



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**“ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ
ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ”**

ΙΩΑΝΝΑ ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2012



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**“ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ
ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ”**

ΙΩΑΝΝΑ ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2012

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)»

Ημερομηνία αίτησης της κ. Παπαθανασίου Ιωάννα: 22-1-2003

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 489^α/4-2-2003

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής με ιδιαίτερη έμφαση στην Ιατρική Ψυχολογία

Μέλη

Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Υφαντής Θωμάς, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 4-2-2003

«Αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας»

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : 725^α/6-12-2011

1. Ελισάφ Μωυσής, Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
2. Κυρίτσης Αθανάσιος, Καθηγητής Νευρολογίας, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
3. Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
4. Υφαντής Θωμάς, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
5. Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής με ιδιαίτερη έμφαση στην Ιατρική Ψυχολογία, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
6. Δημολιάτης Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων
7. Σκαπινάκης Πέτρος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής, Παν/μίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 19-3-2012

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

Τζαφλίδου Μαργαρίτα

Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσικής

Η Γραμματέας της Σχολής

ΚΑΠΙΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ



Στην οικογένειά μου

Πρόλογος

Με την παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια να διερευνηθεί το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η εξουθένωση ορίζεται ως η συναισθηματική αντίδραση στην παρατεταμένη έκθεση σε πίεση που επιβάλλει η εργασία, δηλαδή στις καταστάσεις στις οποίες οι απαιτήσεις της εργασίας υπερβαίνουν τις προσαρμοστικές δυνατότητες των ατόμων [1]. Η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων αποτελεί αντικείμενο εντατικής μελέτης τα τελευταία χρόνια, καθώς έχει βρεθεί ότι συνδέεται με το φαινόμενο αποχώρησής τους από την εργασία, τη μειωμένη απόδοσή τους και την ψυχική τους υγεία. Αποτέλεσμα είναι ένα δυσθεώρητο κόστος, καθώς η εξουθένωση επιφέρει απώλεια 300 εκατομμυρίων εργάσιμων ημερών ετησίως, ενώ έχει υπολογιστεί ότι η επιβάρυνση των εργοδοτών ανέρχεται σε 200 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως [2]. Τον Ιούνιο του 2005 σε δημοσκόπηση που διεξήχθη στον Καναδά βρέθηκε ότι 66 από τα 114 διευθυντικά στελέχη επιχειρήσεων ανέφεραν ότι το στρες, η εξουθένωση ή κάποιο άλλο σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα έχουν σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα. Το 75% των ανώτερων υπαλλήλων δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 5 ετών αυτά τα προβλήματα έχουν αυξηθεί και διερωτώνται εάν και κατά πόσο οι επιχειρήσεις είναι ικανές να ανταποκριθούν στις προβλεπόμενες αποζημιώσεις. Η σημασία της εξουθένωσης, ιδιαίτερα σε πρακτικό επίπεδο γίνεται εμφανέστερη όταν εξετάζεται ο αντίκτυπός της στο στενότερο περιβάλλον του εργαζομένου. Αυτός ο αντίκτυπος δεν περιορίζεται στον ίδιο τον εργαζόμενο, αλλά εκτείνεται συχνά με επιδημικό τρόπο στους υπόλοιπους εργαζόμενους (συναδέλφους), στον οικογενειακό του κύκλο, στον αποδέκτη των υπηρεσιών του, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα [3]. Το κόστος της εξουθένωσης μεγιστοποιείται όταν λαμβάνονται υπόψη οι παραιτήσεις ή οι συχνές απουσίες των εργαζομένων, που αναπόφευκτα οδηγούν στην πρόσληψη νέων και άπειρων εργαζομένων. Οι τελευταίοι χρειάζονται χρονοβόρα επαγγελματική κατάρτιση και είναι λιγότερο αποδοτικοί [4].

Το αντίκτυπο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ιδιαίτερα σημαντικό στον ευαίσθητο τομέα της υγείας, γι'αυτό και η επαγγελματική εξουθένωση στις μονάδες υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο πολλών διεθνών ερευνών τα τελευταία 20 χρόνια, όταν ήλθε στο προσκήνιο το ερευνητικό εργαλείο MBI (Maslach Burnout Inventory), το οποίο εξετάζει τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων των εργαζομένων [1]. Έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορους εργασιακούς τομείς της υγείας (π.χ ογκολογικός, χειρουργικός). Οι

παράγοντες που επηρεάζουν και συμβάλουν στην ανάπτυξη του επίπεδου της επαγγελματικής εξουθένωσης ποικίλουν από έρευνα σε έρευνα. Ωστόσο, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε περιβαλλοντικούς που σχετίζονται κυρίως με το περιβάλλον εργασίας, σε ατομικούς που σχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως προσωπικότητα και στους αποκαλούμενους δημογραφικούς που ενσωματώνουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Ένα σημαντικό τμήμα των μελετών εστιάζεται στη διερεύνηση της επιρροής των προαναφερθέντων παραγόντων στην εξουθένωση των εργαζομένων σε μονάδες υγείας. Μικρό μπορεί να θεωρηθεί το ποσοστό των μελετών που επικεντρώνεται σε μονάδες ψυχικής υγείας και ακόμη μικρότερο αυτό που πραγματοποιεί σύγκριση ανάμεσα στους δύο τομείς. Οι Kee et al τονίζουν την απουσία μελετών που αφορούν ψυχοθεραπευτές [5]. Μπορεί να υποθέσει κανείς ότι η μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στα ψυχιατρικά τμήματα ενδεχομένως να παρουσιάζει ιδιαιτερότητες, λόγω ειδικών συνθηκών εργασίας και αυξημένων αναγκών των ασθενών. Επιπλέον, τυχόν διαφοροποίηση των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα σε εργαζόμενους σε μονάδες ψυχικής υγείας και σε εργαζόμενους σε άλλες μονάδες υγείας θα συνιστούσε και διαφοροποίηση στην αντιμετώπιση και στην υποστήριξη των εργαζομένων και ειδικότερα αυτών που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο.

