλμάνος	1	,7%	,7%	94,9%
	Μάρτυρας του Ιεχωβά	2	1,4%	1,4%	96,4%
	Άθεος	5	3,6%	3,6%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



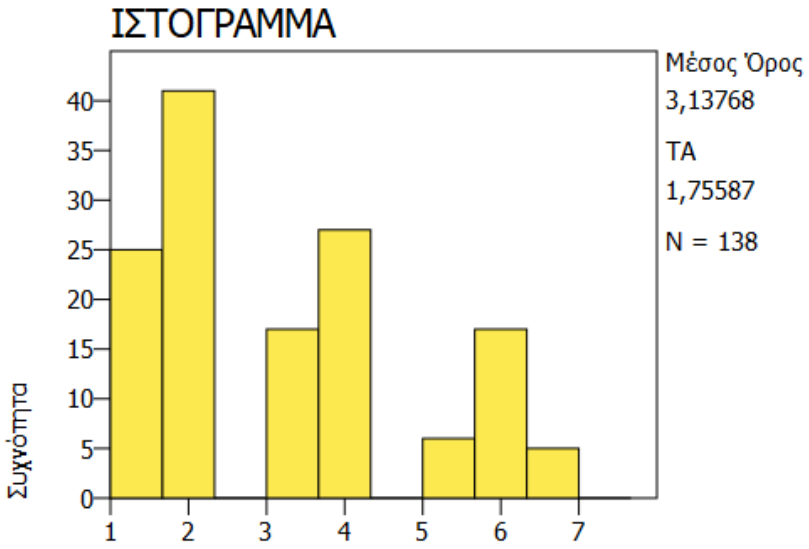
Διάγραμμα 11: Θρήσκευμα

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας αισθάνονται συναισθηματικά άδειοι από την δουλειά τους. Η πλειονότητα του δείγματος 29,7% δηλώνει πως τους συμβαίνει μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο.

Πίνακας 16: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω συναισθηματικά άδειος/α από τη δουλειά μου

Νιώθω συναισθηματικά άδειος / α από τη δουλειά μου.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	25	18,1%	18,1%	18,1%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	41	29,7%	29,7%	47,8%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	17	12,3%	12,3%	60,1%
	Μερικές φορές το μήνα	27	19,6%	19,6%	79,7%
	Μία φορά την εβδομάδα	6	4,3%	4,3%	84,1%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	17	12,3%	12,3%	96,4%
	Κάθε μέρα	5	3,6%	3,6%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



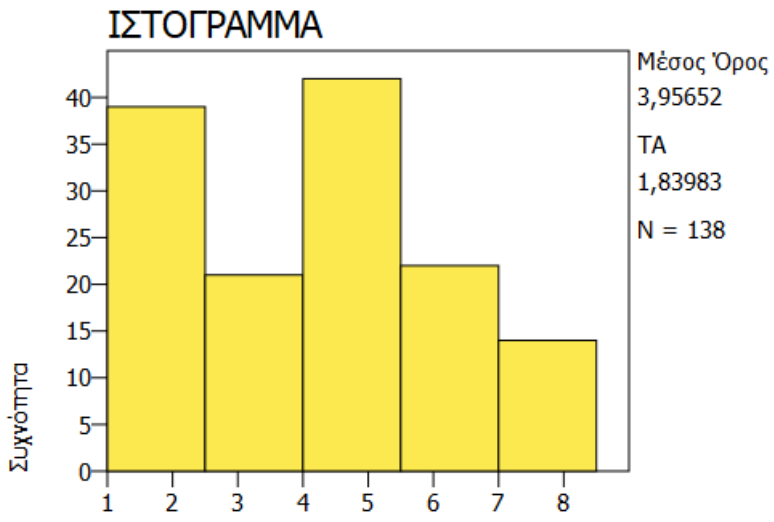
Διάγραμμα 12: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω συναισθηματικά άδειος/α από τη δουλειά μου

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν εξαντλημένοι στο τέλος μιας εργάσιμης μέρας. Η πλειονότητα του δείγματος 20,3% δηλώνει πως τους συμβαίνει μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο.

Πίνακας 17: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω εξαντλημένος/η στο τέλος μιας εργάσιμης μέρας

Νιώθω εξαντλημένος / η στο τέλος μιας εργάσιμη μέρας.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	11	8,0%	8,0%	8,0%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	28	20,3%	20,3%	28,3%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	21	15,2%	15,2%	43,5%
	Μερικές φορές το μήνα	24	17,4%	17,4%	60,9%
	Μία φορά την εβδομάδα	18	13,0%	13,0%	73,9%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	22	15,9%	15,9%	89,9%
	Κάθε μέρα	14	10,1%	10,1%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



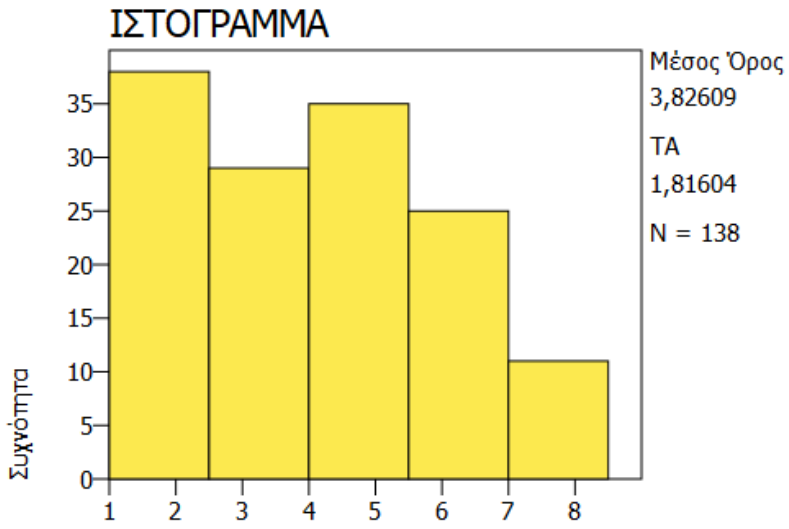
Διάγραμμα 13: Νιώθω εξαντλημένος/η στο τέλος μιας εργάσιμης μέρας

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν κούραση το πρωί όταν έχουν μια ακόμα ημέρα δουλειάς. Η πλειονότητα του δείγματος 21,% δηλώνει πως τους συμβαίνει μια φορά τον μήνα.

Πίνακας 18: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα ημέρα δουλειάς

Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	13	9,4%	9,4%	9,4%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	25	18,1%	18,1%	27,5%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	29	21,0%	21,0%	48,6%
	Μερικές φορές το μήνα	24	17,4%	17,4%	65,9%
	Μία φορά την εβδομάδα	11	8,0%	8,0%	73,9%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	25	18,1%	18,1%	92,0%
	Κάθε μέρα	11	8,0%	8,0%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



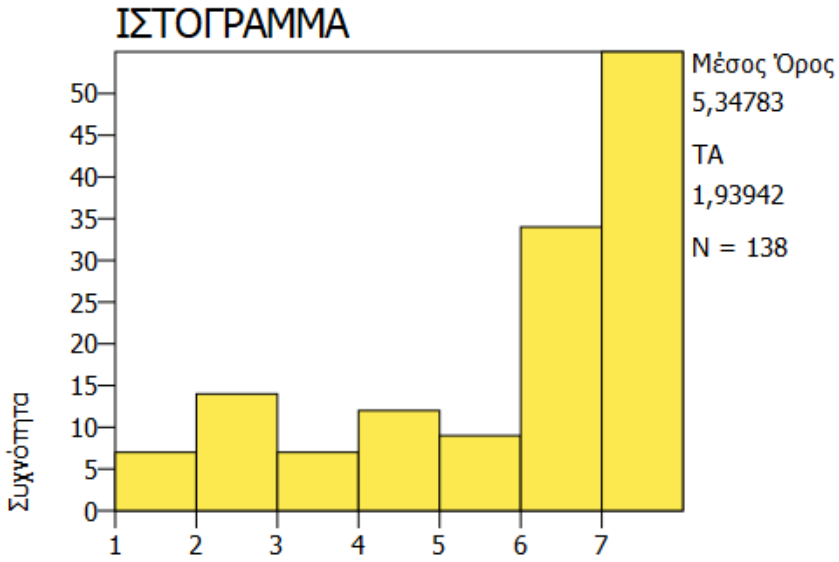
Διάγραμμα 14: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα ημέρα δουλειάς

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας μπορούν να καταλάβουν πως νιώθουν οι ασθενείς. Η πλειονότητα του δείγματος 39,9% δηλώνει πως τους συμβαίνει καθημερινά.

Πίνακας 19: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Μπορώ να καταλάβω πως νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)

Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	7	5,1%	5,1%	5,1%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	14	10,1%	10,1%	15,2%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	7	5,1%	5,1%	20,3%
	Μερικές φορές το μήνα	12	8,7%	8,7%	29,0%
	Μία φορά την εβδομάδα	9	6,5%	6,5%	35,5%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	34	24,6%	24,6%	60,1%
	Κάθε μέρα	55	39,9%	39,9%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



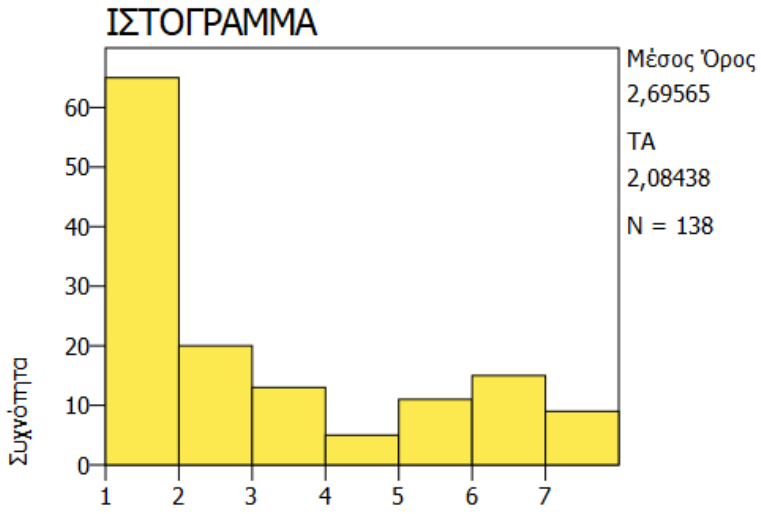
Διάγραμμα 15: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Μπορώ να καταλάβω πως νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν ότι μεταχειρίζονται τους ασθενείς σαν απρόσωπα αντικείμενα. Η πλειονότητα του δείγματος 47,1% δηλώνει πως τους δεν συμβαίνει ποτέ.

Πίνακας 20: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα

Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	65	47,1%	47,1%	47,1%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	20	14,5%	14,5%	61,6%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	13	9,4%	9,4%	71,0%
	Μερικές φορές το μήνα	5	3,6%	3,6%	74,6%
	Μία φορά την εβδομάδα	11	8,0%	8,0%	82,6%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	15	10,9%	10,9%	93,5%
	Κάθε μέρα	9	6,5%	6,5%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



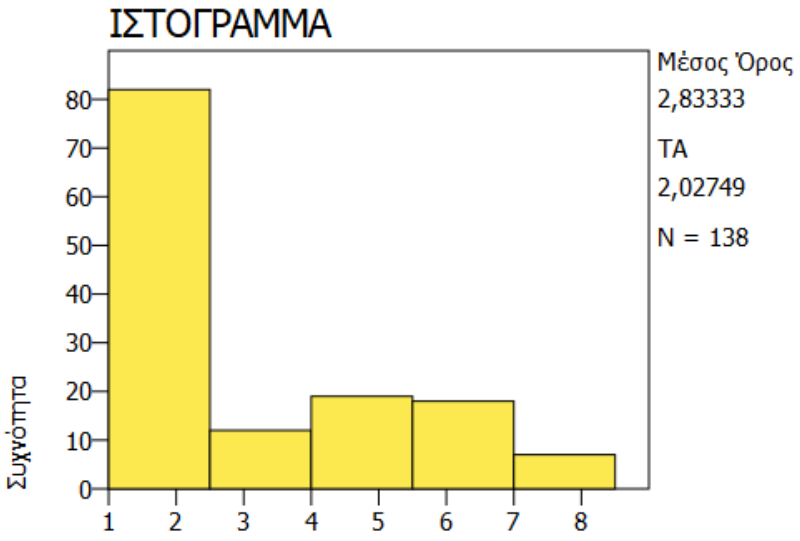
Διάγραμμα 16: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας τους αποτελεί φορτίο να εργάζονται με άλλους ανθρώπους. Η πλειονότητα του δείγματος 38,4% δηλώνει πως τους δεν συμβαίνει ποτέ.

Πίνακας 21: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους

Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	53	38,4%	38,4%	38,4%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	29	21,0%	21,0%	59,4%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	12	8,7%	8,7%	68,1%
	Μερικές φορές το μήνα	8	5,8%	5,8%	73,9%
	Μία φορά την εβδομάδα	11	8,0%	8,0%	81,9%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	18	13,0%	13,0%	94,9%
	Κάθε μέρα	7	5,1%	5,1%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



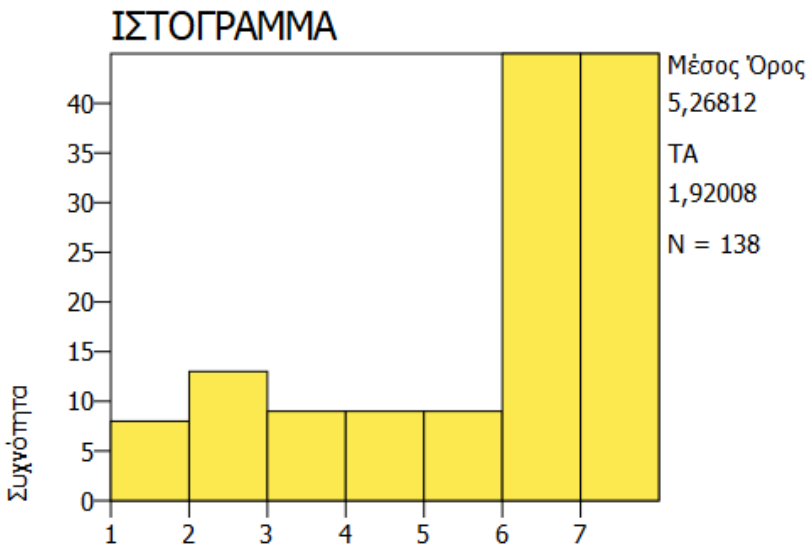
Διάγραμμα 17: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών. Οι πλειονότητες του δείγματος 32,6% δηλώνει πως τους συμβαίνει είτε μερικές φορές την εβδομάδα ή καθημερινά.

Πίνακας 22: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)

Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	8	5,8%	5,8%	5,8%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	13	9,4%	9,4%	15,2%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	9	6,5%	6,5%	21,7%
	Μερικές φορές το μήνα	9	6,5%	6,5%	28,3%
	Μία φορά την εβδομάδα	9	6,5%	6,5%	34,8%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	45	32,6%	32,6%	67,4%
	Κάθε μέρα	45	32,6%	32,6%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



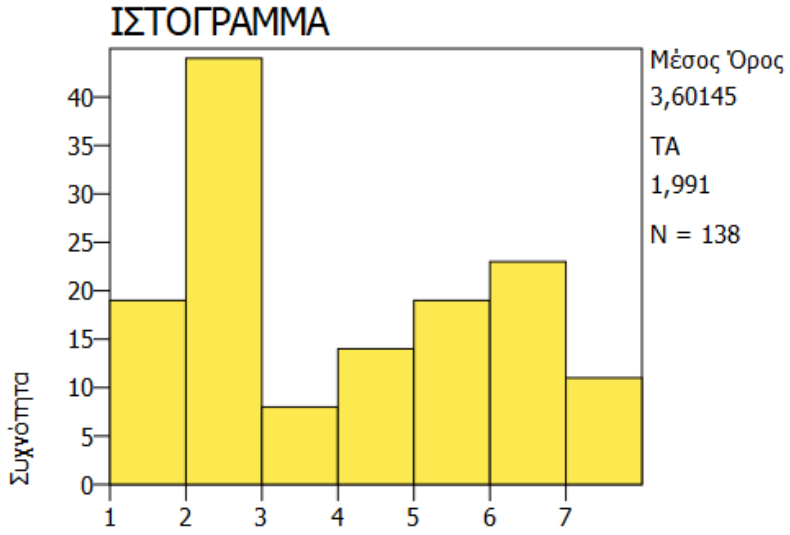
Διάγραμμα 18: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν εξουθενωμένοι από τη δουλειά τους. Η πλειονότητα του δείγματος 31,9% δηλώνει πως τους συμβαίνει μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο.

Πίνακας 23: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω εξουθενωμένος από την δουλειά μου

Νιώθω εξουθενωμένος / η από τη δουλειά μου.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	19	13,8%	13,8%	13,8%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	44	31,9%	31,9%	45,7%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	8	5,8%	5,8%	51,4%
	Μερικές φορές το μήνα	14	10,1%	10,1%	61,6%
	Μία φορά την εβδομάδα	19	13,8%	13,8%	75,4%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	23	16,7%	16,7%	92,0%
	Κάθε μέρα	11	8,0%	8,0%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



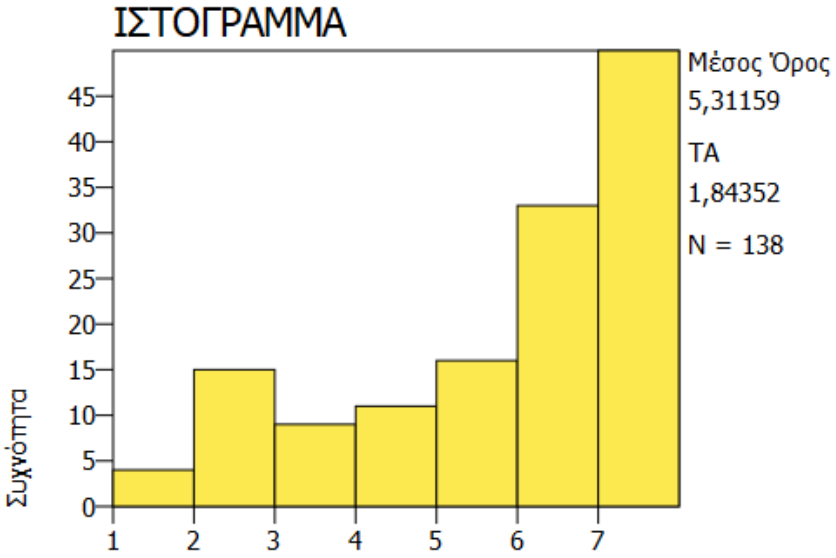
Διάγραμμα 19: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω εξουθενωμένος από την δουλειά μου

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν πως με την εργασία τους επηρεάζουν θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων. Η πλειονότητα του δείγματος 36,2% δηλώνει πως τους συμβαίνει καθημερινά.