Υπάρχουν αρκετές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία που δείχνουν ότι τα αποτελέσματα της κλίμακας του ερευνητικού εργαλείου MBI συσχετίζονται με μετρήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των εργαζομένων, την κατάθλιψη, το άγχος, τη μανία και τη μελαγχολία [6-9]. Η ικανοποίηση των εργαζομένων, η κατάθλιψη και το άγχος σε σχέση πάντα με την επαγγελματική εξουθένωση θα βρεθούν στο επίκεντρο της παρούσας διατριβής.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εργασία και Ψυχική Υγεία των Εργαζομένων

1.1. Εισαγωγή.....	17
1.2 Η εργασιακή ψυχολογική πίεση (Στρες).....	17
1.3 Η επαγγελματική εξουθένωση	19
1.4 Κατάθλιψη	21
1.5 Άγχος και ευημερία των εργαζομένων.....	22
1.6 Αιτίες-Παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία των εργαζομένων.....	23
1.7 Παράγοντες –Μεσολαβητές της ψυχικής υγείας.....	25
1.8 Η επαγγελματική εξουθένωση και η επαγγελματική ικανοποίηση.....	26
1.9 Περίληψη- Συμπεράσματα.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Επαγγελματική Εξουθένωση

2.1 Εισαγωγή.....	33
2.2 Προσδιορισμός του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης	34
2.3 Αιτίες που προκαλούν την επαγγελματική εξουθένωση και παράγοντες που την επηρεάζουν.....	41
2.4 Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	50
2.5 Επαγγελματική εξουθένωση, στρες, εργασιακό περιβάλλον και ικανοποίηση....	52
2.6 Επαγγελματική εξουθένωση σε μονάδες υγείας και ψυχικής υγείας.....	63
2.7 Εξουθένωση και κατάθλιψη.....	67
2.8 Περίληψη -Συμπεράσματα.....	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού στον Κλάδο της Υγείας και η Σχέση της με την Επαγγελματική Εξουθένωση

3.1 Εισαγωγή.....	75
3.2 Στρατηγικές αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	75
3.3 Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στον κλάδο υγείας- Μαρτυρίες από τη διεθνή έρευνα.....	78
3.4 Ο ρόλος της υποκίνησης σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση στον τομέα υγείας και ψυχικής υγείας.....	81
3.5 Ο ρόλος της ηγεσίας.....	84
3.6 Ενδυνάμωση προσωπικού και ο ρόλος της δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης.....	89
3.7 Περίληψη-Συμπεράσματα.....	92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ειδικό μέρος : Μεθοδολογία - Έρευνα

4.1 Εισαγωγή.....	93
4.2 Σχεδιασμός και σκοπός της έρευνας.....	93
4.3 Το δείγμα της έρευνας και δειγματοληψία.....	95
4.4 Περιγραφή ερωτηματολογίου.....	98
4.4.1 Δομή και κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων	99
4.5 Μεθοδολογία.....	100
4.6 Περιγραφική στατιστική ανάλυση δεδομένων και έλεγχος t.....	104
4. 7.Εμπειρικά αποτελέσματα (Ανάλυση Παλινδρόμησης).....	116
4.7.1. Διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης.....	116
4.7.2. Διερεύνηση σχέσης επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάστασης υγείας (SRSDA) στον τομέα υγείας και στον τομέα ψυχικής υγείας.....	124
4.8 Σύνοψη-Συμπεράσματα.....	128

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
Συμπεράσματα

5. Συμπεράσματα133

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ153

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ155

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ159

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ερωτηματολόγιο για Επαγγελματίες Υγείας175

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Ερωτηματολόγιο για Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας187

Κατάλογος Πινάκων & Συντμήσεις

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	100
Πίνακας 2. Συντελεστές συσχέτισης Pearson ειδικοτήτων και τομέα/φορέα.	103
Πίνακας 3. Συνοπτικά περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα και έλεγχος της διαφοράς των μέσων (t-test).....	105
Πίνακας 4 . Στατιστικά αποτελέσματα για την ικανοποίηση (γενική) των εργαζομένων.....	107
Πίνακας 5. Στατιστικά αποτελέσματα για τις συνθήκες εργασίας.....	108
Πίνακας 6. Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	109
Πίνακας 7. Αριθμός εργαζομένων που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	110
Πίνακας 8 . Στατιστικός έλεγχος t για τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης.....	111
Πίνακας 9α. Συνοπτικά περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα στους δύο τομείς υγείας (SRSDA).....	112
Πίνακας 9β. Συνοπτικά περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα στους δύο τομείς υγείας (SRSDA).....	113
Πίνακας 10. Αποτελέσματα στατιστικού ελέγχου t για τις έξι καταστάσεις υγείας.....	114
Πίνακας 11. Συνοπτικά περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα για το ερωτηματολόγιο SRSDA.....	115
Πίνακας 12. Ποσοστά εργαζομένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα σύμφωνα με την κλίμακα του Κ.Ν. Φουντουλάκη και συν.(2003).....	116
Πίνακας 13. Τομέας Υγείας (Μονομεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης).....	118
Πίνακας 14. Τομέας Ψυχικής Υγείας (μονομεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης.)....	119
Πίνακας 15. Τομέας Υγείας (Πολυμεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης).....	121
Πίνακας 16. Τομέας Ψυχικής Υγείας (Πολυμεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης)....	123
Πίνακας 17. Μονομεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης μεταξύ διαστάσεων Ε.Ε. και κατάστασης υγείας (SRSDA).....	126
Πίνακας 18. Μονομεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης στο σύνολο SRSDA.....	128
Πίνακας 19. Συνθήκες εργασίας και επαγγελματική εξουθένωση.....	130

Συντμήσεις

7Ψυχιατ : Ειδικότητα Ψυχίατροι

7ΨυχΝευρο : Ειδικότητα Νευρολόγοι - Ψυχίατροι

7Ψυχολογ : Ειδικότητα Ψυχολόγοι

7Νοσηλ : Ειδικότητα Νοσηλευτές

7Εργοθερ : Ειδικότητα Εργοθεραπευτές

7Λογοθ : Ειδικότητα Λογοθεραπευτές

7ΚοινΛειτ : Ειδικότητα Κοινωνικοί Λειτουργοί

7ΕιδΠαιδαγ : Ειδικότητα Ειδικοί Παιδαγωγοί

8111α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο – Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (Ψυχιατρικός Τομέας)

81112α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο – Βραχεία Νοσηλεία (Μονάδα Οξέων Περιστατικών)

81113α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο – Εξωτερικά Ιατρεία

8221α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ψυχιατρικό Τμήμα (Περιφερειακά / Νομαρχιακά Νοσοκομεία) – Νοσηλευτικό Τμήμα

8222α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ψυχιατρικό Τμήμα (Περιφερειακά / Νομαρχιακά Νοσοκομεία) – Εξωτερικά Ιατρεία

8331α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Κέντρο Ψυχικής Υγείας – Τμήμα Ενηλίκων

8332α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Κέντρο Ψυχικής Υγείας – Τμήμα Παιδών / Εφήβων

84α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Κινητή Μονάδα

8551α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Νοσοκομείο Ημέρας – Ενηλίκων

8552α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Νοσοκομείο Ημέρας – Παιδών

8661α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ξενώνα, Οικοτροφείο – Πρόγραμμα Λέρος Ι

8662α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ξενώνα, Οικοτροφείο – Πρόγραμμα Λέρος ΙΙ

- 8663α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ξενώνα, Οικοτροφείο – Πρόγραμμα Ψυχαργώς Ι
- 8664α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ξενώνα, Οικοτροφείο – Πρόγραμμα Ψυχαργώς ΙΙ
- 8771α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Προστατευόμενο Διαμέρισμα – Πρόγραμμα Λέρος Ι
- 8772α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Προστατευόμενο Διαμέρισμα – Πρόγραμμα Λέρος ΙΙ
- 8773α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Προστατευόμενο Διαμέρισμα – Πρόγραμμα Ψυχαργώς Ι
- 8774α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Προστατευόμενο Διαμέρισμα – Πρόγραμμα Ψυχαργώς ΙΙ
- 88α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Θεραπευτική Συνεταιριστικοί Μονάδα
- 89α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Θεραπευτική Μονάδα Προ& Επαγγελματικής Αποκατάστασης
- 810α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική
- 811α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ιδιωτικό Φορέα Ψυχικής Υγείας
- 812α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) (Νευροψυχιατρικά εξωτερικά Ιατρεία)
- 813α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Υπηρεσία για εξαρτημένα άτομα
- 814α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Οργανισμό Τοπικής Αυτοδιοίκησης
- 815α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Στήριξης
- 816α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε άλλη Συμβουλευτική Ψυχοθεραπευτική Υπηρεσία
- 817α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Θεραπευτήριο Χρόνιων παθήσεων (Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας)
- 818α/β : Παρούσα/ Προγενέστερη Εργασία σε Ίδρυμα Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ)

εννέαΑ / ΠΡΟΥΠΑ: Συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας στο επάγγελμα

εννέαΒ / ΠΡΟΥΠΒ : Συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο

εννέαΓ / ΠΡΟΥΠΓ: Συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα

10α / ΤΟΜΔΗΜ: Τομέας εργασίας – Δημόσιο

10β / ΤΟΜΙΔΙΩ: Τομέας εργασίας – Ιδιωτικό

10γ / ΤΟΜΔΗΙΔ: Τομέας εργασίας – Δημόσιο & Ιδιωτικό

έντεκαΑ / ΕΠ.ΕΠΑΓ.α : Επιλογή επαγγέλματος από επιθυμία βοήθειας προς τους συνανθρώπους

έντεκαΒ / ΕΠ.ΕΠΑΓ.β : Επιλογή επαγγέλματος λόγω αυξημένης πιθανότητας επαγγελματικής αποκατάστασης

έντεκαΓ / ΕΠ.ΕΠΑΓ.γ : Επιλογή επαγγέλματος από επιρροές του περιβάλλοντος

έντεκαΔ / ΕΠ.ΕΠΑΓ.δ : Επιλογή επαγγέλματος από τυχαία επιλογή

έντεκαΕ / ΕΠ.ΕΠΑΓ.ε : Άλλη αιτία επιλογής επαγγέλματος

έντεκαΖ / ΕΠ.ΕΠΑΓ.γ : Διευκρίνιση της επιλογής 11ε (Άλλο)

ΣΕ/σε/ ΕΡΓΣ : Συνθήκες Εργασίας/ Εργασιακές Συνθήκες

σε12 / ΕΡΓΣ12 : Με πόσα άτομα που χρειάζονται τις υπηρεσίες σας ασχολείστε καθημερινά;

σε13/ ΕΡΓΣ13 : Πόσες νυχτερινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;

σε14 / ΕΡΓΣ14 : Πόσες απογευματινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;

σε15 / ΕΡΓΣ15 : Είστε ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας σας (χώρος, υλικοτεχνική υποδομή, συνθήκες υγιεινής, κλπ.);

σε16 / ΕΡΓΣ16 : Αισθάνεστε ικανοποιημένος από την αμοιβή σας (συγκριτικά με την προσφορά σας);

σε17 / ΕΡΓΣ17 : Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό;

σε18 / ΕΡΓΣ18 : Σας έχει εξηγηθεί κατανοητά ο ρόλος σας στο χώρο εργασίας;

σε19 / ΕΡΓΣ19 : Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας;

σε 20 / ΕΡΓΣ20 : Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις του προσωπικού;

σε21 / ΕΡΓΣ21 : Θεωρείτε ότι η συνεργασία με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική;

σε22/ ΕΡΓΣ22 : Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με τους ανωτέρους είναι ικανοποιητικές;

ΙΚΑΝ / Γ: Πόσο ικανοποιημένος είστε γενικά

ΙΚΑΝ 1/ Γ1: Πόσο ικανοποιημένος είστε με τη ζωή σας;

ΙΚΑΝ 2 / Γ2: Πόσο ικανοποιημένος είστε με την συναισθηματική σας κατάσταση;

ΙΚΑΝ 3/ Γ3 : Πόσο ικανοποιημένος είστε με τις σχέσεις σας με τους σημαντικούς Άλλους;

ΙΚΑΝ 4 / Γ4: Πόσο ικανοποιημένος είστε με την εργασία σας;

ΙΚΑΝ 5 / Γ5: Πόσο ικανοποιημένος είστε με τη σεξουαλική σας ζωή;