Πίνακας 24: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων

Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	4	2,9%	2,9%	2,9%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	15	10,9%	10,9%	13,8%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	9	6,5%	6,5%	20,3%
	Μερικές φορές το μήνα	11	8,0%	8,0%	28,3%
	Μία φορά την εβδομάδα	16	11,6%	11,6%	39,9%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	33	23,9%	23,9%	63,8%
	Κάθε μέρα	50	36,2%	36,2%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



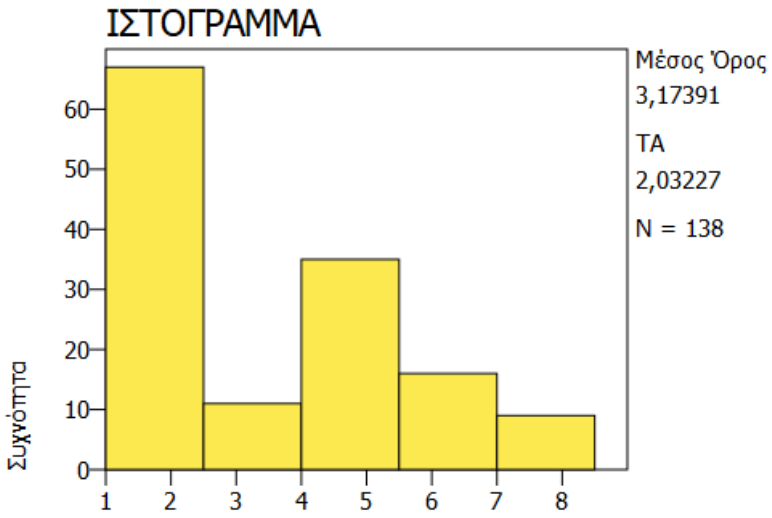
Διάγραμμα 20: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν ποιο σκληροί απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισαν αυτή τη δουλειά. Η πλειονότητα του δείγματος 31,9% δηλώνει πως δεν τους συμβαίνει ποτέ.

Πίνακας 25: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Έχω γίνει ποιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά

Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	44	31,9%	31,9%	31,9%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	23	16,7%	16,7%	48,6%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	11	8,0%	8,0%	56,5%
	Μερικές φορές το μήνα	19	13,8%	13,8%	70,3%
	Μία φορά την εβδομάδα	16	11,6%	11,6%	81,9%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	16	11,6%	11,6%	93,5%
	Κάθε μέρα	9	6,5%	6,5%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



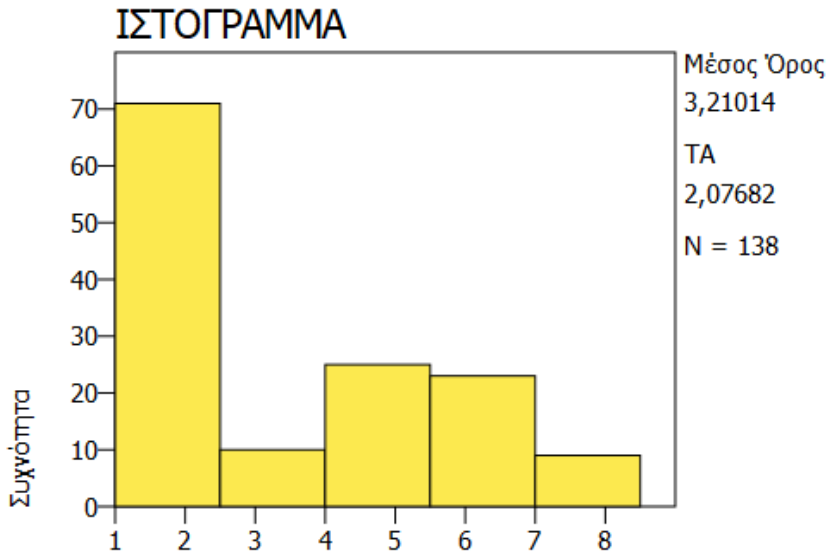
Διάγραμμα 21: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Έχω γίνει ποιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας ανησυχούν ότι η δουλειά τους κάνει να δείχνουν συναισθηματική σκληρότητα. Η πλειονότητα του δείγματος 29% δηλώνει πως δεν τους συμβαίνει ποτέ.

Πίνακας 26: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα

Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	40	29,0%	29,0%	29,0%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	31	22,5%	22,5%	51,4%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	10	7,2%	7,2%	58,7%
	Μερικές φορές το μήνα	15	10,9%	10,9%	69,6%
	Μία φορά την εβδομάδα	10	7,2%	7,2%	76,8%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	23	16,7%	16,7%	93,5%
	Κάθε μέρα	9	6,5%	6,5%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



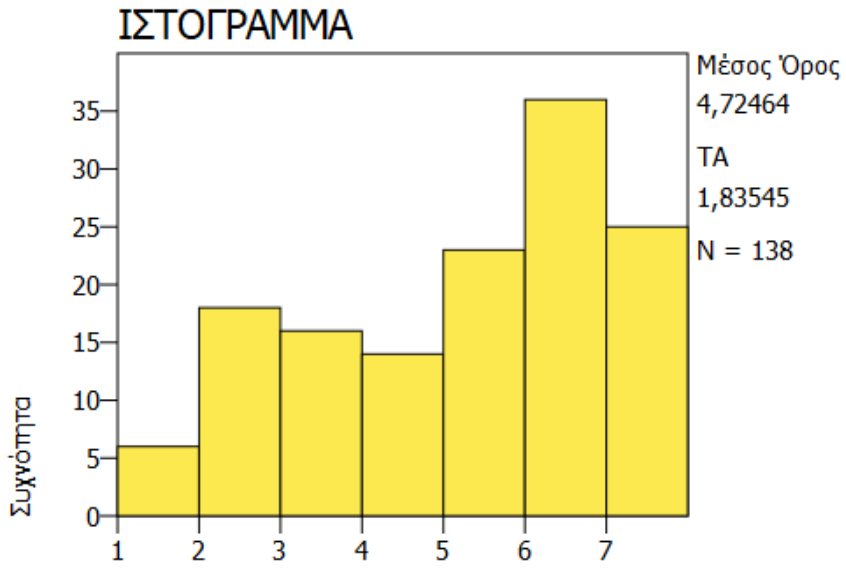
Διάγραμμα 22: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν ενεργητικότητα. Η πλειονότητα του δείγματος 26,1% δηλώνει πως τους συμβαίνει μερικές φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 27: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα

Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	6	4,3%	4,3%	4,3%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	18	13,0%	13,0%	17,4%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	16	11,6%	11,6%	29,0%
	Μερικές φορές το μήνα	14	10,1%	10,1%	39,1%
	Μία φορά την εβδομάδα	23	16,7%	16,7%	55,8%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	36	26,1%	26,1%	81,9%
	Κάθε μέρα	25	18,1%	18,1%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



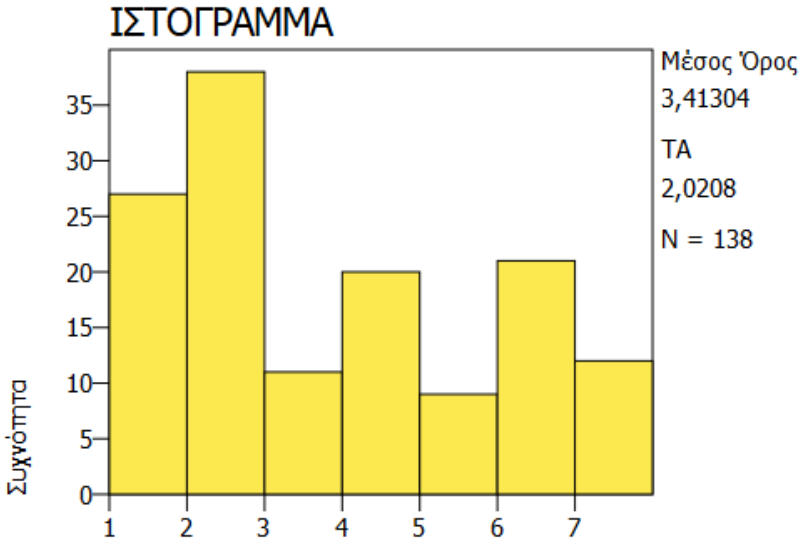
Διάγραμμα 23: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν απογοήτευση. Η πλειονότητα του δείγματος 27,5% δηλώνει πως τους συμβαίνει μερικές φορές τον χρόνο ή λιγότερο.

Πίνακας 28: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου

Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	27	19,6%	19,6%	19,6%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	38	27,5%	27,5%	47,1%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	11	8,0%	8,0%	55,1%
	Μερικές φορές το μήνα	20	14,5%	14,5%	69,6%
	Μία φορά την εβδομάδα	9	6,5%	6,5%	76,1%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	21	15,2%	15,2%	91,3%
	Κάθε μέρα	12	8,7%	8,7%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



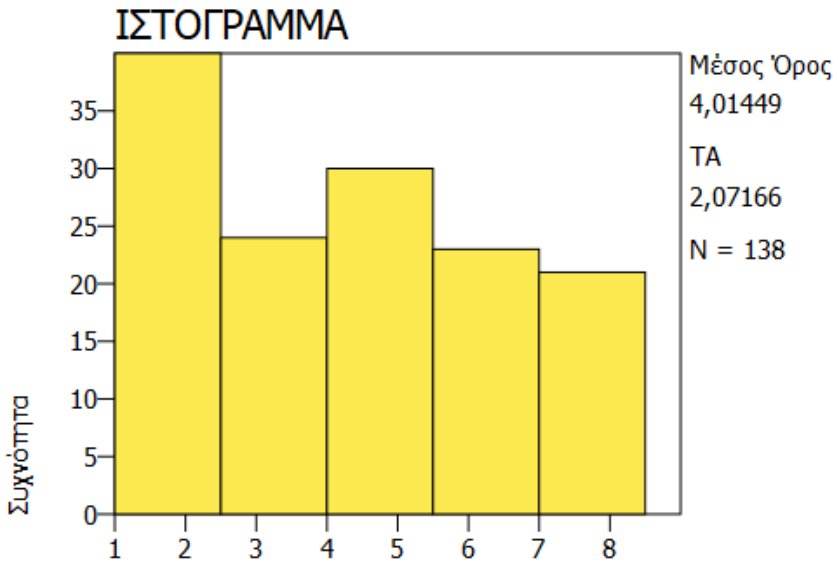
Διάγραμμα 24: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν ότι εργάζονται σκληρά. Η πλειονότητα του δείγματος 17,4% δηλώνει πως τους συμβαίνει μερικές φορές τον μήνα ή λιγότερο.

Πίνακας 29: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά

Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	21	15,2%	15,2%	15,2%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	19	13,8%	13,8%	29,0%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	24	17,4%	17,4%	46,4%
	Μερικές φορές το μήνα	12	8,7%	8,7%	55,1%
	Μία φορά την εβδομάδα	18	13,0%	13,0%	68,1%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	23	16,7%	16,7%	84,8%
	Κάθε μέρα	21	15,2%	15,2%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



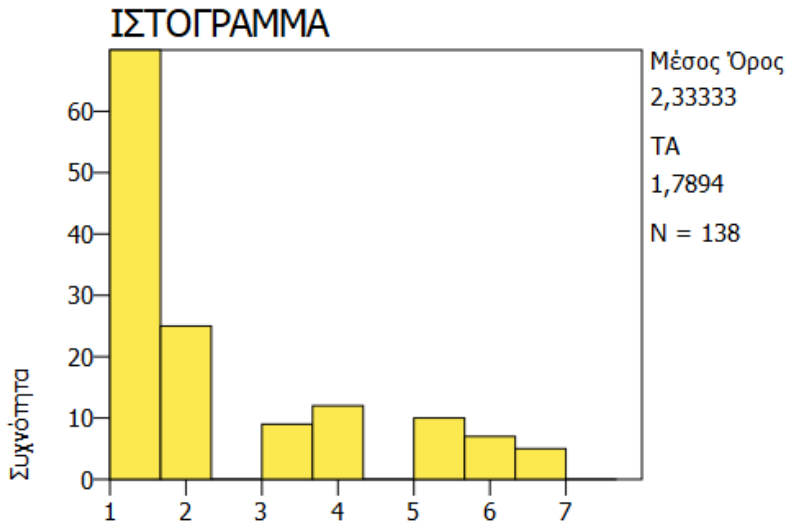
Διάγραμμα 25: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας δεν νοιάζονται για το τι συμβαίνει στους ασθενείς. Η πλειονότητα του δείγματος 50,7% δηλώνει πως δεν συμβαίνει ποτέ.

Πίνακας 30: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου

Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	70	50,7%	50,7%	50,7%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	25	18,1%	18,1%	68,8%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	9	6,5%	6,5%	75,4%
	Μερικές φορές το μήνα	12	8,7%	8,7%	84,1%
	Μία φορά την εβδομάδα	10	7,2%	7,2%	91,3%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	7	5,1%	5,1%	96,4%
	Κάθε μέρα	5	3,6%	3,6%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



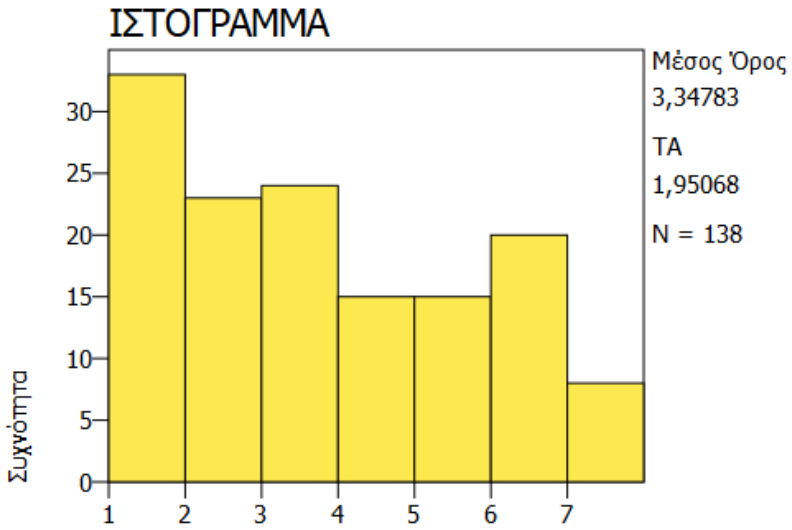
Διάγραμμα 26: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν στρες από την άμεση σχέση με ανθρώπους. Η πλειονότητα του δείγματος 23,9% δηλώνει πως δεν συμβαίνει ποτέ.

Πίνακας 31: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει να νιώθω υπερβολική ένταση (στρες)

Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες).

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	33	23,9%	23,9%	23,9%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	23	16,7%	16,7%	40,6%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	24	17,4%	17,4%	58,0%
	Μερικές φορές το μήνα	15	10,9%	10,9%	68,8%
	Μία φορά την εβδομάδα	15	10,9%	10,9%	79,7%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	20	14,5%	14,5%	94,2%
	Κάθε μέρα	8	5,8%	5,8%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



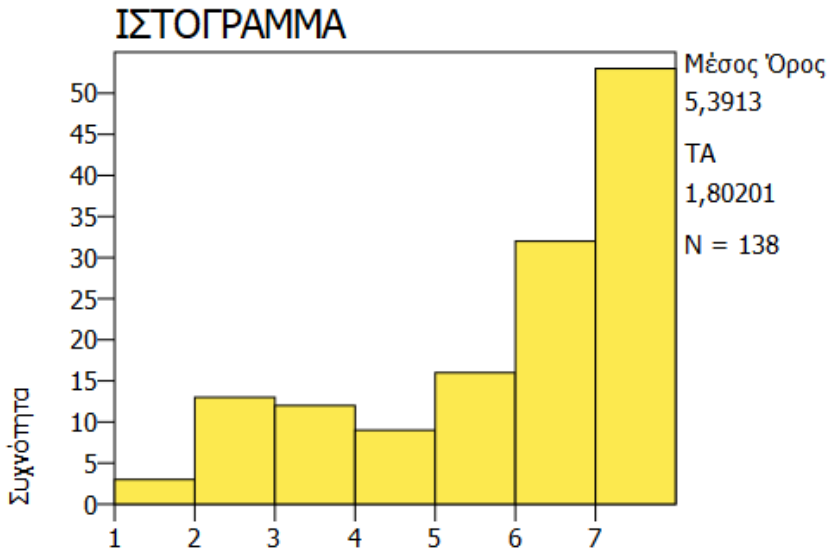
Διάγραμμα 27: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει να νιώθω υπερβολική ένταση (στρες)

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας μπορούν να δημιουργήσουν άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς. Η πλειονότητα του δείγματος 38,4% δηλώνει πως μπορεί να το κάνει κάθε μέρα.