ΙΚΑΝ 6/ Γ6 : Πόσο ικανοποιημένος είστε με το περιβάλλον της εργασίας σας;

ΙΚΑΝ 7 / Γ7: Πόσο ικανοποιημένος είστε με τη σχέση σας με τους συναδέλφους σας;

ΙΚΑΝ 8 / Γ8: Πόσο ικανοποιημένος είστε με τη σχέση σας με τους ασθενείς σας;

ΙΚΑΝ 9 / Γ9: Πόσο ικανοποιημένος είστε με τα οικονομικά σας;

ΙΚΑΝ 10 / Γ10: Πόσο ικανοποιημένος είστε με τις συνθήκες εργασίας σας;

ΙΚΑΝ 11 / Γ11: Πόσο ικανοποιημένος είστε με το ρόλο σας στην οικογένειά σας;

ΙΚΑΝ 12 / Γ12: Πόσο ικανοποιημένος είστε με την υγεία σας;

ΙΚΑΝ 13 / Γ13: Πόσο ικανοποιημένος είστε με τον ελεύθερό χρόνο σας;

Εισαγωγή

Στο γενικό μέρος της παρούσας διατριβής επιχειρείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση του ζητήματος της επαγγελματικής εξουθένωσης και αναδεικνύονται πτυχές του προβλήματος που αφορούν ιδιαίτερα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ειδικότερα το πρώτο μέρος αναφέρεται στο περιεχόμενο των εννοιών που πλαισιώνουν τους στόχους της έρευνας, όπως το επαγγελματικό στρες και η κατάθλιψη, ενώ γίνεται ιδιαίτερη μνεία τόσο σε εύρος όσο και σε βάθος στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πυρήνας της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η επαγγελματική εξουθένωση. Περιγράφονται οι διάφορες μελέτες και έρευνες και αναφέρονται τα συμπεράσματά τους.

Στο ειδικό μέρος αναπτύσσεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας μαζί με τα συμπεράσματα. Ακολουθεί η περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, ενώ η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση της βιβλιογραφίας και των ερωτηματολογίων.

Οι κυριότερες πηγές λήψης των πληροφοριών προέρχονται από τη διεθνή βιβλιογραφία και αφορούν στο μεγαλύτερο μέρος τους άρθρα έγκριτων περιοδικών από το χώρο της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση και συγκριτική παρουσίαση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε σχέση με τους επαγγελματίες γενικής υγείας και παράλληλα η διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στις δύο προαναφερθείσες ομάδες εργαζομένων. Η σημασία του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, αλλά και την ψυχική υγεία των ίδιων των επαγγελματιών υγείας, αλλά και ο περιορισμένος αριθμός ερευνών που αφορούν επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτέλεσαν το έναυσμα για την εκπόνηση της παρούσας διατριβής.

Με δεδομένο ότι η έρευνα κινείται στο πεδίο των υπηρεσιών υγείας με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και την αποτελεσματικότερη διοίκηση και διαχείριση, ένα μέρος του θεωρητικού τμήματος αφιερώνεται στο ρόλο της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού στον κλάδο της υγείας και στη σχέση της με την επαγγελματική εξουθένωση.

Η σπουδαιότητα της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού στην επιτυχία ή αποτυχία της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας δεν έχει λάβει τη δέουσα προσοχή. Πρόσφατα μόνο έχει αναγνωρισθεί ότι μία "σωστή" εφαρμογή πολιτικής διοίκησης ανθρώπινου

δυναμικού θα πρέπει να βρίσκεται στον πυρήνα οποιονδήποτε βιώσιμων λύσεων για ένα αποδοτικό σύστημα υγείας [10].

Μελέτες έχουν αναφέρει ότι το υψηλότερο επίπεδο, σε ποσότητα και ποιότητα, εργαζόμενου προσωπικού σε μονάδες υγείας σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας [10]. Επίσης, η πρόσληψη, η υποκίνηση και η διατήρηση των εργαζομένων στις μονάδες υγείας τοποθετούνται στον πυρήνα της στρατηγικής διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού [10]. Σε μία μεγάλη μελέτη στην Αμερική που διεξήχθη για λογαριασμό του κέντρου πιστοποίησης των Νοσηλευτών [11] εντοπίστηκαν 13 σημαντικοί παράγοντες που αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά για τις μονάδες υγείας που αποκαλούνται «μαγνήτες» (magnets), λόγω των επιτυχιών τους στην πρόσληψη, υποκίνηση και διατήρηση των εργαζομένων. Η έρευνα αυτή διήρκεσε πάνω από 20 έτη και υπογράμμισε τη θετική συσχέτιση μεταξύ των σωστών πρακτικών της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, των χαρακτηριστικών που διέπουν το προσωπικό και των αποτελεσμάτων φροντίδας [10].

Ένα από τα σημαντικά στοιχεία και συμπεράσματα αυτής της έρευνας είναι ότι ανάμεσα στα 13 χαρακτηριστικά που σηματοδοτούν τους αποκαλούμενους «μαγνήτες» τα δύο αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων [10]. Το πρώτο συνδέεται με την παρουσία μειωμένων ποσοστών επαγγελματικής εξουθένωσης στο ανθρώπινο δυναμικό και το δεύτερο αφορά την ύπαρξη μειωμένης πιθανότητας για την παρουσία συναισθηματικής εξάντλησης. Τα 13 χαρακτηριστικά παρουσιάζονται παρακάτω:

1. Μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας των ασθενών.
2. Μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας που συνδέονται με τη φροντίδα ασθενών που πάσχουν από AIDS.
3. Υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών.
4. Σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό.
5. Μειωμένα ποσοστά τραυματισμών στο νοσηλευτικό προσωπικό.
6. Σημαντικά υψηλότερη εκπαιδευτική προετοιμασία του νοσηλευτικού δυναμικού.
7. Υψηλά επίπεδα αυτονομίας του νοσηλευτικού προσωπικού, κατά την άσκηση των καθηκόντων του.
8. Καλές σχέσεις νοσηλευτών και γιατρών.
9. Πεποίθηση του νοσηλευτικού προσωπικού ότι έχει επαρκείς υπηρεσίες υποστήριξης και ότι υπάρχει αρκετό προσωπικό, ώστε να παρέχει υψηλής ποιότητας περίθαλψη.
10. Ισχυρή διοίκηση που μπορεί να ασκήσει επιρροή στο νοσηλευτικό προσωπικό.