Πίνακας 32: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)

Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	3	2,2%	2,2%	2,2%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	13	9,4%	9,4%	11,6%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	12	8,7%	8,7%	20,3%
	Μερικές φορές το μήνα	9	6,5%	6,5%	26,8%
	Μία φορά την εβδομάδα	16	11,6%	11,6%	38,4%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	32	23,2%	23,2%	61,6%
	Κάθε μέρα	53	38,4%	38,4%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



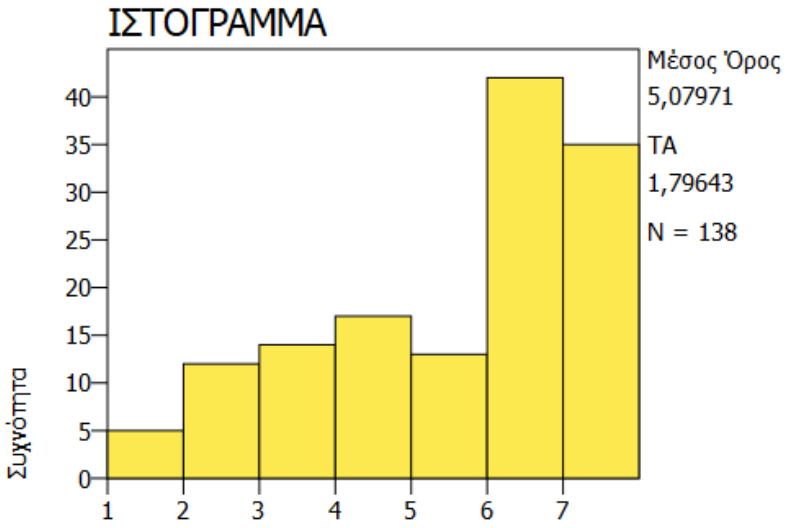
Διάγραμμα 28: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν αναζωογονημένοι όταν δουλεύουν σε στενή επαφή με τους ασθενείς. Η πλειονότητα του δείγματος 30,4% δηλώνει πως τους συμβαίνει μερικές φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 33: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω αναζωογονημένος/η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)

Νιώθω αναζωογονημένος / η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	5	3,6%	3,6%	3,6%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	12	8,7%	8,7%	12,3%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	14	10,1%	10,1%	22,5%
	Μερικές φορές το μήνα	17	12,3%	12,3%	34,8%
	Μία φορά την εβδομάδα	13	9,4%	9,4%	44,2%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	42	30,4%	30,4%	74,6%
	Κάθε μέρα	35	25,4%	25,4%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



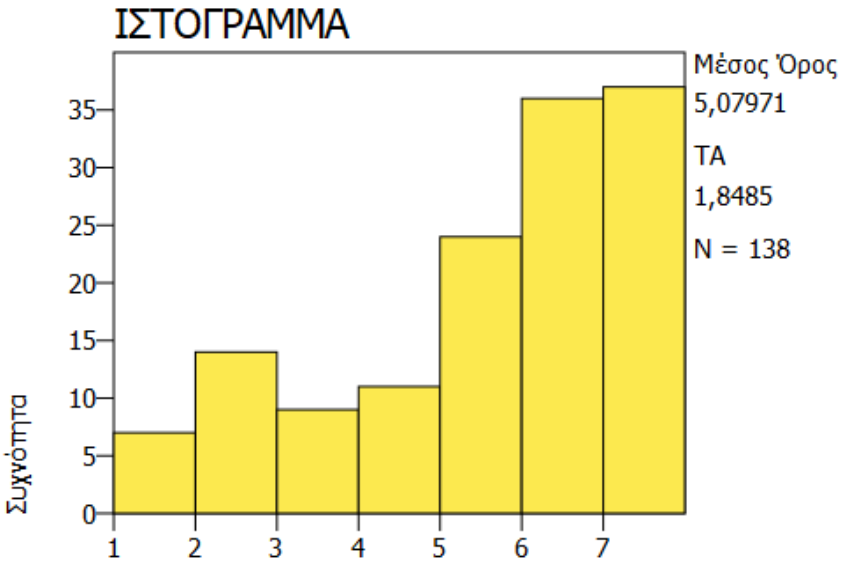
Διάγραμμα 29: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω αναζωογονημένος/η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς)

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας κατορθώνουν αξιόλογα πράγματα στην δουλειά. Η πλειονότητα του δείγματος 26,8% δηλώνει πως τους συμβαίνει καθημερινά.

Πίνακας 34: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή

Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	7	5,1%	5,1%	5,1%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	14	10,1%	10,1%	15,2%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	9	6,5%	6,5%	21,7%
	Μερικές φορές το μήνα	11	8,0%	8,0%	29,7%
	Μία φορά την εβδομάδα	24	17,4%	17,4%	47,1%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	36	26,1%	26,1%	73,2%
	Κάθε μέρα	37	26,8%	26,8%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



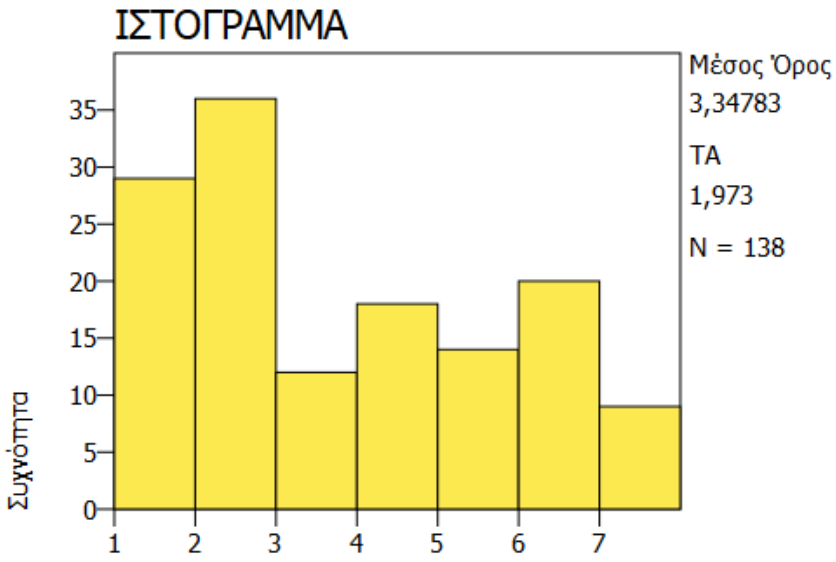
Διάγραμμα 30: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας νιώθουν ότι έχουν φτάσει στα όρια της αντοχής τους. Η πλειονότητα του δείγματος 26,1% δηλώνει πως τους συμβαίνει μερικές φορές τον χρόνο ή λιγότερο.

Πίνακας 35: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου

Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	29	21,0%	21,0%	21,0%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	36	26,1%	26,1%	47,1%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	12	8,7%	8,7%	55,8%
	Μερικές φορές το μήνα	18	13,0%	13,0%	68,8%
	Μία φορά την εβδομάδα	14	10,1%	10,1%	79,0%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	20	14,5%	14,5%	93,5%
	Κάθε μέρα	9	6,5%	6,5%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



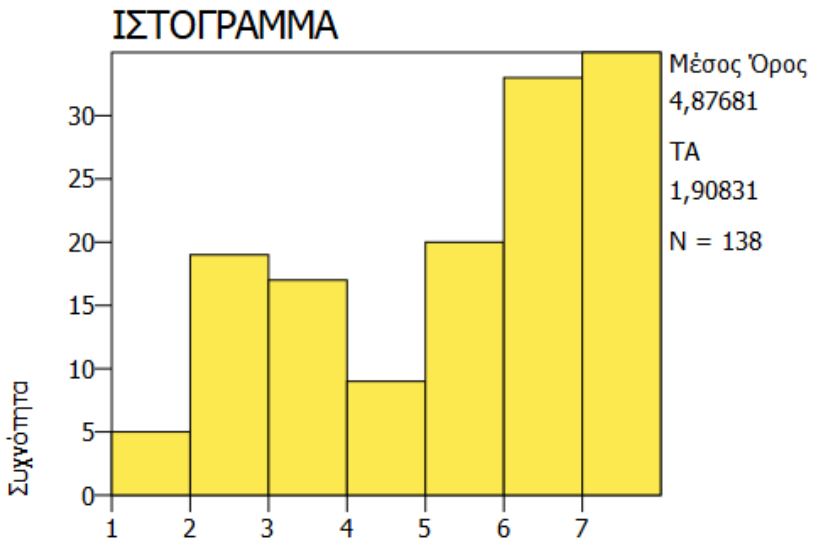
Διάγραμμα 31: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας αντιμετωπίζουν τις συναισθηματικές φορτίσεις στην δουλειά τους. Η πλειονότητα του δείγματος 25,4% δηλώνει πως τους συμβαίνει κάθε μέρα.

Πίνακας 36: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου

Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	5	3,6%	3,6%	3,6%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	19	13,8%	13,8%	17,4%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	17	12,3%	12,3%	29,7%
	Μερικές φορές το μήνα	9	6,5%	6,5%	36,2%
	Μία φορά την εβδομάδα	20	14,5%	14,5%	50,7%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	33	23,9%	23,9%	74,6%
	Κάθε μέρα	35	25,4%	25,4%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



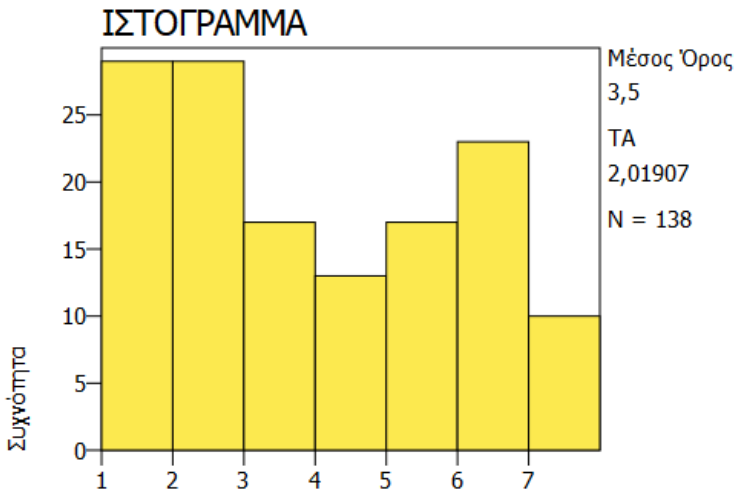
Διάγραμμα 32: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες της έρευνας αισθάνονται πως οι ασθενείς τους κατακρίνουν για τα δικά τους προβλήματα. Η πλειονότητα του δείγματος 21% δηλώνει πως τους συμβαίνει μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο ή πως δεν τους συμβαίνει ποτέ.

Πίνακας 37: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν.

Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Ποτέ	29	21,0%	21,0%	21,0%
	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	29	21,0%	21,0%	42,0%
	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	17	12,3%	12,3%	54,3%
	Μερικές φορές το μήνα	13	9,4%	9,4%	63,8%
	Μία φορά την εβδομάδα	17	12,3%	12,3%	76,1%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	23	16,7%	16,7%	92,8%
	Κάθε μέρα	10	7,2%	7,2%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



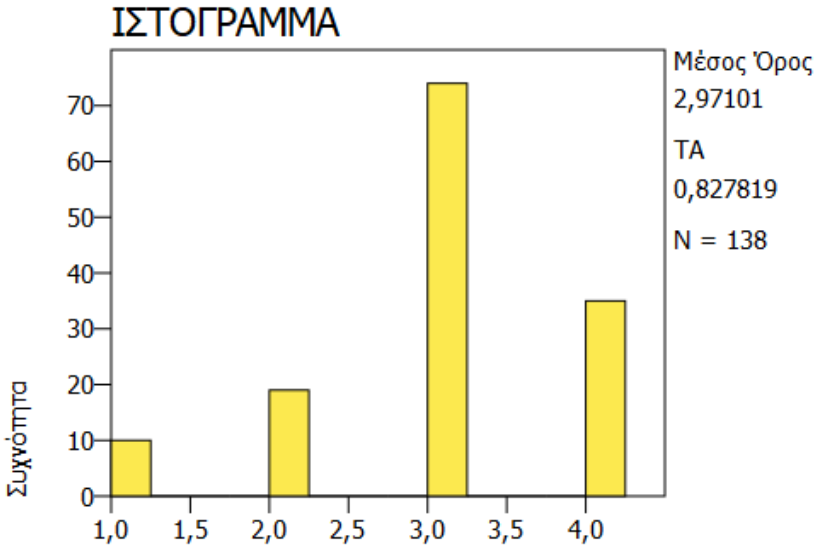
Διάγραμμα 33: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν.

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν συνεισφέρουν στα κλινικά αποτελέσματα του νοσοκομείου. Η πλειονότητα του δείγματος 79% συμφωνεί.

Πίνακας 38: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Συνεισφέρετε στα κλινικά αποτελέσματα του νοσοκομείου

Συνεισφέρετε στα κλινικά αποτελέσματα του νοσοκομείου.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	10	7,2%	7,2%	7,2%
	Διαφωνώ	19	13,8%	13,8%	21,0%
	Συμφωνώ	74	53,6%	53,6%	74,6%
	Συμφωνώ απόλυτα	35	25,4%	25,4%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



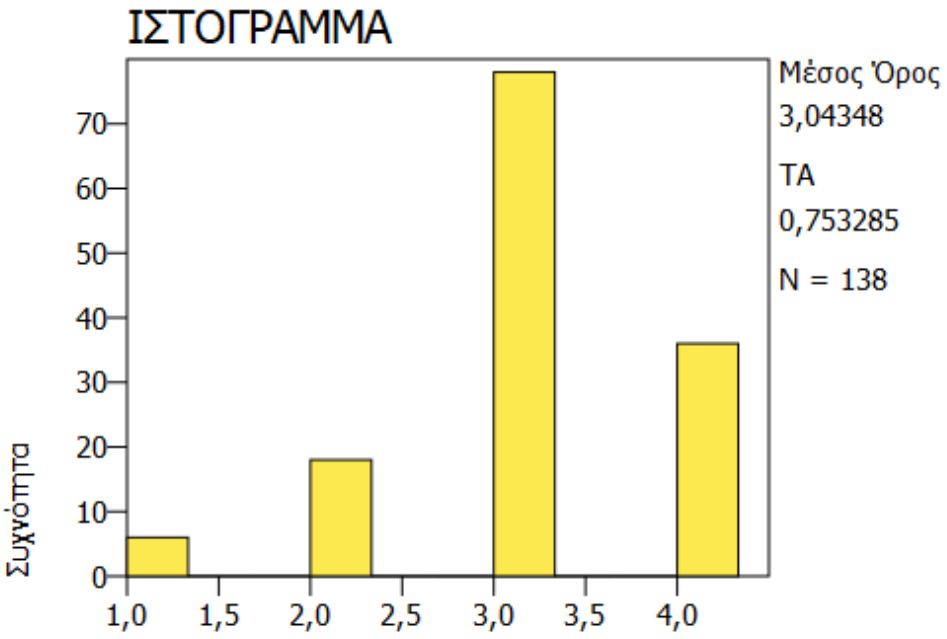
Διάγραμμα 34: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Συνεισφέρετε στα κλινικά αποτελέσματα του νοσοκομείου

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν συνεισφέρουν στο επάγγελμα του νοσηλευτή. Η πλειονότητα του δείγματος 82,6% συμφωνεί.

Πίνακας 39: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Συνεισφέρετε στο επάγγελμα του νοσηλευτή

Συνεισφέρετε στο επάγγελμα του νοσηλευτή.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	6	4,3%	4,3%	4,3%
	Διαφωνώ	18	13,0%	13,0%	17,4%
	Συμφωνώ	78	56,5%	56,5%	73,9%
	Συμφωνώ απόλυτα	36	26,1%	26,1%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



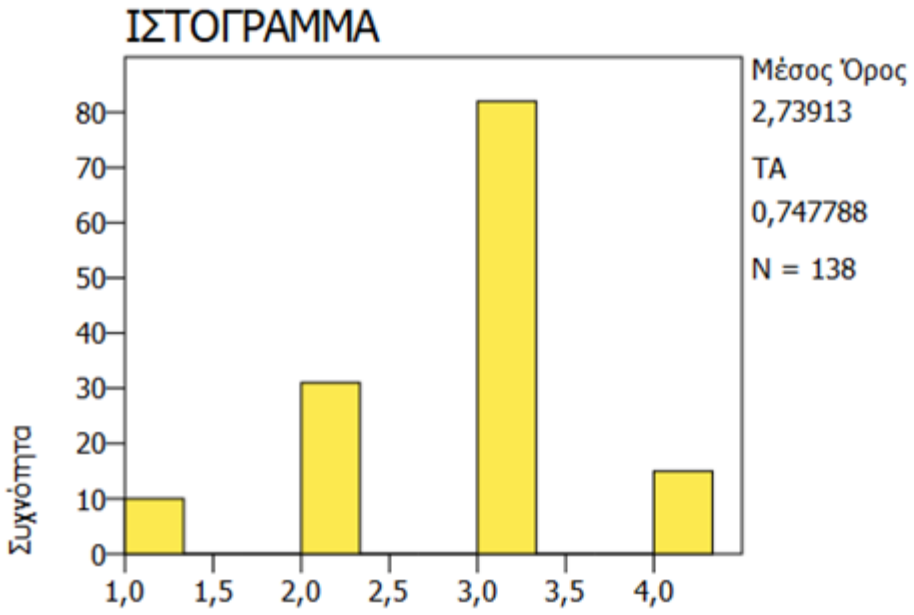
Διάγραμμα 35: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Συνεισφέρετε στο επάγγελμα του νοσηλευτή

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν οι συνάδελφοί τους, τους επαινούν όταν κάνουν σωστή δουλειά. Η πλειονότητα του δείγματος 71,3% συμφωνεί.

Πίνακας 40: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, οι συνάδελφοι σας, σας επαινούν

Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, οι συνάδελφοι σας, σας επαινούν.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	10	7,2%	7,2%	7,2%
	Διαφωνώ	31	22,5%	22,5%	29,7%
	Συμφωνώ	82	59,4%	59,4%	89,1%
	Συμφωνώ απόλυτα	15	10,9%	10,9%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



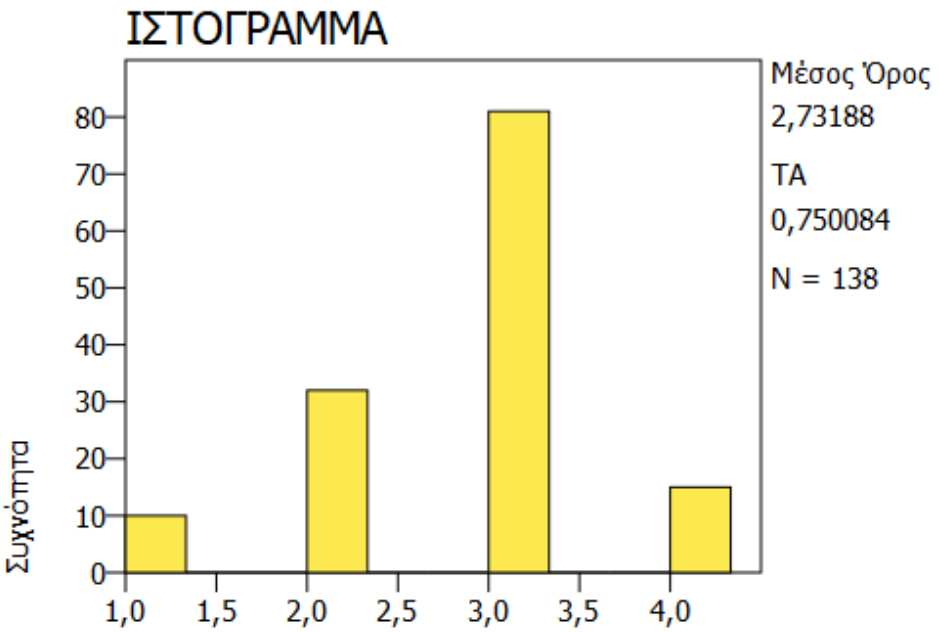
Διάγραμμα 36: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, οι συνάδελφοι σας, σας επαινούν

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν ο προϊστάμενός τους, τους επαινεί όταν κάνουν σωστή δουλειά. Η πλειονότητα του δείγματος 70,6% συμφωνεί.

Πίνακας 41: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, ο προϊστάμενός σας, σας επαινεί

Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, ο προϊστάμενος σας, σας επαινεί.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	10	7,2%	7,2%	7,2%
	Διαφωνώ	32	23,2%	23,2%	30,4%
	Συμφωνώ	81	58,7%	58,7%	89,1%
	Συμφωνώ απόλυτα	15	10,9%	10,9%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



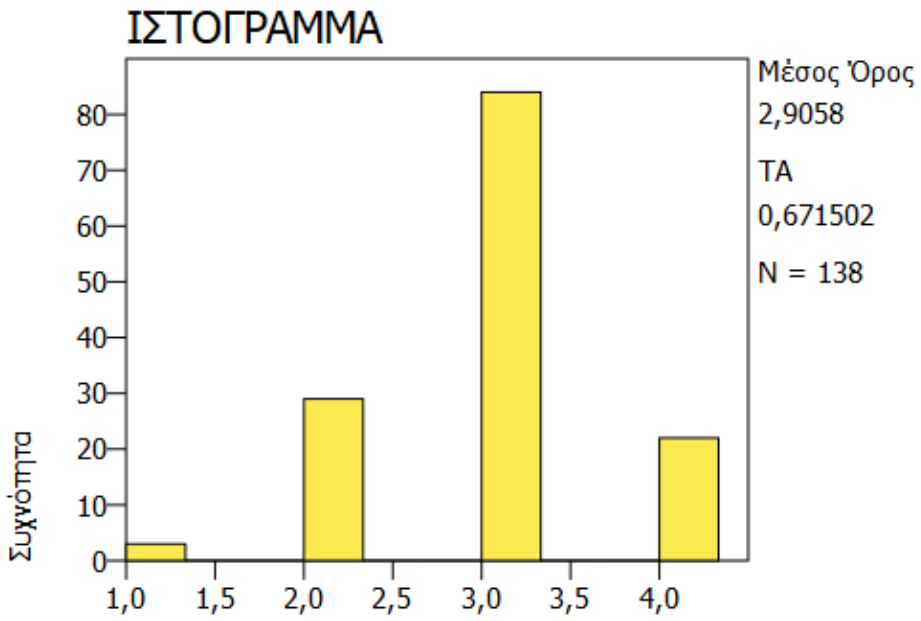
Διάγραμμα 37: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, ο προϊστάμενός σας, σας επαινεί

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν αποκτούν νέες δεξιότητες από την εργασία. Η πλειονότητα του δείγματος 76,8% συμφωνεί.

Πίνακας 42: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Αποκτάτε καινούργιες δεξιότητες μέσα από την εργασία σας στο τμήμα

Αποκτάτε καινούργιες δεξιότητες μέσα από την εργασίας σας στο τμήμα.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	3	2,2%	2,2%	2,2%
	Διαφωνώ	29	21,0%	21,0%	23,2%
	Συμφωνώ	84	60,9%	60,9%	84,1%
	Συμφωνώ απόλυτα	22	15,9%	15,9%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



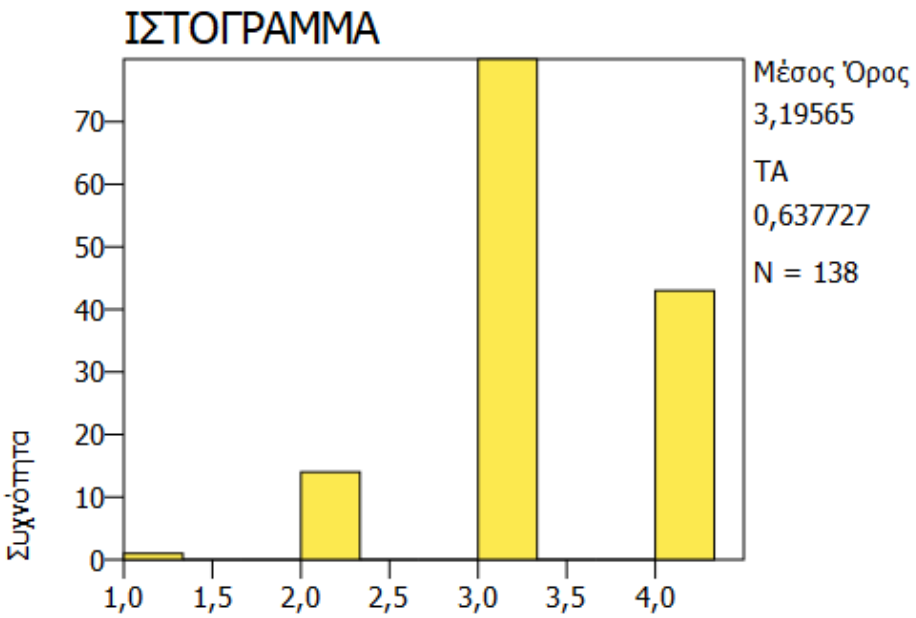
Διάγραμμα 38: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Αποκτάτε καινούργιες δεξιότητες μέσα από την εργασία σας στο τμήμα

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν γίνεται αποτελεσματική περίθαλψη στον ασθενή. Η πλειονότητα του δείγματος 89,1% συμφωνεί.

Πίνακας 43: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Περιθάλπετε αποτελεσματικά τον ασθενή

Περιθάλπετε αποτελεσματικά τον ασθενή.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	1	,7%	,7%	,7%
	Διαφωνώ	14	10,1%	10,1%	10,9%
	Συμφωνώ	80	58,0%	58,0%	68,8%
	Συμφωνώ απόλυτα	43	31,2%	31,2%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



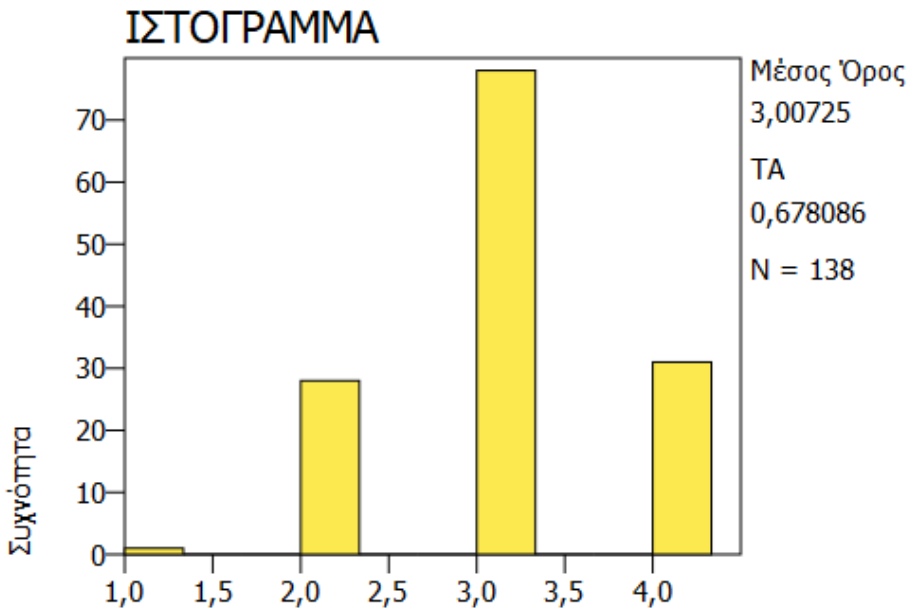
Διάγραμμα 39: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Περιθάλπετε αποτελεσματικά τον ασθενή

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν υπάρχει ελευθερία εφαρμογής των γνώσεων. Η πλειονότητα του δείγματος 79% συμφωνεί.

Πίνακας 44: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Έχετε την ελευθερία να εφαρμόζετε ότι γνωρίζετε

Έχετε την ελευθερία να εφαρμόζετε ότι γνωρίζετε.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	1	,7%	,7%	,7%
	Διαφωνώ	28	20,3%	20,3%	21,0%
	Συμφωνώ	78	56,5%	56,5%	77,5%
	Συμφωνώ απόλυτα	31	22,5%	22,5%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



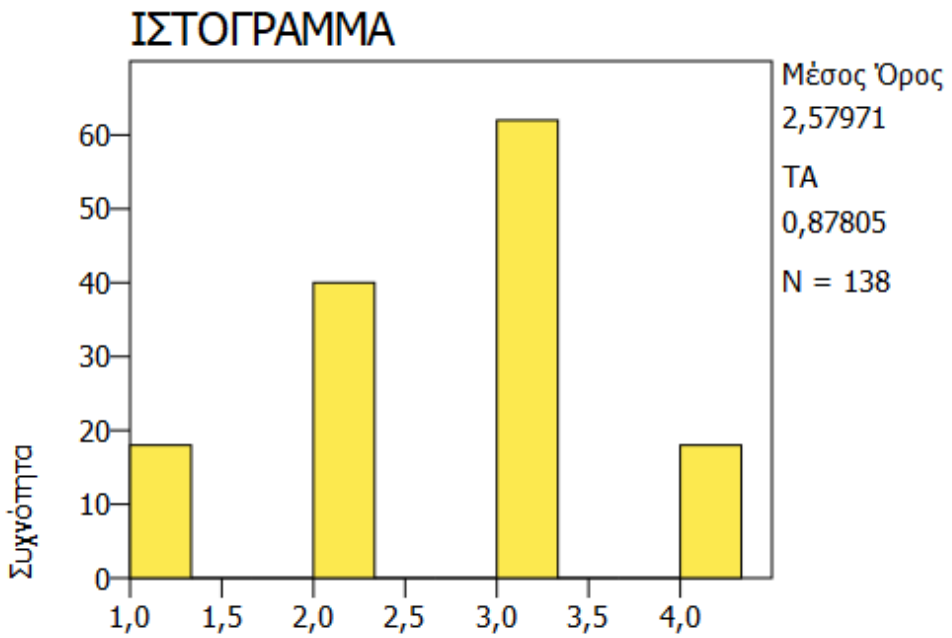
Διάγραμμα 40: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Έχετε την ελευθερία να εφαρμόζετε ότι γνωρίζετε

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν η εργασία δίνει κίνητρα. Η πλειονότητα του δείγματος 58% συμφωνεί.

Πίνακας 45: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Η εργασία σας, σας δίνει κίνητρα

Η εργασία σας, σας δίνει κίνητρα.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	18	13,0%	13,0%	13,0%
	Διαφωνώ	40	29,0%	29,0%	42,0%
	Συμφωνώ	62	44,9%	44,9%	87,0%
	Συμφωνώ απόλυτα	18	13,0%	13,0%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



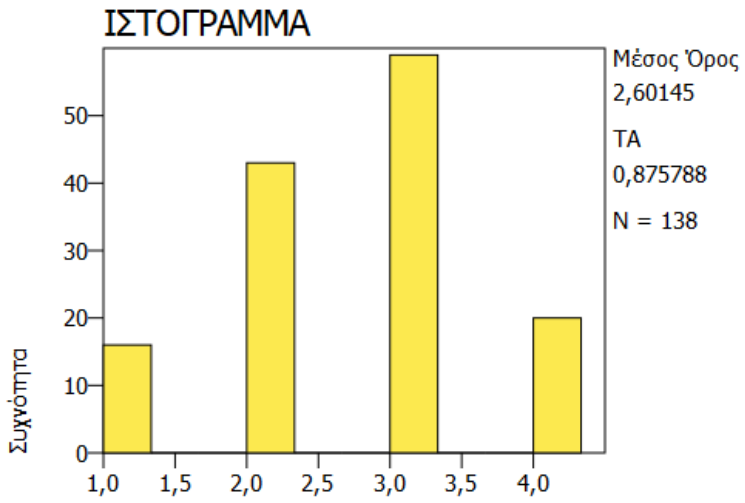
Διάγραμμα 41: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Η εργασία σας, σας δίνει κίνητρα

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν το στυλ της ηγεσίας είναι κοινή λήψη απόφασης από τους εργαζόμενους και τους προϊστάμενους. Η πλειονότητα του δείγματος 57,2% συμφωνεί.

Πίνακας 46: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Το στυλ της ηγεσίας είναι κοινή λήψη απόφασης (shared decisionmaking) από τους εργαζόμενους και τους προϊστάμενους

Το στυλ της ηγεσίας είναι κοινή λήψη απόφασης (shared decisionmaking) από τους εργαζόμενους και τους προϊστάμενους

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	16	11,6%	11,6%	11,6%
	Διαφωνώ	43	31,2%	31,2%	42,8%
	Συμφωνώ	59	42,8%	42,8%	85,5%
	Συμφωνώ απόλυτα	20	14,5%	14,5%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



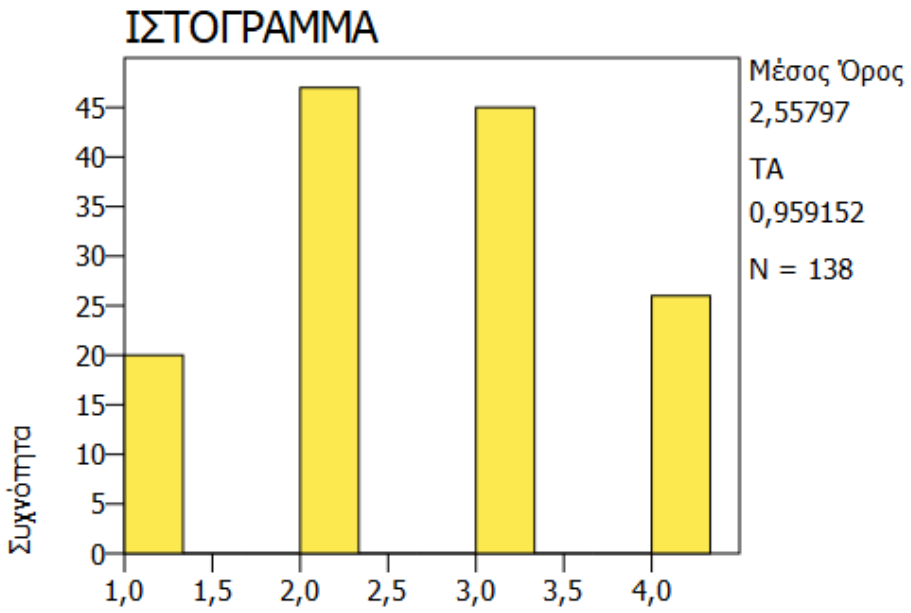
Διάγραμμα 42: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Το στυλ της ηγεσίας είναι κοινή λήψη απόφασης (shared decisionmaking) από τους εργαζόμενους και τους προϊστάμενους

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία. Η πλειονότητα του δείγματος 52,8% συμφωνεί.

Πίνακας 47: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία

Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	20	14,5%	14,5%	14,5%
	Διαφωνώ	47	34,1%	34,1%	48,6%
	Συμφωνώ	45	32,6%	32,6%	81,2%
	Συμφωνώ απόλυτα	26	18,8%	18,8%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



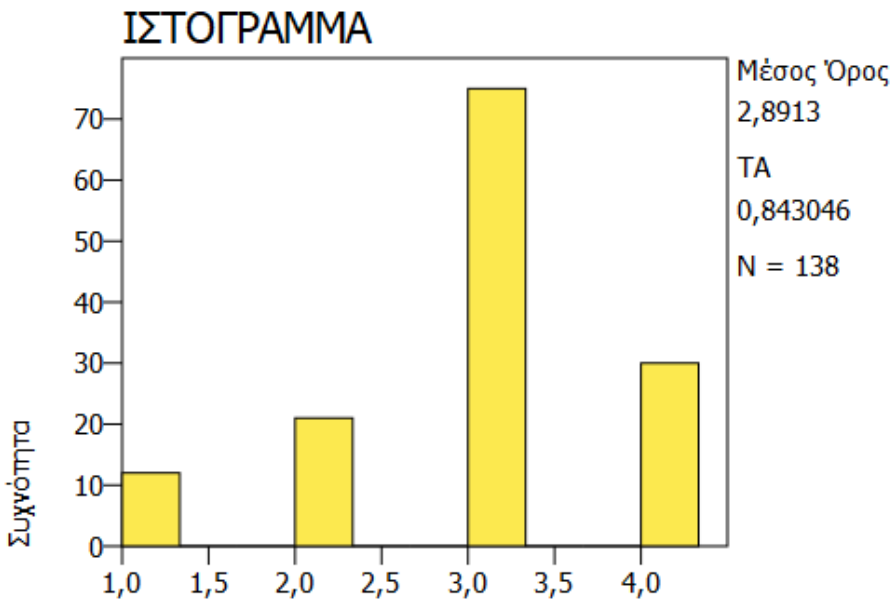
Διάγραμμα 43: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν ο προϊστάμενος βοηθάει. Η πλειονότητα του δείγματος 76,1% συμφωνεί.

Πίνακας 48: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Ο προϊστάμενός σας, σας βοηθάει

Ο προϊστάμενος σας, σας βοηθάει.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	12	8,7%	8,7%	8,7%
	Διαφωνώ	21	15,2%	15,2%	23,9%
	Συμφωνώ	75	54,3%	54,3%	78,3%
	Συμφωνώ απόλυτα	30	21,7%	21,7%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



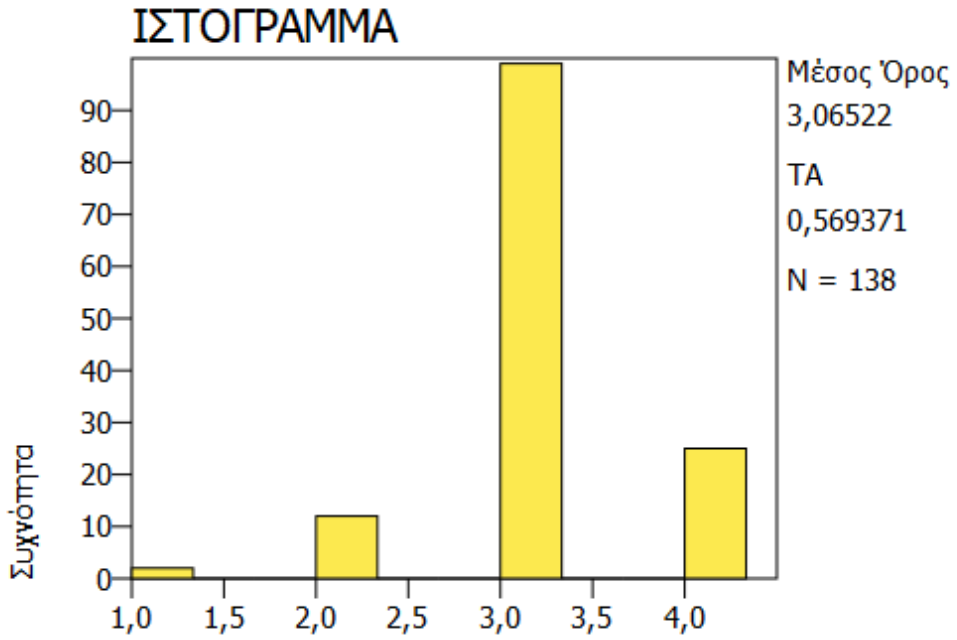
Διάγραμμα 44: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Ο προϊστάμενός σας, σας βοηθάει

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν οι νοσηλευτές βοηθούν. Η πλειονότητα του δείγματος 89,9% συμφωνεί.