11. Το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται ότι η συνεισφορά του στο έργο της φροντίδας είναι εκτιμητέα.
12. Μειωμένες πιθανότητες για το νοσηλευτικό προσωπικό να αισθανθεί εξουθένωση, συναισθηματική εξάντληση και θυμό με την εργασία του.
13. Μειωμένη πιθανότητα το νοσηλευτικό προσωπικό να υποβάλλει έκθεση δυσαρέσκειας.

Την τελευταία πενταετία μεγάλος αριθμός ερευνών τοποθετεί στο επίκεντρο τη διερεύνηση της σχέσης της κατάθλιψης με την εξουθένωση στο εργασιακό περιβάλλον [12,6,13].

Αν και η κατάθλιψη είναι σήμερα αρκετά ξεκάθαρη στο εννοιολογικό της περιεχόμενο δεν συμβαίνει το ίδιο όταν καλείται να διαχωριστεί ή να συσχετιστεί με την εξουθένωση. Ο λόγος κυρίως έγκειται στο γεγονός ότι οι δύο αυτές καταστάσεις υγείας φαίνεται να παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά [14,15].

Η εξουθένωση έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να προβλεφθεί με μεγαλύτερη συνέπεια από τις σχετικές με την απασχόληση μεταβλητές, αλλά και με συγκεκριμένες μεταβλητές που σκιαγραφούν συναισθηματικά στενάχωρες καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη [16]. Υπάρχουν αρκετές μελέτες που επικεντρώνονται στα στοιχεία που μετρούν κατάθλιψη και εξουθένωση, οι οποίες δείχνουν ότι οι δύο αυτές καταστάσεις επηρεάζονται από διαφορετικούς παράγοντες [9,16,17].

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και εξουθένωσης υπάρχει μακροχρόνια συζήτηση μεταξύ των ερευνητών κατά πόσο τα διαγνωστικά κριτήρια των δύο καταστάσεων, που συχνά καλύπτουν το ένα το άλλο, μπορούν να αιτιολογήσουν αυτήν τη σχέση [15]. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι δύο αυτές καταστάσεις συνιστούν δυο διαφορετικές οντότητες [18]. Οι περισσότερες έρευνες συνήθως εστιάζονται στις διαφορές μεταξύ της εξουθένωσης και της κατάθλιψης και όχι σε πιθανές ερμηνείες για τη σχέση τους.

Η συνεισφορά της παρούσας εργασίας στη μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης και των ψυχικών διαταραχών των επαγγελματιών υγείας συνίσταται στα ακόλουθα :

- α) Επισημαίνονται οι διαφορές ανάμεσα στους επαγγελματίες γενικής και ψυχικής υγείας όσον αφορά το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης και το εύρος των ψυχικών διαταραχών.
- β) Γίνεται προσπάθεια να προσδιοριστούν οι εργασιακοί και άλλοι παράγοντες που ευθύνονται για τις διαφορές αυτές .

γ) Διερευνάται η σχέση των ψυχικών διαταραχών των εργαζομένων και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εργασία και ψυχική υγεία των εργαζομένων

1.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο της ερευνητικής εργασίας πραγματοποιείται μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την ψυχική υγεία των εργαζομένων στο πλαίσιο του εργασιακού τους περιβάλλοντος. Η δεκαετία του 1990 χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολλών μελετών ως προέκταση των θεωριών της ψυχικής υγείας των εργαζομένων που δημιουργήθηκαν τις προηγούμενες δεκαετίες. Σε αυτή τη δεκαετία παρατηρείται σύγκλιση και εδραίωση απόψεων σχετικά με βασικές μεταβλητές της ψυχικής υγείας των εργαζομένων.

Το παρόν κεφάλαιο έχει ως απώτερο στόχο να σκιαγραφήσει το πλέγμα ψυχικής υγείας και ενσωματώνει βασικές μεταβλητές της, όπως η ψυχολογική πίεση (στρες), η εξουθένωση και η κατάθλιψη. Τέλος έμφαση δίνεται στη σχέση εξουθένωσης και εργασιακής ικανοποίησης.

1.2 Η εργασιακή ψυχολογική πίεση (Στρες)

Στη δεκαετία του '80 υπήρξε ένας σημαντικός αριθμός μελετών στον τομέα του εργασιακού στρες και των διαφόρων εκδηλώσεών του [19,20,21,22,7]. Είναι ένα από τα πιο διερευνημένα πεδία, όσον αφορά στην εμπειρική αλλά και την εφαρμοσμένη έρευνα. Εν τούτοις, η δεκαετία του '90 είναι αυτή που μπορεί να χαρακτηριστεί ως η περίοδος εδραίωσης της έρευνας για το εργασιακό στρες [23,24,25].

Αν και υπάρχουν ακόμα ορισμένες διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με το εργασιακό στρες, την περασμένη δεκαετία εμφανίζεται κάποια σύγκλιση απόψεων. Η παλαιότερη προσέγγιση, που ακόμα παραμένει σε ισχύ είναι ο καθορισμός του στρες σχετικά με τις πηγές που το προκαλούν. Αυτή η προσέγγιση έχει μερικές παραλλαγές. Μία από αυτές, προσδιορίζει το άγχος με στρεσογόνους παράγοντες, όπως είναι ο παράγοντας αμφιβολία, ο παράγοντας διαμάχη και ο παράγοντας υπερφόρτωση [25,26]. Μία άλλη προσέγγιση, η οποία αντλεί την συλλογιστική της από το μοντέλο του Cherniss [19], περιλαμβάνει άλλες πηγές στρες όπως προσωπικούς παράγοντες και παράγοντες που συνδέονται με το περιβάλλον εργασίας [27,28]. Αυτή η προσέγγιση είναι κατά μεγάλο μέρος υποκινούμενη από την αντίληψη ότι το στρες συνιστά ερέθισμα που προκαλείται από το περιβάλλον και ενεργοποιεί μία αλυσίδα αντιδράσεων που τελικά έχουν παθολογικές καταλήξεις [29]. Η τρίτη προσέγγιση επηρεάζεται από το μοντέλο Karasek [30] και από την ιδέα της ανισορροπίας (imbalance) μεταξύ απαιτήσεων-ελέγχου [31]. Εδώ το στρες προσδιορίζεται ως μια κατάσταση που προκύπτει από την ένταση που