Πίνακας 49: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Οι νοσηλευτές σας βοηθούν

Οι νοσηλευτές σας βοηθούν.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	2	1,4%	1,4%	1,4%
	Διαφωνώ	12	8,7%	8,7%	10,1%
	Συμφωνώ	99	71,7%	71,7%	81,9%
	Συμφωνώ απόλυτα	25	18,1%	18,1%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



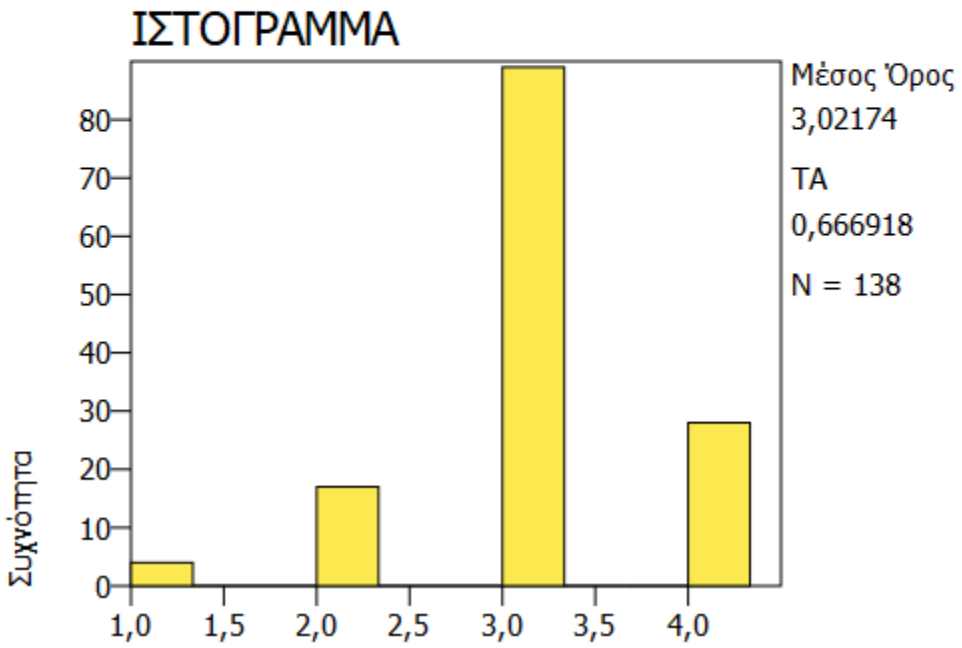
Διάγραμμα 45: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Οι νοσηλευτές σας βοηθούν

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν οι άλλοι συνάδελφοι βοηθούν. Η πλειονότητα του δείγματος 84,8% συμφωνεί.

Πίνακας 50: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Οι άλλοι συνάδελφοι σας βοηθούν

Οι άλλοι συνάδελφοι σας βοηθούν.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	4	2,9%	2,9%	2,9%
	Διαφωνώ	17	12,3%	12,3%	15,2%
	Συμφωνώ	89	64,5%	64,5%	79,7%
	Συμφωνώ απόλυτα	28	20,3%	20,3%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



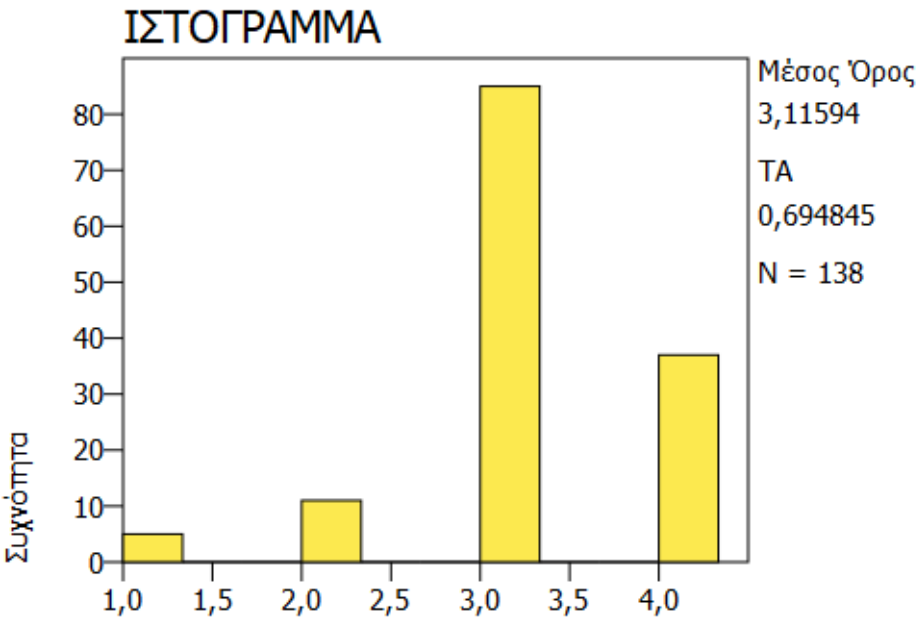
Διάγραμμα 46: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Οι άλλοι συνάδελφοι σας βοηθούν

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν έχουν καλή σχέση με τους άλλους νοσηλευτές. Η πλειονότητα του δείγματος 88,4% συμφωνεί.

Πίνακας 51: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Η σχέση σας με τους νοσηλευτές είναι καλή

Η σχέση σας με τους νοσηλευτές είναι καλή.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	5	3,6%	3,6%	3,6%
	Διαφωνώ	11	8,0%	8,0%	11,6%
	Συμφωνώ	85	61,6%	61,6%	73,2%
	Συμφωνώ απόλυτα	37	26,8%	26,8%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



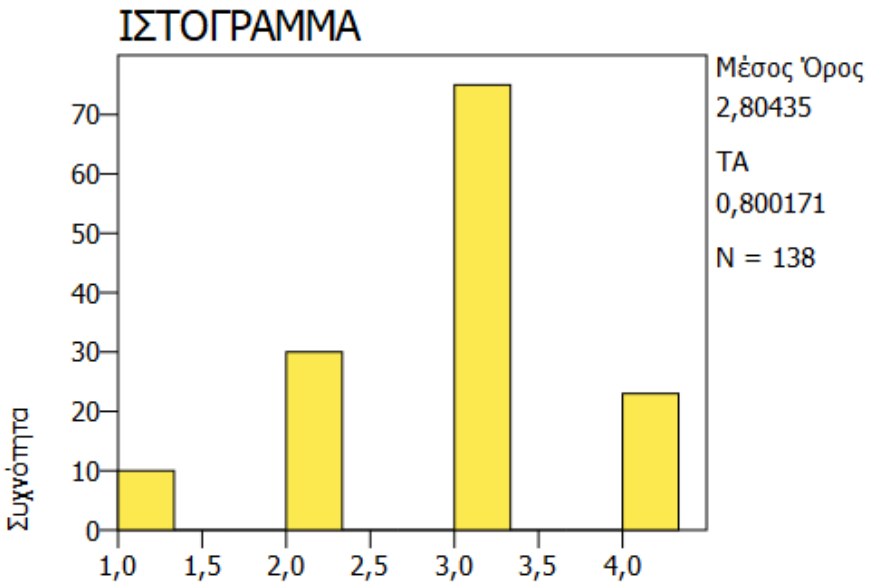
Διάγραμμα 47: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Η σχέση σας με τους νοσηλευτές είναι καλή

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν το στυλ της ηγεσίας είναι ευεργετικό στη σχέση με τους συναδέλφους. Η πλειονότητα του δείγματος 71% συμφωνεί.

Πίνακας 52: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Το στυλ της ηγεσίας είναι ευεργετικό στη σχέση σας με τους συναδέλφους

Το στυλ της ηγεσίας, είναι ευεργετικό στη σχέση σας με τους συναδέλφους.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	10	7,2%	7,2%	7,2%
	Διαφωνώ	30	21,7%	21,7%	29,0%
	Συμφωνώ	75	54,3%	54,3%	83,3%
	Συμφωνώ απόλυτα	23	16,7%	16,7%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



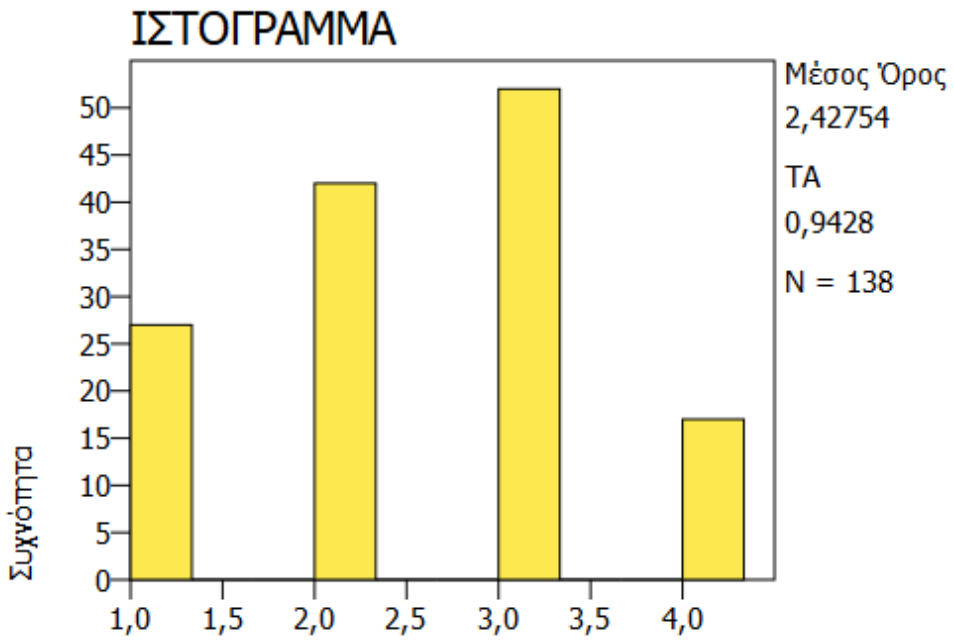
Διάγραμμα 48: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Το στυλ της ηγεσίας είναι ευεργετικό στη σχέση σας με τους συναδέλφους

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν παρέχεται η δυνατότητα για επαγγελματική εξέλιξη. Το δείγμα βρίσκεται ακριβώς στην μέση με το 50% να συμφωνεί και το 50% να διαφωνεί.

Πίνακας 53: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Σας παρέχεται η δυνατότητα για επαγγελματική εξέλιξη

Σας παρέχεται η δυνατότητα για επαγγελματική εξέλιξη.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	27	19,6%	19,6%	19,6%
	Διαφωνώ	42	30,4%	30,4%	50,0%
	Συμφωνώ	52	37,7%	37,7%	87,7%
	Συμφωνώ απόλυτα	17	12,3%	12,3%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



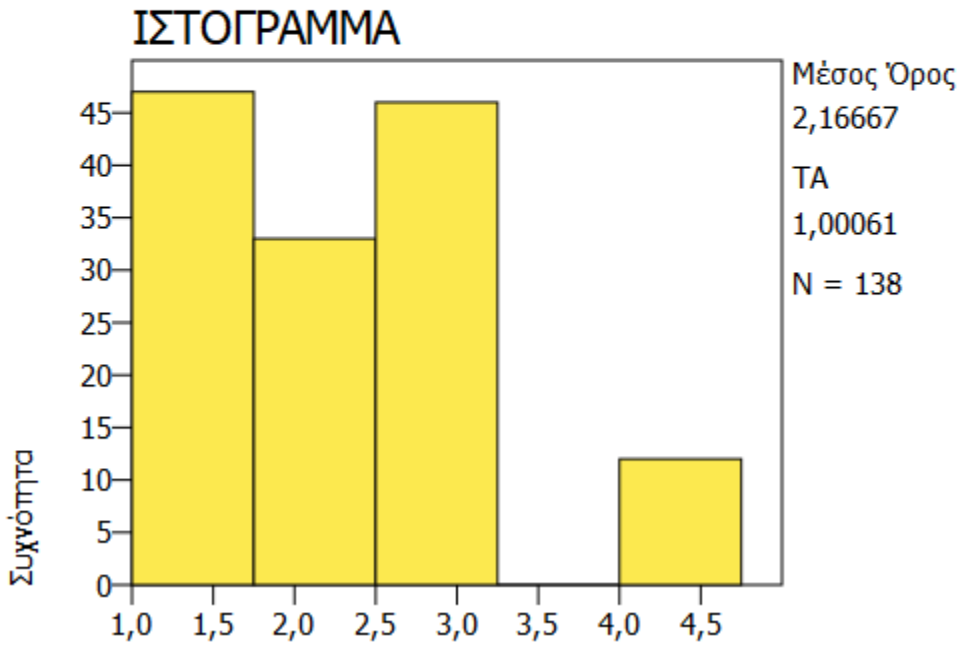
Διάγραμμα 49: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Σας παρέχεται η δυνατότητα για επαγγελματική εξέλιξη

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το αν ο μισθός είναι ικανοποιητικός. Η πλειονότητα του δείγματος 58% διαφωνεί.

Πίνακας 54: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Ο μισθός σας είναι ικανοποιητικός

Ο μισθός σας είναι ικανοποιητικός.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	47	34,1%	34,1%	34,1%
	Διαφωνώ	33	23,9%	23,9%	58,0%
	Συμφωνώ	46	33,3%	33,3%	91,3%
	Συμφωνώ απόλυτα	12	8,7%	8,7%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



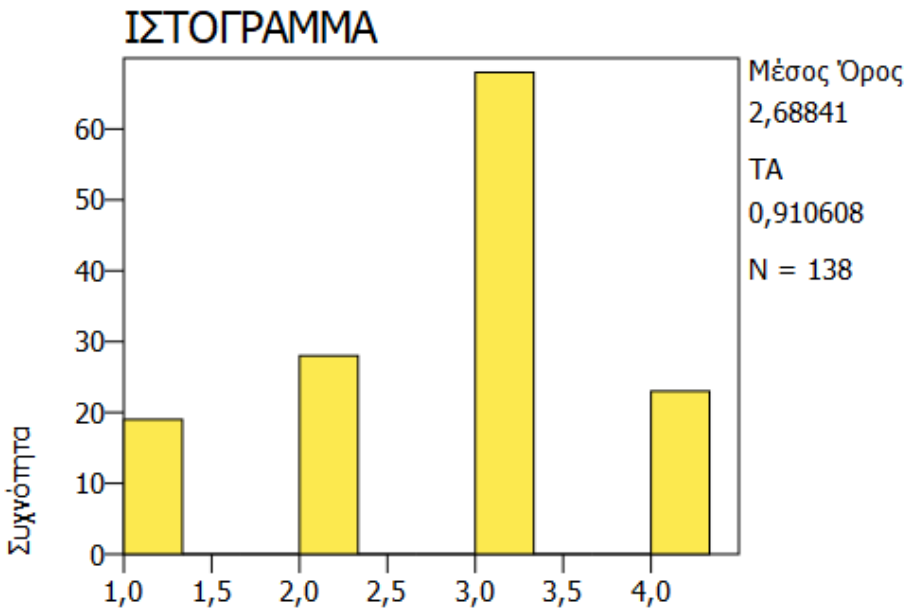
Διάγραμμα 50: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Ο μισθός σας είναι ικανοποιητικός

Ακολουθεί πίνακας και διάγραμμα, όπως διαμορφώθηκε αναφορικά με το ωράριο της εργασίας σας είναι επιθυμητό. Η πλειονότητα του δείγματος 65,9% συμφωνεί.

Πίνακας 55: Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής Το ωράριο της εργασίας σας είναι επιθυμητό

Το ωράριο της εργασίας σας είναι το επιθυμητό.

		Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγκυρες	Διαφωνώ απόλυτα	19	13,8%	13,8%	13,8%
	Διαφωνώ	28	20,3%	20,3%	34,1%
	Συμφωνώ	68	49,3%	49,3%	83,3%
	Συμφωνώ απόλυτα	23	16,7%	16,7%	100,0%
Σύνολο		138	100,0%		



Διάγραμμα 51: Ιστόγραμμα περιγραφικών μέτρων της μεταβλητής Το ωράριο της εργασίας σας είναι επιθυμητό

5.2. Συσχετίσεις

Στο σημείο αυτό θα πραγματοποιηθεί η διμεταβλητή συσχέτιση των ανεξάρτητων πολυθεματικών μεταβλητών και της εξαρτημένης πολυθεματικής μεταβλητής «Εργασιακή Ικανοποίηση». Η διμεταβλητή συσχέτιση θα επιτευχθεί με την αξιοποίηση του μέτρου συσχέτισης του Pearson. Από τα αποτελέσματα του ελέγχου της διμεταβλητής συσχέτισης θα προκύψουν η στατιστική σημαντικότητα των σχέσεων, η ισχύς της σχέσης και το πρόσημό της.

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα, η σχέση μεταξύ της μεταβλητής «Νιώθω εξαντλημένος /η στο τέλος μιας εργάσιμης μέρας» και της μεταβλητής «Ο προϊστάμενος σας, σας βοηθάει»

δεν είναι στατιστικώς σημαντική, καθώς η στατιστική σημαντικότητα της σχέσης είναι μεγαλύτερη του p=0.05.