βιώνεται λόγω της ανισορροπίας μεταξύ αυτού που απαιτείται και αυτού που προσφέρεται για την κάλυψη των απαιτήσεων [32,33]. Παρά τις διαφορές των μοντέλων, η γενική αντίληψη παραμένει ότι το στρες πηγάζει από μια αναντιστοιχία είτε μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος, είτε μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και της εν δυνάμει προσφοράς από πλευράς εργαζομένων. Στη σχετική βιβλιογραφία παρατηρείται μια γενική συμφωνία ότι το στρες προκύπτει από μία κατάσταση ανισορροπίας στο γνωστικό-συναισθηματικό σύστημα του ατόμου [34]. Κρίνοντας από τις έρευνες που αναφέρθηκαν, φαίνεται επίσης να υφίσταται μία περαιτέρω ομοφωνία ότι το στρες μπορεί να μελετηθεί ως μία διαδικασία με στρεσογόνους παράγοντες που συνδέονται αιτιολογικά με το περιεχόμενο και το γενικό πλαίσιο του εργασιακού περιβάλλοντος και οι οποίοι έχουν συνέπειες στη συμπεριφορά και στη διάθεση του ατόμου [35]. Σε δύο παλαιότερες αναθεωρήσεις για το επαγγελματικό στρες ο Cooper [20,21], συνόψισε και ταξινόμησε τους παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν στρες στον εργαζόμενο στο χώρο της δουλειάς του σε έξι ομάδες:

1. Παράγοντες εγγενείς στην εργασία (θόρυβος, ζέστη, καπνοί, βάρδιες).
2. Εργασιακές σχέσεις (σύγκρουση με τους συναδέλφους ή προϊσταμένους, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης).
3. Ο ρόλος του εργαζόμενου στο χώρο δουλειάς του (π.χ. ασάφεια ρόλου).
4. Ανάπτυξη επαγγελματικής σταδιοδρομίας (έλλειψη θέσης, έλλειψη προοπτικών για προαγωγή, έλλειψη καριέρας, αβεβαιότητα εργασίας).
5. Οργανωτική δομή και εργασιακό κλίμα (έλλειψη αυτονομίας, έλλειψη ευκαιριών για συμμετοχή στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, έλλειψη ελέγχου του ρυθμού της εργασίας).
6. Αλληλεπίδραση οικογενειακού και εργασιακού περιβάλλοντος (σύγκρουση μεταξύ του ρόλου του εργαζόμενου στο σπίτι του και στον χώρο της δουλειάς, έλλειψη συζυγικής υποστήριξης).

Κάθε ομάδα ερευνητών φαίνεται να έχει το δικό της αγαπημένο εργαλείο για τη μέτρηση του στρες. Μία κλίμακα μέτρησης του στρες που ήταν δημοφιλής τη δεκαετία του '80 είναι η κλίμακα που χρησιμοποίησε ο Burke στους συνεργάτες του [27], η οποία συνδυάζει στοιχεία από την μέτρηση του Cherniss με αυτά που χρησιμοποιήθηκαν από τους Jackson et al [22]. Άλλες γνωστές κλίμακες μέτρησης είναι αυτές των Parker και Decotiis [36], που έχει χρησιμοποιηθεί από αρκετούς ερευνητές [32] και η κλίμακα των Rizzo, House και Lirtzman (1970), που υιοθετήθηκε ευρέως για το στρες στο εργασιακό περιβάλλον [23,24]. Τέλος, το Γενικό Ερωτηματολόγιο Υγείας (GHQ) χρησιμοποιήθηκε από αρκετές ομάδες ερευνητών ως γενικό μέτρο του ευ ζην και με στόχο να εκτιμήσουν συγκεκριμένες πλευρές της ψυχικής υγείας [37,26]. Αν και οι ψυχομετρικές ιδιότητες δεν

αναφέρονται πάντα σε κάθε μελέτη, υπάρχουν στοιχεία που πιστοποιούν την αξιοπιστία (reliability) των κλιμάκων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν. Ωστόσο, φαίνεται να μην υπάρχει συχνή και σαφής πληροφόρηση για την εγκυρότητα (validity) των εν λόγω μετρήσεων κλίμακας του στρες.

Το κυρίαρχο θεωρητικό πλαίσιο που καθοδήγησε την έρευνα για το στρες φαίνεται να είναι η θεωρία της ανισορροπίας, που αναπτύχθηκε εν μέρει από το μοντέλο Karasek και το οποίο αναφέρεται επίσης και ως μοντέλο «ελέγχου των απαιτήσεων» [30]. Η κεντρική ιδέα αυτού του μοντέλου δηλώνει ότι όταν οι απαιτήσεις του εργασιακού χώρου που βαραίνουν ένα άτομο ξεπερνούν τους πόρους που έχει στη διάθεσή του για την κάλυψή τους, το αποτέλεσμα είναι το στρες. Υπήρξαν, φυσικά, και διαφορετικές προσεγγίσεις της εν λόγω θεωρίας. Αυτές προϋπέθεταν διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης –σωματικές και ψυχολογικές– των απαιτήσεων που υπάρχουν και των αναγκαίων πόρων που είναι διαθέσιμοι στον εργαζόμενο. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η θεωρία αυτή έγινε επίκεντρο ουσιαστικών μελετών που εξέτασαν εμπειρικά τις διάφορες πλευρές της με διαφορετικά δείγματα και διαφορετικά θεωρητικά πλαίσια.