Πίνακας 56: Συσχέτιση Νιώθω εξαντλημένος /η στο τέλος μιας εργάσιμης μέρας με Ο προϊστάμενος σας, σας βοηθάει

Συσχετίσεις

		Νιώθω εξαντλημένος / η στο τέλος μιας εργάσιμη μέρας.	Ο προϊστάμενος σας, σας βοηθάει.
Νιώθω εξαντλημένος / η στο τέλος μιας εργάσιμη μέρας.	Pearson Συσχέτιση	1,000	,068
	Στ.Σημ. (2-κατ/-νσης)		,431
	N	138	138
Ο προϊστάμενος σας, σας βοηθάει.	Pearson Συσχέτιση	,068	1,000
	Στ.Σημ. (2-κατ/-νσης)	,431	
	N	138	138

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα, η σχέση μεταξύ της μεταβλητής «Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μία ακόμη μέρα δουλειάς» και της μεταβλητής «Οι νοσηλευτές σας βοηθούν» δεν είναι στατιστικώς σημαντική, καθώς η στατιστική σημαντικότητα της σχέσης είναι μεγαλύτερη του p=0.05.

Πίνακας 57: Συσχέτιση Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μία ακόμη μέρα δουλειάς με Οι νοσηλευτές σας βοηθούν

Συσχετίσεις

		Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς.	Οι νοσηλευτές σας βοηθούν.
Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς.	Pearson Συσχέτιση	1,000	,053
	Στ.Σημ. (2-κατ/νσης)		,534
	N	138	138
Οι νοσηλευτές σας βοηθούν.	Pearson Συσχέτιση	,053	1,000
	Στ.Σημ. (2-κατ/νσης)	,534	
	N	138	138

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα, η σχέση μεταξύ της μεταβλητής «Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου» και της μεταβλητής «Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία» δεν είναι στατιστικώς σημαντική, καθώς η στατιστική σημαντικότητα της σχέσης είναι μεγαλύτερη του p=0.05.

Πίνακας 58: Συσχέτιση Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου με Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία

Συσχετίσεις

		Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου.	Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία.
Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου.	Pearson Συσχέτιση	1,000	-,105
	Στ.Σημ. (2-κατ/-νσης)		,222
	N	138	138
Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία.	Pearson Συσχέτιση	-,105	1,000
	Στ.Σημ. (2-κατ/-νσης)	,222	
	N	138	138

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα, η σχέση μεταξύ της μεταβλητής «Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά» και της μεταβλητής «Η εργασία σας σας δίνει κίνητρα» δεν είναι στατιστικώς σημαντική, καθώς η στατιστική σημαντικότητα της σχέσης είναι μεγαλύτερη του p=0.05.

Πίνακας 59: Συσχέτιση Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά με Η εργασία σας σας δίνει κίνητρα

Συσχετίσεις

		Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά.	Η εργασία σας, σας δίνει κίνητρα.
Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά.	Pearson Συσχέτιση	1,000	,072
	Στ.Σημ. (2-κατ/-νσης)		,404
	N	138	138
Η εργασία σας, σας δίνει κίνητρα.	Pearson Συσχέτιση	,072	1,000
	Στ.Σημ. (2-κατ/-νσης)	,404	
	N	138	138

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Στο ερωτηματολόγιο αυτό παρουσιάζεται η πλειονότητα να είναι έγγαμες γυναίκες, που ζουν σε κατοικίες με λιγότερους από 150 χιλιάδες κατοίκους, και εργάζονται ως νοσηλευτές ΤΕ για περισσότερα από 5 χρόνια με κυρίως ημερήσιες βάρδιες.

Επιπλέον, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο, η πλειονότητα των συμμετεχουσών ζει με τον σύζυγό τους και τα παιδιά τους. Επίσης, αναφέρουν ότι έχουν καλή ποιότητα ύπνου και βιώνουν συχνά ωραία όνειρα. Επιπλέον, δηλώνουν ότι είναι χριστιανοί ορθόδοξοι.

Αυτές οι πληροφορίες μας βοηθούν να κατανοήσουμε καλύτερα το προφίλ των συμμετεχουσών και τις πιθανές επιδράσεις που μπορεί να έχουν αυτές οι παράμετροι στις απαντήσεις τους.

Η πλειονότητα νιώθει συναισθητικά άδειοι από την δουλειά τους, εξαντλημένοι στο τέλος μιας εργάσιμης, κούραση όταν σηκώνονται το πρωί και έχουν μπροστά τους μια ακόμα ημέρα δουλειάς μερικές φορές το χρόνο. Η πλειονότητα καταλαβαίνει πως νιώθουν οι ασθενείς καθημερινά, δεν τους θεωρεί ως απρόσωπα αντικείμενα ή φορτίο για να τους φροντίζει, αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματά τους καθημερινά και αισθάνονται εξουθενωμένοι μερικές φορές το χρόνο. Η πλειονότητα αισθάνεται πως καθημερινά επηρεάζει θετικά την ζωή άλλων ανθρώπων, χωρίς να γίνεται ποιο σκληροί στους ανθρώπους ή να έχουν δείξει συναισθηματική σκληρότητα, έχοντας μεγάλη ενεργητικότητα μερικές φορές την εβδομάδα και απογοήτευση μερικές φορές το χρόνο παρότι αισθάνονται πως δουλεύουν πολύ σκληρά σπάνια. Η πλειονότητα απαντά πως ενδιαφέρεται για τους ασθενείς τους, πως δεν έχουν στρες έχοντας άμεση επαφή μαζί τους, πως μπορούν εύκολα καθημερινά να δημιουργήσουν άνετη ατμόσφαιρα για αυτούς, πως νιώθουν αναζωογονημένοι δουλεύοντας μαζί τους μερικές φορές την εβδομάδα, έχουν κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στην εργασία τους και σπάνια νιώθουν πως έχουν φτάσει στα όρια της αντοχής τους.

6.2 Αξιολόγηση της Ερευνητικής Διαδικασίας

Βασισμένοι στα αποτελέσματα της έρευνάς μας, παρατηρούμε ότι η πλειονότητα των επαγγελματιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναφέρουν συναισθηματική έξαντληση και έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία τους. Επιπλέον, αναφέρουν κούραση και απόγνωση κατά την έναρξη μιας νέας εργάσιμης ημέρας. Ωστόσο, αναγνωρίζουν τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και επιδεικνύουν αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Επιπλέον, δηλώνουν ότι η εργασία τους επηρεάζει θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων και αναφέρουν αίσθημα ευεξίας κατά τη διάρκεια της συνεργασίας με τους ασθενείς.

Προκειμένου να αναδειχθεί η συνεισφορά των αποτελεσμάτων μας σε σχέση με την ευρύτερη επιστημονική βιβλιογραφία, είναι σημαντικό να εξετάσουμε τα ευρήματά μας σε σύγκριση με προηγούμενες μελέτες που ασχολούνται με την επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι ευρηματικές μας παρατηρήσεις, για παράδειγμα, σχετικά με τη σημασία της ενσυναίσθησης και της ανθρώπινης προσέγγισης στη φροντίδα υγείας, φαίνεται να συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες που έχουν επισημάνει τη σημασία αυτών των παραγόντων στην παροχή ασθενούς-κεντρικής φροντίδας υγείας.

6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η παρούσα έρευνα προσφέρει νέα ευρήματα και προοπτικές για τον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα αποτελέσματά αναδεικνύουν τη σημασία της ευαισθητοποίησης στις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και της ανθρώπινης προσέγγισης στη φροντίδα τους. Επιπλέον, υπογραμμίζεται η ανάγκη για ενδυνάμωση των επαγγελματιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ώστε να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις διάφορες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν.

Με βάση τα αποτελέσματα, προτείνονται οι ακόλουθες προσεγγίσεις και εφαρμογές:

Εκπαίδευση και ενδυνάμωση των επαγγελματιών: Απαιτείται προσοχή στην εκπαίδευση των επαγγελματιών, ώστε να επικεντρωθούν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που αφορούν τη συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών και τη δημιουργία θετικής ατμόσφαιρας.

Προώθηση της ευεξίας των επαγγελματιών: Είναι σημαντικό να εξετάσουμε τους μηχανισμούς που μπορούν να βελτιώσουν την ευεξία των επαγγελματιών στην πρωτοβάθμια

φροντίδα υγείας, όπως η παροχή υποστήριξης και εκπαίδευσης για την αντιμετώπιση του στρες και τη διαχείριση της εξάντλησης.

Προώθηση της ενσυναίσθησης και της ανθρώπινης προσέγγισης: Η ενσυναίσθηση και η ανθρώπινη προσέγγιση πρέπει να αποτελούν κεντρικά στοιχεία στη φροντίδα υγείας. Οι επαγγελματίες πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι στις ανάγκες και τα συναισθήματα των ασθενών και να δίνουν έμφαση στην ανθρωπιστική προσέγγιση.

Η εφαρμογή αυτών των προτάσεων μπορεί να γίνει μέσω προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενδυνάμωσης για τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και μέσω ενσωμάτωσης των αρχών της ενσυναίσθησης και της ανθρώπινης προσέγγισης στα πρωτόκολλα φροντίδας. Επιπλέον, η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τους επαγγελματίες μπορεί να συμβάλει στην ευεξία τους και την αποτελεσματική παροχή φροντίδας.

Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα

Η παρούσα διπλωματική εργασία παρουσιάζει τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήχθη για να εξετάσει την επίδραση των εργασιακών συνθηκών στη συναισθηματική ευεξία των νοσηλευτών. Για τη συλλογή δεδομένων, μοιράστηκε ένα ερωτηματολόγιο σε μια δειγματοληπτική ομάδα νοσηλευτών. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τις εργασιακές συνθήκες και τη συναισθηματική τους ευεξία. Οι απαντήσεις αναλύθηκαν στατιστικά χρησιμοποιώντας μεθόδους περιγραφικής στατιστικής και συσχέτισης. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν συναισθηματική εξάντληση και προβλήματα με την ποιότητα του ύπνου. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες που έχουν εξετάσει τη συναισθηματική ευεξία των νοσηλευτών.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ορισμένες μελέτες συμφωνούν και άλλες διαφωνούν σε ορισμένα σημεία με τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας. Για παράδειγμα, ορισμένες μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η συναισθηματική ευεξία μπορεί να επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, όπως η υποστήριξη από την οικογένεια ή οι προσωπικοί παράγοντες. Επίσης, ορισμένες μελέτες έχουν παρατηρήσει περισσότερες αιτίες της εξουθένωσης , όπως οι απαιτήσεις της εργασίας και οι ανεπαρκείς πόροι.

Αυτές οι διαφορές μεταξύ των μελετών μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες όπως οι διαφορετικές μεθοδολογίες, οι διαφορετικές δείγματα και οι διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες. Επιπλέον, η συγκριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας μας έδειξε ότι η έρευνα στον τομέα της συναισθηματικής ευεξίας των νοσηλευτών εξελίσσεται συνεχώς, με νέες προκλήσεις και παράγοντες που διερευνώνται διαρκώς.

Για εμπλουτιστεί περαιτέρω το κομμάτι της έρευνας προτείνεται η εξέταση άλλων παραγόντων που επηρεάζουν τη συναισθηματική ευεξία, όπως οι προσωπικές πόροι και η υποστήριξη από την οικογένεια, μπορεί να παράσχει περαιτέρω εικόνα για το πλήρες φάσμα των παραγόντων που επηρεάζουν τη συναισθηματική ευεξία των νοσηλευτών.

Σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, προτείνεται η υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενδυνάμωσης για τους επαγγελματίες που επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση του στρες και τη διαχείριση της εξάντλησης. Επιπλέον, συνίσταται η ενίσχυση της ενσυναίσθησης και της ανθρώπινης προσέγγισης ως βασικών αρχών στη φροντίδα

υγείας. Αυτό προϋποθέτει την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών στις ανάγκες και τα συναισθήματα των ασθενών, καθώς και την παροχή μιας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στη φροντίδα.

Για να εφαρμοστούν αυτά τα αποτελέσματα προτείνεται η ανάπτυξη καινοτόμων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες υγείας, που θα ενσωματώνουν τεχνικές για τη διαχείριση του στρες, την ανάπτυξη εμπλοκής και ενσυναίσθησης, καθώς και την προώθηση της προσωπικής ευεξίας. Επιπλέον, πρέπει να ενθαρρυνθεί η συνεργασία και ο αμοιβαίος σεβασμός μεταξύ των επαγγελματιών και των ασθενών, με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος φροντίδας που επικεντρώνεται στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και την ευημερία.

Σχετικά με τις συσχετίσεις, χρησιμοποιώντας το μέτρου συσχέτισης του Pearson, παρατηρούμε πως μετά από ανάλυση αρκετών διαφορετικών μεταβλητών μεταξύ τους, καμία από αυτές δεν εμφανίζει σημαντικά στατιστική συσχέτιση λόγω του ότι σε όλες τις περιπτώσεις η στατιστική σημαντικότητα της σχέσης κατάληγε να είναι μεγαλύτερη του $p=0.05$.

Τέλος, προτείνουμε τη συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των προτεινόμενων προγραμμάτων, με στόχο τη συνεχή βελτίωση και προσαρμογή στις ανάγκες των επαγγελματιών και των ασθενών. Η εφαρμογή αυτών των προτάσεων μπορεί να οδηγήσει σε ένα περιβάλλον φροντίδας που προωθεί την ευεξία των επαγγελματιών και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς.

Λίστα Παραπομπών

Ελληνόγλωσσες

Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού, Α. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Ανδριώτη, Δ. (1988). *Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα,* Εκδόσεις Εξάντας, Πολιτικές Υγείας, Αθήνα.

Δίκαιος Κ., Κουτουζής Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ. (1999). *Πολιτική Υγείας/ Κοινωνική πολιτική,* Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα.

Ιακωβίδου, Ε. & Μάνιου, Μ. (2009). Η Σημερινή Εικόνα των Δημοσίων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων στην Ελλάδα, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4), σσ. 380-400

Ιωαννίδη Ε. & Μάντη Π. (1999). *Υγεία και περίθαλψη*, Εκδόσεις ΕΑΠ, Αθήνα.

Καρακόλιας, Σ., Μπαρτζώκας, Δ. & Πολύζος, Ν. (2021). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ελληνική περίπτωση ενόψει μεταρρύθμισης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(4), σσ. 524-530.

Κυριόπουλος, Γ. (2013). *Η πρωτοβάθμια φροντίδα ως πύλη εισόδου των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία,* Εκδόσεις ΕΣΔΥ, Αθήνα.

Λάγιου, Α. & Στοϊκίδου, Μ. (2008). Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στη Δημόσια Υγεία. *Τεχνολογικά Χρονικά*, 15, σσ. 50-54.

Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Λιονής, Χ. & Μερκούρης, Μ. (2000). Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, σσ. 7-9.

Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014): Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις.

Ραγιά, Α. (1996). *Βασική Νοσηλευτική: θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές*, Αθήνα

Σιγάλας, Ι. (1999). *Οργανισμοί και υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα.

Σολωμός, Γ. (1996). *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η γενική ιατρική στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Σουρτζή, Π. & Καλοκαιρινού, Α. (2005). *Κοινοτική Νοσηλευτική*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Τσελέπη, Χ. (1999). *Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας*, Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα.

Τρομπούκης, Κ., Φιλαλήθης, Α. & Φωτόπουλος, Α. (2020). Δημόσια ΥγείαΚοινωνική Ιατρική. Η ιστορία και η σημειολογία του όρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(3), σσ. 395-405.

Υφαντόπουλος, Γ. (2005). *Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική*, Εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα.

Ξενόγλωσσες

Abel-Smith, B., J. Calltorp, M. Dixon, A. Dunning, R. Evans, W. Holland, B. Jarman & E. Mossialos, (1994). *Report on the Greek Health Services*, Pharmetrica S.A., Athens 1994

Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I. & Montgomery, A. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89, pp. 1059–1075.

Arrogante, O. & Aparicio-Zaldivar, E.G. (2020). Burnout syndrome in intensive care professionals: Relationships with health status and wellbeing. *Enfermería Intensiva*, 31(2), pp. 60-70.

Brookings, J.B., Bolton, B., Brown, C. E. & Mcevoy, A. (1985). Self-reported job burnout among female human service professionals. *Journal of Occupational Behavior*, 6(2), pp. 143-150.

Clark, P., Holden, C., Russell, M. & Downs, H. (2022). The Impostor Phenomenon in Mental Health Professionals: Relationships Among Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction. *Contemporary Family Therapy*, 44, pp. 185–197.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), pp. 499-512.

Downie R.S., Tannahil C. & Tannahil A. (1996). *Health promotion: models and values*, Oxford University press, Oxford.

Fernández-Sánchez, J., Pérez-Mármol, J., Blásquez, A., Santos-Ruiz, A. & Peralta-Ramírez, M. (2018). Association between burnout and cortisol secretion, perceived stress, and psychopathology in palliative care unit health professionals. *Palliative & Supportive Care*, 16(3), 286-297.

Fraizer, P.A., Tix, A.P. & Barron, K.E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), pp. 115-134.

Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), pp. 159-165.

Gilibert, D. & Daloz, L. (2008). Disorders associated with burnout and causal attributions of stress among health care professionals in psychiatry. *European Review of Applied Psychology*, 58(4), pp. 263-274.

Jamal, M. & Baba, V. V. (1997). Shift work, burnout, and well-being: A study of Canadian nurses. *International Journal of Stress Management*, 4, pp. 197-203.

Jurgutis, A., Kummel, M., Mort, S. & Grinevicius, K. (2013). *Multi professional teamwork to gain bettercommunity health. Developing the potential of high quality PHC*, ImPrim Work Package 4. Baltik Sea Region. Imprim Report#6.

Jørgensen, R., Christensen, A.E., Pristed, S.G., Jepsen, I. & Telléus, G.K. (2021). Burnout in Mental Health Care Professionals Working with Inpatients in Open or Closed Wards in Psychiatric Hospitals. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(11), pp. 1030-1037.

Joshi, G. & Sharma, G. (2020). Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102300.

Kandolin, I. (1993). Burnout of female and male nurses in shift work. *Ergonomics*, 36(1-3), pp. 141-147.

La Torre, G., Sestili, C., Imeshtari, V., Masciullo, C., Rizzo, F., Guida, G., Pagano, L. & Mannocci, A. (2021). Association of health status, sociodemographic factors and burnout in healthcare professionals: results from a multicentre observational study in Italy. *Public Health*, 195, pp. 15-17.

Leiter, M. P. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), pp. 297-308.

Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In Schaufeli, W.B., Maslach, C. & Marek, T. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources*. Scarecrow Education.

Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), pp. 397-422.

McGee, M.K., Khirallah, D. R. & Lodge M. (2000). Backlash. *Information Week*, 805, pp. 50-56.

Mesmer-Magnus, J.R. & Viswesvaran, C. (2005). Convergence between measures of work-to-family and family-to-work conflict: A meta-analytic examination. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), pp. 215-232.

Mitchell, G.K., Tieman, J.J. & Shelby-James, T.M. (2008). Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care, *MJA Medical Journal of Australia*, 188(8), pp. S61-S64.

Morrison, E.W. & Robinson, S.L. (1997).When employees feel betrayed: A model of how psychological contract violation develops. *Academy of Management Review*, 22(1), pp. 226-256.

Newell, J.M. & MacNeil, G.A. (2011). A Comparative Analysis of Burnout and Professional Quality of Life in Clinical Mental Health Providers and Health Care Administrators. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26(1), pp. 25-43.

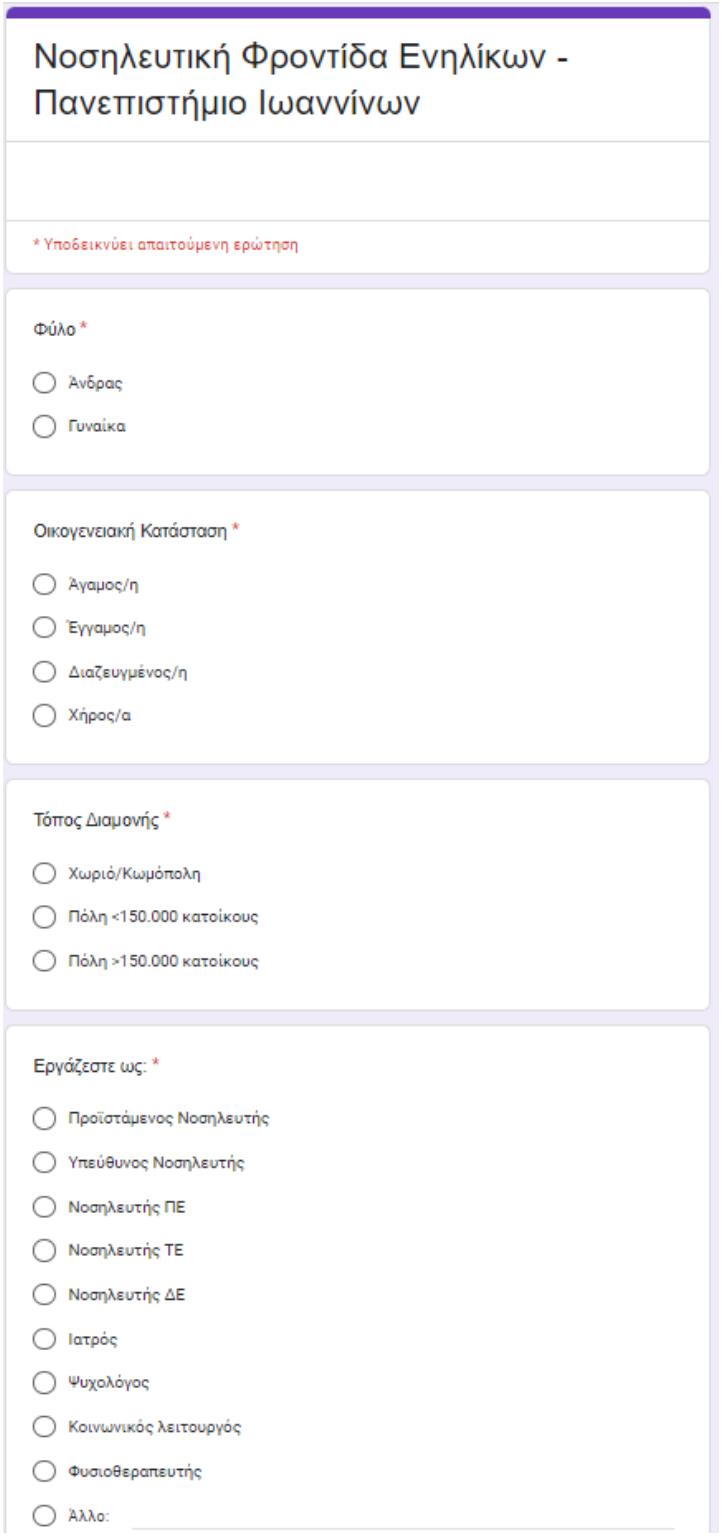
Pullon, S. (2008). What is the place of general practice within primary health care in the Aotearoa New Zealand context? *New Zealand Family Physician*, 35(5).

Shneiderman, B. (1980). *Software psychology: Human factors in computer and information systems*. Cambridge: Winthrop.

Smith, R.W. (1979). *More support for practice oriented education*, New England Journal of medicine.

Suyi, Y., Meredith, P. & Khan, A. (2017). Effectiveness of Mindfulness Intervention in Reducing Stress and Burnout for Mental Health Professionals in Singapore. *EXPLORE*, 13(5), pp. 319-326

Παράρτημα



Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων - Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

* Υποδεικνύει απαιτούμενη ερώτηση

Φύλο *

- Άνδρας
- Γυναίκα

Οικογενειακή Κατάσταση *

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

Τόπος Διαμονής *

- Χωριό/Κωμόπολη
- Πόλη <150.000 κατοίκους
- Πόλη >150.000 κατοίκους

Εργάζεστε ως: *

- Προϊστάμενος Νοσηλευτής
- Υπεύθυνος Νοσηλευτής
- Νοσηλευτής ΠΕ
- Νοσηλευτής ΤΕ
- Νοσηλευτής ΔΕ
- Ιατρός
- Ψυχολόγος
- Κοινωνικός λειτουργός
- Φυσιοθεραπευτής
- Άλλο:

Εργάζεστε: *

- ◯ <1 έτος
- ◯ <2 έτη
- ◯ Μεταξύ 2-5 έτη
- ◯ >5 έτη

Οι βάρδιές σας είναι: *

- ◯ Ημερήσιες
- ◯ Νυχτερινές
- ◯ Εναλλασσόμενες

Με ποιον μένετε; *

- ◯ Μόνος/η
- ◯ Με τον/την σύντροφο
- ◯ Με κάποιο φίλο/η
- ◯ Με αδελφό/η
- ◯ Με τα παιδιά μου
- ◯ Με τον/την σύζυγο και τα παιδιά μου
- ◯ Με την οικογένειά μου

Κοιμάστε καλά; *

- ◯ Ναι
- ◯ Όχι
- ◯ Μεριφές φορές έχω αϋπνίες

Βλέπετε όνειρα;

- ◯ Πολλά
- ◯ Μερικές φορές
- ◯ Όχι, ποτέ δεν τα θυμάμαι

Τα όνειρά σας συνήθως είναι;

- ◯ Ωραία
- ◯ Άσχημα
- ◯ Εφιάλτες
- ◯ Δεν τα θυμάμαι

Θρήσκευμα: *

- ◯ Χριστιανός Ορθόδοξος
- ◯ Χριστιανός Καθολικός
- ◯ Μουσουλμάνος
- ◯ Μάρτυρας του Ιεχωβά
- ◯ Άθεος
- ◯ Άλλο: _____

Οι 22 προτάσεις που ακολουθούν αναφέρονται στα αισθήματά σας σχετικά με τη δουλειά σας. Σημειώστε δίπλα σε κάθε πρόταση τον αριθμό που εκφράζει καλύτερα το πόσο συχνά νοιώθετε το συναίσθημα της κάθε πρότασης. *

	Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
Νιώθω συναισθηματικά άδειος / α από τη δουλειά μου.	○	○	○	○	○	○	○
Νιώθω εξαντλημένος / η στο τέλος μιας εργάσιμη μέρας.	○	○	○	○	○	○	○
Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς.	○	○	○	○	○	○	○
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	○	○	○	○	○	○	○
Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	○	○	○	○	○	○	○
Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους.	○	○	○	○	○	○	○
Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	○	○	○	○	○	○	○
Νιώθω εξουθενωμένος / η από τη δουλειά μου.	○	○	○	○	○	○	○

Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων.	○	○	○	○	○	○	○
Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	○	○	○	○	○	○	○
Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα.	○	○	○	○	○	○	○
Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα.	○	○	○	○	○	○	○
Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου.	○	○	○	○	○	○	○
Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά.	○	○	○	○	○	○	○
Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου.	○	○	○	○	○	○	○
Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες).	○	○	○	○	○	○	○
Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	○	○	○	○	○	○	○
Νιώθω αναζωογονημένος / η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	○	○	○	○	○	○	○

Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή.	○	○	○	○	○	○	○
Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου.	○	○	○	○	○	○	○
Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου.	○	○	○	○	○	○	○
Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν.	○	○	○	○	○	○	○

Στις παρακάτω ερωτήσεις καλείστε να επιλέξετε αυτή που σας ταιριάζει περισσότερο από τις 4. *

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Συνεισφέρετε στα κλινικά αποτελέσματα του νοσοκομείου.	○	○	○	○
Συνεισφέρετε στο επάγγελμα του νοσηλευτή.	○	○	○	○
Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, οι συνάδελφοι σας, σας επαινούν.	○	○	○	○
Όταν κάνετε σωστά τη δουλειά σας, ο προϊστάμενος σας, σας επαινεί.	○	○	○	○
Αποκτάτε καινούργιες δεξιότητες μέσα από την εργασίας σας στο τμήμα.	○	○	○	○
Περιθάλπετε αποτελεσματικά τον ασθενή.	○	○	○	○
Έχετε την ελευθερία να εφαρμόζετε ότι γνωρίζετε.	○	○	○	○
Η εργασία σας, σας δίνει κίνητρα.	○	○	○	○
Το στυλ της ηγεσίας είναι κοινή λήψη απόφασης (shared decisionmaking) από τους εργαζόμενους και τους προϊστάμενους	○	○	○	○
Οι πολιτικές οργάνωσης διευκολύνουν την εργασία.	○	○	○	○
Ο προϊστάμενος σας, σας βοηθάει.	○	○	○	○
Οι νοσηλευτές σας βοηθούν.	○	○	○	○

Οι άλλοι συνάδελφοι σας βοηθούν.	○	○	○	○
Η σχέση σας με τους νοσηλευτές είναι καλή.	○	○	○	○
Το στυλ της ηγεσίας, είναι ευεργετικό στη σχέση σας με τους συναδέλφους.	○	○	○	○
Σας παρέχεται η δυνατότητα για επαγγελματική εξέλιξη.	○	○	○	○
Ο μισθός σας είναι ικανοποιητικός.	○	○	○	○
Το ωράριο της εργασίας σας είναι το επιθυμητό.	○	○	○	○

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ :	**ΝΤΑΛΑΜΗΣΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ :	**ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ ΕΛΕΝΑ**
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :	**ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ** **ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ**

1. **Ενδεικτικός Τίτλος** :

«ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»

1. **Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας** :

Η υγειονομική περίθαλψη, ως κλάδος, ασκεί πολυάριθμες πιέσεις στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των προκλήσεων της κλινικής εργασίας, των χρονικών περιορισμών, των ανταγωνιστικών απαιτήσεων, της έλλειψης ελέγχου επί των εργασιακών διαδικασιών και του προγραμματισμού και των αντικρουόμενων ρόλων και σχέσεων με την ηγεσία. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Bridgeman et al., 2018).

Η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως μια μορφή χρόνιου επαγγελματικού στρες που αποτελείται από τρεις διαστάσεις: (i) συναισθηματική εξάντληση (απώλεια συναισθηματικών πόρων για την αντιμετώπιση της εργασίας) (ii) αποπροσωποποίηση ή κυνισμό (ανάπτυξη αρνητικών στάσεων και θυμωμένης δυσπιστίας με όσους λαμβάνουν την παρεχόμενη υπηρεσία) και (iii) αισθήματα αναποτελεσματικότητας

(έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και χαμηλής επαγγελματικής αυτοεκτίμησης) (Maslach & Jackson, 1981).

Η συμπτωματολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται να είναι μάλλον περίπλοκη καθώς το σύνδρομο φαίνεται να αναπτύσσεται σε πολλά διαδοχικά στάδια. Αρχικά, ο Freudenberger περιέγραψε την ανάπτυξή του σε ένα μοντέλο 12 σταδίων. Αργότερα, αυτό το μοντέλο απλοποιήθηκε σε ένα μοντέλο 5 σταδίων, το οποίο χρησιμοποιείται πιο συχνά. Αυτό το μοντέλο 5 σταδίων ξεκινά με τη φάση του μήνα του μέλιτος και χαρακτηρίζεται από ενθουσιασμό. Ωστόσο, αναπόφευκτα, με την πάροδο του χρόνου αναπτύσσεται η εμπειρία του άγχους της δουλειάς. Εάν σε αυτό το στάδιο δεν εφαρμοστούν θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αναμένεται να ξεκινήσει. Ακολουθεί ένα στάδιο στασιμότητας που χαρακτηρίζεται από την έναρξη του στρες. Αυτό το στάδιο ξεκινά με την επίγνωση ότι κάποιες μέρες είναι πιο δύσκολες από άλλες. Η ζωή περιορίζεται στην εργασία, ενώ η οικογένεια, η κοινωνική ζωή και οι προσωπικές προτεραιότητες παραμελούνται και εμφανίζονται κοινά συμπτώματα άγχους που επηρεάζουν το άτομο συναισθηματικά, αλλά και σωματικά. Στη συνέχεια αναπτύσσεται ένα στάδιο χρόνιου στρες που οδηγεί σε απογοήτευση. Τα άτομα έχουν το αίσθημα της αποτυχίας και την αίσθηση της αδυναμίας. Οι προσπάθειες δεν αποδίδουν εμφανώς και η εντύπωση της ανεπαρκούς αναγνώρισης οδηγεί το άτομο στην αίσθηση της ανικανότητας και της ανεπάρκειας. Ακολουθεί στη συνέχεια το στάδιο της απάθειας, όπου εμφανίζεται η απόγνωση και η απογοήτευση. Το άτομο δεν βλέπει διέξοδο από την κατάσταση και σταδιακά παραιτείται και λειτουργεί με αδιαφορία. Το τελικό στάδιο είναι η εξουθένωση. Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης προκαλούν ένα σημαντικό σωματικό ή συναισθηματικό πρόβλημα και τελικά αυτά μπορεί να ωθήσουν κάποιον να αναζητήσει βοήθεια και παρέμβαση (De Hert, 2020).

Η εξουθένωση συνδέεται με μια σειρά προβλημάτων, όχι μόνο για μεμονωμένους παρόχους, αλλά και για τις εργοδοτικές οργανώσεις, τους ασθενείς και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνολικά (Shanafelt et al., 2012).

Οι επαγγελματίες υγείας αναπτύσσουν μια σειρά από συμπτώματα, όπως πονοκέφαλο, χρόνια κόπωση, γαστρεντερικές διαταραχές, μυϊκή ένταση, υπέρταση και διαταραχές ύπνου. Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστούν προβλήματα προσοχής, ευερεθιστότητα και μειωμένη αυτοπεποίθηση, με αποτέλεσμα την αίσθηση επαγγελματικής ανικανότητας. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αυξάνει την πιθανότητα κατάθλιψης, άγχους,

προβλημάτων ύπνου, κατάχρησης ναρκωτικών, συμπεριφοράς σύγκρουσης και δυσκολιών στη διατήρηση στενών σχέσεων. Οι εργαζόμενοι με επαγγελματική εξουθένωση συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα σωματικής υγείας (π.χ. αϋπνία, πονοκεφάλους, κακή γενική υγεία), προβλήματα σχέσεων, μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και αυξημένα προβλήματα ψυχικής υγείας (π.χ. κατάθλιψη, άγχος, κατάχρηση ουσιών) (Salvagioni et al., 2017).

Η εξουθένωση έχει επίσης συσχετιστεί αρνητικά με την οργανωτική λειτουργία, συμπεριλαμβανομένων των υπερβολικών απουσιών των εργαζομένων, της καθυστέρησης προσέλευσης στην εργασία, των συχνών διαλειμμάτων, της μειωμένης εργασιακής δέσμευσης και σε ορισμένες μελέτες, της κακής εργασιακής απόδοσης (Dyrbye et al.,2019).

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα και την ασφάλεια της υγειονομικής περίθαλψης με διάφορους τρόπους. Σύμφωνα με το μοντέλο της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι απαιτήσεις της εργασίας απαιτούν προσπάθεια με την πάροδο του χρόνου επιβαρύνουν τον επαγγελματία υγείας (π.χ. συναισθηματική εξάντληση), ιδιαίτερα σε ένα περιβάλλον χαμηλών πόρων. Καθώς οι επαγγελματίες εξαντλούνται, αποσύρουν τη συναισθηματική ενέργεια από την εργασία, λειτουργώντας σταδιακά σε ένα πλαίσιο αποπροσωποποίησης. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας αφιερώνουν λιγότερο χρόνο με τους ασθενείς και ενδεχομένως να γίνονται περισσότερο κατευθυντικοί παρά συνεργατικοί. Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση έχει συσχετιστεί με γνωστικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων των ελλειμμάτων προσοχής, που μπορεί να οδηγήσει σε σφάλματα. Αυτή τη στάση έχει συνέπειες για τους ασθενείς. Επηρεάζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, δημιουργώντας δυσαρεστημένους ασθενείς, με κακή συμμόρφωση στις οδηγίες και χειρότερα αποτελέσματα υγείας. Αυτό το γεγονός με τη σειρά του ενισχύει την επαγγελματική εξουθένωση του επαγγελματία υγείας (Salyers et al., 2017).

Επομένως, είναι σημαντικό να δίνεται η δέουσα προσοχή για την ψυχική ευεξία των εργαζομένων υγείας, η διαταραχή της οποίας μπορεί στη συνέχεια να επηρεάσει την ευημερία των ασθενών, οι οποίοι έχουν εμπιστευθεί τη φροντίδα και την υγείας τους σε αυτή την ομάδα επαγγελματιών υγείας. Αναμφίβολα η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών. Πρέπει πάντα να κυριαρχεί η άποψη ότι όπου υπάρχει ένας ευτυχισμένος φροντιστής, υπάρχει και ένας ικανοποιημένος ασθενής (Hoff et al., 2017).