1.3 Η επαγγελματική εξουθένωση

Όπως και στην περίπτωση του στρες, κατά την περασμένη δεκαετία υπήρξε επίσης μία σταθερή ανάπτυξη της έρευνας σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Όμως, σε αντίθεση με την έρευνα για το στρες, η έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται πιο οργανωμένη και καθοδηγούμενη σε μεγάλο βαθμό από τη δουλειά των Maslach και Jackson [1]. Η επαγγελματική εξουθένωση προσεγγίστηκε ως σύνδρομο, προκαλούμενο κυρίως από το στρες που εκδηλώνεται με συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένο συναίσθημα για προσωπικά επιτεύγματα, ειδικά ανάμεσα σε επαγγέλματα κυρίως ανθρωπιστικού χαρακτήρα και κοινωνικής προσφοράς (π.χ. νοσηλεύτες). Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να διακριθεί από το στρες, καθότι η πρώτη έχει μακροχρόνιο χαρακτήρα, ενώ το δεύτερο συνήθως θεωρείται ως κάτι πιο παροδικό [38].

Στη διεθνή βιβλιογραφία, συναντάει κανείς πολλές μελέτες που υποστηρίζουν αυτήν την τρισδιάστατη αντίληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης [39]. Η ουσιαστική θεώρησή της την προσδιορίζει ως ένα «κατασκευάσμα» με κοινωνική διάσταση, αλλά την ίδια στιγμή έχει και συγκεκριμένους κλινικούς απόηχους. Πέρα από το τρισδιάστατο μοντέλο της Maslach, δημιουργήθηκαν και άλλα μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία αποτέλεσαν τη θεωρητική βάση για αρκετές έρευνες, ενώ προσπάθειες έχουν καταβληθεί προς την ενοποίηση αυτών των μοντέλων [40,41]. Όλα αυτά τα μοντέλα προσδίδουν ένα διαμεσολαβητικό ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση σε μία

διαδικασία η οποία καθιστά το στρες μαζί με τις διαπροσωπικές και εργασιακές του αιτίες ως προδρόμους της εργασιακής εξουθένωσης, που με τη σειρά της επιφέρει συγκεκριμένες αλλαγές της στάσης και της συμπεριφοράς των εργαζομένων [42]. Υπάρχουν αρκετές συζητήσεις στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τη διαστασιακή φύση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η κύρια αντιπαράθεση έχει επικεντρωθεί γύρω από τη σειρά των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης [41,27]. Στη δεκαετία του 1980 υπήρχε περιορισμένη εμπειρική υποστήριξη για τη διατύπωση της Maslach - σε αντίθεση με τη διατύπωση του Golembiewski - σχετικά με τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων [43]. Όσον αφορά την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ο Leiter [44,45] υποστήριξε ότι συνιστούν μία ξεχωριστή διάσταση, η οποία έχει την δική της αιτιολογία. Επιπλέον, οι Lee & Ashforth [43] πρότειναν ότι η αποπροσωποποίηση και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων μπορούν ταυτόχρονα να επακολουθήσουν της συναισθηματικής εξάντλησης. Σε μία πρόσφατη προσπάθεια να διευρυνθεί η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης, ώστε να περιλαμβάνει ανθρώπους εκτός του τομέα των ανθρωπιστικών επαγγελμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας, ο Leiter και ο Schaufeli [36] πρότειναν μια αναδιατύπωση των τριών διαστάσεων που περιλαμβάνει την εξάντληση, τον κυνισμό, και την επαγγελματική αποτελεσματικότητα (professional efficacy)¹.

Σχετικά με τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, υπήρξε σχεδόν απόλυτη ομοφωνία ανάμεσα στους περισσότερους ερευνητές υπέρ του MBI [47], αν και κάποιοι επιχειρήσαν να χρησιμοποιήσουν άλλα εργαλεία μέτρησης, είτε για λόγους σύγκρισης [40,46] ή λόγω της καταλληλότητάς τους προς χάριν του ερευνητικού στόχου, του δείγματος ή του ερευνητικού περιεχομένου [27,48]. Στην προσπάθειά τους να διευρύνουν την προοπτική του MBI πέρα από τον τομέα των ανθρωπιστικών επαγγελμάτων, οι Leiter και Schaufeli [46], τροποποίησαν την κλίμακα αφαιρώντας συγκεκριμένα στοιχεία από το MBI και προσθέτοντας κάποια άλλα. Το νέο αυτό όργανο μέτρησης ονομάστηκε MBI-GS [47]. Υπήρξαν επίσης σημαντικές προσπάθειες να καθιερωθεί η εγκυρότητα των μέτρων της επαγγελματικής εξουθένωσης [49,18]. Σε γενικές γραμμές εύκολα μπορεί να καταλήξει κανείς ότι το MBI δείχνει να έχει ισχυρή αξιοπιστία και εγκυρότητα [39,49,18].

Ένα μεγάλο μέρος των εμπειρικών μελετών εστιάζεται στα ανθρωπιστικά-κοινωνικά επαγγέλματα, όπως γιατροί, προσωπικό μονάδων υγείας, δάσκαλοι κ.τ.λ. . Όμως, υπήρξαν και περιστασιακές προσπάθειες να μελετηθούν και άλλα επαγγέλματα και να αποδειχθεί η ευπάθειά τους στην επαγγελματική εξουθένωση [43,18]. Εκτός από μερικές διαχρονικές (longitudinal) έρευνες [40], οι περισσότερες μελέτες ήταν

¹ Με τον όρο αποτελεσματικότητα (efficacy) νοείται η αυτοπεποίθηση που μπορεί να έχει ο εργαζόμενος για την ικανότητά του να συμπεριφέρεται με τρόπο που να αποδίδει σε επιθυμητά επίπεδα (Bandura 1977).

συγχρονικής (cross-sectional) φύσης. Ήταν επίσης βαθιά επηρεασμένες από το ψυχολογικό μοντέλο και είχαν δειγματοληπτική υφή. Μία αξιοσημείωτη εξέλιξη υπήρξε η προσπάθεια του Leiter να διευρύνει τις ερευνητικές προοπτικές της επαγγελματικής εξουθένωσης, αντιμετωπίζοντάς την ως μία συνεχή διαδικασία και όχι ως μια οριοθετημένη κατάσταση [41]. Σε αυτή τη συνεχή διαδικασία της επαγγελματικής εξουθένωσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η επαγγελματική ανάμειξη (professional involvement), η επαγγελματική αποτελεσματικότητα (professional efficacy) ή και η κρίση καριέρας του εργαζόμενου [41]. Παρόμοια, οι Ashforth και Lee κατέβαλαν σημαντική προσπάθεια να κατανοήσουν τη δυναμική της διαδικασίας της επαγγελματικής εξουθένωσης και τόνισαν τη σημασία ενσωμάτωσης της «εργασιακής εμπειρίας» των ανθρώπων σε διαφορετικά στάδια του εργασιακού τους βίου μέσα στη θεωρία της επαγγελματικής εξουθένωσης [50].