2. Σκοπός και Στόχοι :

Η εκτίμηση της επίπτωσης και των χαρακτηριστικών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ένα θέμα που δεν έχει απασχολήσει την έρευνα, καθώς θεωρείται ένας πληθυσμός με χαμηλά επίπεδα άγχους και κατά συνέπεια με χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό το γεγονός συνιστά την πρωτοτυπία του θέματος, καθώς αξίζει να μελετηθεί το συγκεκριμένο φαινόμενο στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Ως γενικός στόχος της παρούσας μελέτης προσδιορίζεται η μελέτη του μεγέθους και των χαρακτηριστικών του συνδρόμου στον πληθυσμό των εργαζομένων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ως επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα μπορεί να τεθούν τα εξής:

- Ποιος είναι ο βαθμός της εργασιακής ικανοποίησης σε αυτή την ομάδα εργαζομένων;
- Εντοπίζεται το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας;
- Ποιοι παράγοντες ευθύνονται για την ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ή ποιοι παράγοντες δρουν προστατευτικά έναντι της ανάπτυξης του σύνδρομο;
- Τελικά το σύνδρομο αφορά όλους τους επαγγελματίες υγείας ή μήπως κάποιες κατηγορίες εργαζομένων λειτουργούν σε ένα προστατευτικό περιβάλλον;

3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Ιανουάριο του 2023 έως τον **Ιούνιο** του 2023.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι επαγγελματίες Υγείας που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Ο κάθε επαγγελματίας υγείας θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώσουν τα ίδια άτομα, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

<u>Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία</u>

1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση.

Τα ερευνητικά εργαλεία που θα συμπληρώσουν είναι:

Maslach Burnout Inventory – MBI (Maslach & Jackson,1986)

Για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο «Απογραφικός Κατάλογος Επαγγελματικής Εξουθένωσης» (Maslach Burnout Inventory – MBI, Maslach & Jackson, 1986), σταθμισμένο από τους Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos, D. (1994). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 προτάσεις και μετράει τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αναφέρθηκαν στο μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach:

- Συναισθηματική Εξάντληση
- Αποπροσωποποίηση
- Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων.

Πρόκειται για το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο, εργαλείο διεθνώς για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ αρχικά αφορούσε σε επαγγέλματα που συνεπάγονται άμεση επαφή με ανθρώπους, αργότερα με τροποποιημένες εκδόσεις χρησιμοποιήθηκε σε περισσότερα εργασιακά περιβάλλοντα (Maslach, 2001). Χρησιμοποιεί μια κλίμακα 7 διαβαθμίσεων σχετικά με τις απαντήσεις (0=ποτέ, 6=κάθε μέρα) και η αξιολόγηση των συμπερασμάτων γίνεται με τη βοήθεια του καταλόγου επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI), που περιέχει τρεις υποκλίμακες. Με τον τρόπο αυτό αξιολογούνται οι διαφορετικές πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει το προσωπικό. Ο κατάλογος αυτός θεωρείται ότι είναι αξιόπιστος, έγκυρος, και εύκολος στη χρησιμοποίηση.

Με βάση τις οδηγίες της Maslach (1986), η βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μικρότερη ή ίση με 16 μονάδες, 17-26 μονάδες και μεγαλύτερη ή ίση με 27 μονάδες αντίστοιχα. Ομοίως, η βαθμολογία στη διάσταση «Αποπροσωποποίηση» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μικρότερη ή ίση με 6 μονάδες, 7-12 μονάδες και μεγαλύτερη ή ίση με 13 μονάδες αντίστοιχα. Τέλος, η βαθμολογία στη διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα» κατηγοριοποιήθηκε σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή ανάλογα με το αν η βαθμολογία σε αυτή ήταν μεγαλύτερη ή ίση με 39 μονάδες, 32-38 μονάδες και μικρότερη ή ίση με 31 μονάδες αντίστοιχα.

Ερωτηματολόγιο Εργασιακής Ικανοποίησης

Το ερωτηματολόγιο Greek Nurses' Job Satisfaction Scale (Moumtzoglou 2010) αξιολογεί την επαγγελματική ικανοποίηση μέσα από δεκαοχτώ ερωτήσεις τεσσάρων διαστάσεων που αφορούν στην αλληλεπίδραση και αναγνώριση (5 ερωτήσεις), αμοιβή και φύση εργασίας (3 ερωτήσεις), αυτο–ανάπτυξη και υπευθυνότητα (5 ερωτήσεις), στυλ εργασίας και οργανωτικές πολιτικές (5 ερωτήσεις) χρησιμοποιώντας τετραβάθμια κλίμακα Likert 1-4.

4. Αναμενόμενα αποτελέσματα :

Η παρούσα μελέτη αναμένεται να προσδιορίσει την έκταση του προβλήματος, σε έναν πληθυσμό επαγγελματιών υγείας, που εργάζεται σε ένα ιδιαίτερο περιβάλλον, όπως το περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επίσης αναμένεται να εκτιμηθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου ή που δρουν προστατευτικά και τελικά εμποδίζουν την ανάπτυξη αυτού του πολυδιάστατου εργασιακού ζητήματος.

5. Χρονοδιάγραμμα :

Ιανουάριος 2023 – Φεβρουάριος 2023 : Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας – Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας.

Φεβρουάριος - Μάρτιος 2023 : Συλλογή ερωτηματολογίων

Απρίλιος 2023 – Μάιος 2023 : Στατιστική Επεξεργασία και Συγγραφή του Ερευνητικού μέρους της Εργασίας.

Ιούνιος 2023 : Ολοκλήρωση της Ερευνητικής Μελέτης και Δημιουργία Παρουσίασης.

6. Κόστος :

Διευκρινίζεται ότι οι συμμετέχοντες δεν θα πληρωθούν και ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων.

7. Παραπομπές:

- Bridgeman, P., Bridgeman, M., Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(3), 147–152.
- De Hert S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and regional anesthesia*, 13, 171–183.
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Johnson, P. O., Johnson, L. A., Satele, D., & West, C. P. (2019). A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC nursing*, 18, 57.
- Hoff, T., Carabetta, S., & Collinson, G. E. (2019). Satisfaction, Burnout, and Turnover Among Nurse Practitioners and Physician Assistants: A Review of the Empirical Literature. *Medical care research and review : MCRR*, 76(1), 3–31.
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health?. *Psychology & health*, *16*(5), 607-611.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The Measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior,* 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto.
- Moumtzoglou A. The Greek Nurses' job satisfaction scale: development and psychometric assessment. *J Nurs Meas.* 2010;18(1):60-69.
- Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 187–199.
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one,* 12(10), e0185781.
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L., & Rollins, A. L. (2017). The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *Journal of general internal medicine*, 32(4), 475–482.
- Shanafelt, T., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L.N., Sotile, W., Satele, D., West, C.P., Sloan, J., Oreskovich, M.R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among

US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.,* 172(18):1377-85.

Υπογραφή φοιτήτριας

Υπογραφή Επιβλέπουσας

Ημερομηνία: 12/1/2023

Ενημερωτικό Υπόμνημα για Συμμετοχή σε Έρευνα

Γενικές Πληροφορίες

1. **Τίτλος εργασίας**: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
2. **Πρόσκληση**: Με το παρόν έγγραφο προσκαλείστε να συμμετάσχετε σε ερευνητική εργασία ως συμμετέχοντες. Πριν αποφασίστε τη συμμετοχή σας είναι σημαντικό να έχετε κατανοήσετε για ποιο λόγο διεξάγεται η παρούσα εργασία και τι διαδικασίες εμπεριέχει και σας αφορούν. Παρακαλώ διαβάσετε τις παρακάτω πληροφορίες με προσοχή και παρακαλώ μη διστάσετε να με ρωτήσετε αν χρειάζεστε περισσότερες λεπτομέρειες ή αν τυχόν δεν κατανοείτε οτιδήποτε. Παρακαλώ επιτρέψτε μας να κάνουμε απόλυτα σαφές ότι δεν είστε υποχρεωμένοι να συμμετάσχετε στην προτεινόμενη έρευνα και σας προτρέπουμε να συμφωνήσετε να συμμετάσχετε, μόνο αν το επιθυμείτε.
3. **Ποιος είναι ο σκοπός της έρευνας**: Να ερευνηθεί η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, να αναγνωριστούν οι επιπτώσεις της και να ερευνηθεί κατά πόσο μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα τους να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα.
4. **Γιατί επιλεχθήκατε εσείς να συμμετάσχετε στην έρευνα**: Έχετε επιλεχθεί διότι εργάζεστε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
5. **Είμαι υποχρεωμένος/η να συμμετέχω στην έρευνα**: Όχι δεν είναι υποχρεωτική η συμμετοχή και μπορείτε ανά πάσα στιγμή να αποσυρθείτε από τη συμμετοχή σας στην έρευνα χωρίς καμία συνέπεια. Ωστόσο η συμμετοχή σας θα δώσει σημαντικές πληροφορίες στη διερεύνηση του θέματος.
6. **Τι θα συμβεί, αν συμμετάσχω στην έρευνα**: Θα χρειαστεί να απαντήσετε στην αρχή σε κάποια γενικά δημογραφικά στοιχεία και στην συνέχεια το ερωτηματολόγιο που ερευνα την επαγγελματική εξουθένωση.
7. **Θα πληρωθώ**: Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και δεν θα υπάρξει καμία πληρωμή.
8. **Υπάρχει κάποιος κίνδυνος από τη συμμετοχή μου στην έρευνα**: Δεν υπάρχει κανείς κίνδυνος από τη συμμετοχή καθώς πρόκειται για μια απλή ανταλλαγή απόψεων και ανα πάσα στιγμή μπορείτε να διακόψετε την ερευνητική διαδικασία χωρίς καμία συνέπεια..
9. **Ποιο το όφελος από τη συμμετοχή μου στην έρευνα**: Ο διαμοιρασμός εμπειριών και απόψεων ώστε να προταθούν βελτιώσεις και φυσικά η εμπειρία της συμμετοχής σε μια έρευνα.
10. **Αν επιθυμώ να κάνω παράπονα για δυσάρεστο γεγονός κατά την ερευνητική διαδικασία**: Μπορείτε να εκφράσετε οτιδήποτε παράπονο ή επίσημη κατηγορία στον ίδιο τον ερευνητή, αν αυτό δεν σας ικανοποιήσει μπορείτε να απευθυνθείτε στον Επόπτη Καθηγητή του μεταπτυχιακού ερευνητή (Δρ. Στέφανος Μαντζούκας, τηλ. 2651050787, email: smantzoukas@uoi.gr), αν και αυτό δεν σας ικανοποιήσει, μπορείτε να απευθυνθείτε στη Διοίκηση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

11. **Θα υπάρχει εμπυστικότητα και ανωνυμία**: η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνεται ανώνυμα. Οι μόνοι που θα έχουν πρόσβαση στα ερωτηματολόγια είμαι εγώ η επόπτρια καθηγήτρια κα Δραγκιώτη Έλενα και η επιτροπή δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων μόνο αν χρειαστεί.Επίσης τα δεδομέναα πέραν της 5ετίας θα καταστραφούν και φυσσικά δεν θα χρησιμοποιηθούν για οποιοδήποτε άλλο σκοπό. Η άρση της ανωνυμίας θα αρθεί μόνο σε περίπτωση που διαπιστωθούν ποινικά κολάσιμες πράξεις.
12. **Τι θα συμβεί στα αποτελέσματα που θα προκύψουν από τα συλλεχθέντα δεδομένα**:τα αποτελέσματα από τα συλλέχθέντα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν για να συγγραφεί η Διπλωματική Μεταπτυχιακή εργασία μου, δυνητικά μπορούν να δημοσιευθούν σε Εθνικά και Διεθνή επιστημονικά περιοδικά και μπορεί να παρουσιασθούν σε επιστημονικά Συνέδρια.
13. **Τι θα συμβεί αν διακόψω τη συμμετοχή σε κάποιο σημείο της έρευνας**: Μπορείτε να διακόψετε σε οποιοδήποτε σημείο της ερευνητικής διαδικασίας, χωρίς να λογοδοτήσετε και δίχως να έχετε καμία συνέπεια. Τα δεδομένα που θα έχουν συλλεχθεί μέχρι το σημείο αποχώρησης αν συμφωνείτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάλυση της έρευνας, αν δεν το επιθυμείτε θα καταστραφούν και δεν θα χρησιμοποιηθούν
14. **Με ποιον μπορώ να επικοινωνήσω αν χρειάζομαι περισσότερες πληροφορίες**: Μπορείτε να επικοινωνήστε για περισσότερες πληροφορίες με τον ίδιο τον ερευνητή (Νταλαμήσιου Ευαγγελία, τηλ. 6949237494, email litsa_nt@yahoo.gr), αν σε εκείνη την εξαιρετική περίπτωση δεν σας ικανοποιηθείτε από τον ίδιο τον ερευνητή μπορείτε να επικοινωνήστε με τον Επόπτη Καθηγητή του μεταπτυχιακού ερευνητή (Δρ. Στέφανος Μαντζούκας, τηλ. 2651050787, email: smantzoukas@uoi.gr),

Θερμές ευχαριστίες για το χρόνο και τον κόπο να διαβάστε το παρόν ενημερωτικό υπόμνημα. Ελπίζω να αποφασίστε να συμμετάσχετε στην έρευνα.

Με εκτίμηση

Νταλαμήσιου Ευαγγελία

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
Σχολή Επιστημών Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
Σύμπραξη Τμημάτων Ιατρικής & Νοσηλευτικής

ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος της έρευνας: Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Όνομα Μεταπτυχιακού/ής Φοιτητή/τριας- ερευνητή/τριας: Νταλαμήσιου Ευαγγελία

Παρακαλώ σημαδέψτε

☐ 1. Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει τις γραπτές πληροφορίες αναφορικά με την παραπάνω έρευνα που μου έδωσε ο παραπάνω ερευνητής. Επίσης, βεβαιώνω ότι είχα την ευκαιρία να μελετήσω αυτές τις πληροφορίες, να ρωτήσω οποιαδήποτε απορία είχα και όλες οι απορίες μου έχουν επαρκώς απαντηθεί.

☐ 2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα είναι εθελούσια και ότι είμαι ελεύθερος/η να αποχωρήσω από αυτή οποιαδήποτε στιγμή, δίχως να λογοδοτήσω και δίχως να έχω καμία συνέπεια στα δικαιώματα μου.

☐ 3. Κατανοώ ότι μπορώ σε οποιαδήποτε στιγμή να ζητήσω να έχω πρόσβαση σε όποιες πληροφορίες παράσχω και μπορώ να απαιτήσω την καταστροφή των πληροφοριών που έχω παράσχει αν το επιθυμώ.

☐ 4. Κατανοώ ότι η ταυτότητα μου δεν θα γίνει φανερή ή δεν θα είμαι αναγνωρίσιμος/η σε κανένα κείμενο που θα προκύψει από την παραπάνω έρευνα και θα παραχθεί από τον παραπάνω ερευνητή.

☐ 5. Αποδέχομαι ότι η συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα είναι εθελούσια και βεβαιώνω ότι οποιοδήποτε ρίσκο το οποίο συνδέεται με την παραπάνω έρευνα έχει πλήρως επεξηγηθεί σε μένα.

☐ 6. Συμφωνώ να συμμετέχω στην παραπάνω έρευνα.

7. Συμφωνώ να καταγραφούν οι απαντήσεις μου και να χρησιμοποιηθούν στην παραπάνω έρευνα.

Ονοματεπώνυμο Συμμετέχοντα στην έρευνα: _____ Ημ/νια: _____

Υπογραφή: _____

Ονοματεπώνυμο Ερευνητή: _____Ημ/νια: _____

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)

Θεσσαλονίκη, 07 /04/2023
Αρ. Πρωτ.: Δ3β/16063
Σχετ.: 14391,14392,15526

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ
Πληροφορίες: Θυμνιούδη Αικ.
Τηλέφωνο : 2313305233
E-mail : education@3ype.gr

Προς:
Κέντρο Υγείας Κοζάνης

Κοινοποίηση:
Όπως πίνακας αποδεκτών

ΘΕΜΑ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας.
ΣΧΕΤ.: Το με αριθμ. πρωτ. 1069/22-03-2023 έγγραφό σας.

Με το ανωτέρω σχετικό έγγραφό σας, μας διαβιβάσατε τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την έγκριση εκπόνηση της ερευνητικής εργασίας της κ. Νταλαμήσιου Ευαγγελίας, φοιτήτριας του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η ερευνητική εργασία θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας με θέμα «Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Επιβλέπουσα καθηγήτρια είναι η κ. Δραγκιώτη Έλενα.

Σας ενημερώνουμε ότι, έπειτα από:
α) την παραλαβή της γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Πε.) Μακεδονίας [3η/29-03-2023 (θέμα 6ο) Συνεδρίαση],
β) την εξέταση των δικαιολογητικών που μας αποστείλατε,
γ) την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου το οποίο πρόκειται να χρησιμοποιήσει η αιτούσα ως εργαλείο-μέθοδο συγκέντρωσης στοιχείων για την ολοκλήρωση της διπλωματικής της εργασίας και το οποίο θα διανείμει στους επαγγελματίες υγείας των Δομών της Π.Φ.Υ της 3ης Υ.Πε. Μακεδονίας),

και υπό τις προϋποθέσεις ότι :

1. **Θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας σύμφωνα με τα οριζόμενα κάθε φορά στις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις περί προφύλαξης από τον Covid-19**
2. Θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των χώρων που θα πραγματοποιηθεί η έρευνα
3. Θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και του απορρήτου των στοιχείων που θα συλλεχθούν
4. δεν θα υπάρξει καμιά επιπλέον οικονομική επιβάρυνση των Μονάδων Υγείας κατά τη διεξαγωγή ή εξαιτίας της ερευνητικής εργασίας

η Υπηρεσία μας εγκρίνει την εκπόνηση της ερευνητικής εργασίας της κ. Νταλαμήσιου Ευαγγελίας, εφιστώντας την προσοχή, τόσο εκ μέρους της ιδίας όσο και εκ μέρους των δομών (στις οποίες κοινοποιείται το παρόν έγγραφο), στην τήρηση όσων ορίζουν οι όροι του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού 2016/679 και του Ν.2472/1997 για τον υπεύθυνο επεξεργαστή-ερευνητή.

Η κ. Νταλαμήσιου παρακαλείται, να ενημερώσει το Επιστημονικού Συμβουλίου Π.Φ.Υ. της 3ης Υ.Πε για τα αποτελέσματα της μελέτης.

Παρακαλούμε να ενημερώσετε σχετικά την αιτούσα.

Ο Διοικητής της 3ης ΥΠΕ (Μακεδονίας)

Δρ. Παναγιώτης Μπογιατζίδης

ΕΓΚΡΙΣΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στην υπ' αριθ. 3 Συνέλευση της Επιτροπής Προγράμματος Σπουδών του Διατμηματικού Προγράμματος Σπουδών Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων που συνεδρίασε στις 22/02/2023 **ενέκρι**
το Πρωτόκολλο Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας της φοιτήτριας **ΝΤΑΛΑΜΗΣΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**
ο *ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*

Εκ μέρους της Επιτροπής
ος
λε