1.4 Κατάθλιψη

Αν και υπάρχει σημαντική σε εύρος και βάθος βιβλιογραφία σχετικά με την κατάθλιψη, η σύνδεση της με το εργασιακό περιβάλλον είναι σχετικά πρόσφατη. Η κατάθλιψη προσδιορίστηκε ως ένα σύνολο από αρνητικά συναισθήματα, αυτοκαταστροφικές σκέψεις, συναισθηματική κόπωση και κοινωνική παραίτηση [18]. Η εργασιακή κατάθλιψη δικαιολογημένα εξετάστηκε στο πλαίσιο της εργασιακής εξουθένωσης [28]. Οι λίγες μελέτες για την κατάθλιψη σε εργασιακό πλαίσιο καθοδηγήθηκαν από τις θεωρίες για το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση [51,52,53].

Αν και είναι δύσκολο να συναχθούν ασφαλή συμπεράσματα από τις μάλλον περιορισμένες μαρτυρίες των ερευνητών, φαίνεται ότι η εξέταση της κατάθλιψης στα πλαίσια της εργασίας εμπλουτίζει την κατανόηση για τη σχέση μεταξύ της εργασίας και της ψυχικής υγείας. Για τη μέτρηση της κατάθλιψης, οι μελέτες στηρίχθηκαν κυρίως στην κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης του Beck, η οποία καταδεικνύει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες για ένα ευρύ φάσμα πληθυσμού [54]. Άλλες μετρήσεις έχουν συμπεριλάβει την υποκλίμακα κατάθλιψης του GHQ- 12 [55,54].

Τα ζητήματα που κυριαρχούν στη διεθνή βιβλιογραφία στο ερευνητικό πεδίο της κατάθλιψης είναι τόσο εννοιολογικά όσο και μεθοδολογικά. Υπάρχουν θεωρητικά επιχειρήματα, που έχουν υποστηριχτεί από εμπειρικές μελέτες, οι οποίες προτείνουν πως οι έννοιες της κατάθλιψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης – συμπεριλαμβανομένων των τριών παραγόντων που την δομούν - είναι ουσιαστικά παρόμοιες [56].

Μερικοί ερευνητές προώθησαν την έννοια της "επαγγελματικής κατάθλιψης" ως μια πιο περιεκτική έννοια, η οποία συμπεριλαμβάνει κοινά στοιχεία της κατάθλιψης και

της επαγγελματικής εξουθένωσης [57]. Εντούτοις, αναγνωρίζοντας τις ομοιότητες μεταξύ των δύο εννοιών, οι Leiter και Durup επισήμαναν τη θεμελιώδη διαφορά μεταξύ τους [18]. Συγκεκριμένα, υποστήριξαν ότι ενώ η εξουθένωση είναι ένα κοινωνικό κατασκευάσμα, η κατάθλιψη έχει κλινικό χαρακτήρα που αντανακλά τις προσωπικές σκέψεις και τα συναισθήματα ενός ανθρώπου. Επομένως, η εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί ως ζήτημα που συνδέεται με το εργασιακό περιβάλλον, ενώ η κατάθλιψη είναι πιο σφαιρική ως έννοια και δεν έχει συγκεκριμένη επαγγελματική συνδεσιμότητα με το επαγγελματικό περιβάλλον [18]. Σε αυτό το πλαίσιο, οι Leiter και Durup παρουσίασαν εμπειρικά στοιχεία που καταδεικνύουν την ισχύ της διάκρισης μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης [18].

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο συλλογιστικής που προσπαθεί να διακρίνει την κατάθλιψη από την εξουθένωση αναδύεται το ερώτημα για τον τρόπο με τον οποίο η κατάθλιψη και η εξουθένωση δύναται να εντοπισθούν σε ένα μοντέλο ψυχικής υγείας, όπως επίσης και το ερώτημα ποια θα πρέπει να είναι τα κατάλληλα επίπεδα ανάλυσης των. Η προσπάθεια να βρεθεί μια κλινική έννοια σε ένα ουσιαστικό κοινωνικό-ψυχολογικό πλαίσιο φαίνεται ότι είναι αρκετά δύσκολη. Επιπλέον, η φύση της σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα θεωρητικά.

Μερικές ερωτήσεις όπως εάν η κατάθλιψη οδηγεί στην εξουθένωση ή αντίστροφα ή εάν και τα δύο έχουν κάποια κοινά και κάποια μοναδικά αίτια, έχουν αποτελέσει το επίκεντρο αρκετών μελετών.

1.5 Άγχος και ευημερία των εργαζομένων

Το άγχος (anxiety) και η ευημερία (well-being) αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως δείκτες της ψυχικής υγείας [58,53,25]. Σύμφωνα με τον Greenglass η κατάσταση του άγχους (state anxiety) περιγράφεται ως παροδικό (transitory) συναίσθημα, το οποίο είναι αποτέλεσμα του στρες και γίνεται ορατό από την ένταση, τη νευρικότητα, και την ανησυχία [58]. Από την άλλη πλευρά το γνώρισμα του άγχους (trait anxiety) θεωρείται ως μια μεμονωμένη διάθεση που φανερώνεται από αρνητικούς συναισθηματισμούς [53]. Και τα δύο, τόσο η κατάσταση του άγχους όσο και το ίδιο το γνώρισμα φαίνεται να συνδέονται με άλλες καταστάσεις, όπως η ψυχολογική πίεση (στρες), η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη, και δεν συνδέονται συγκεκριμένα με καμία ιδιαίτερη θεωρητική θέση. Για παράδειγμα η Maslach αναφέρει ότι έρευνες έχουν βρει ότι η εξουθένωση συνδέεται με την διάσταση του νευρωτισμού, ο οποίος περιλαμβάνει το γνώρισμα του άγχους και την κατάθλιψη [59]. Επίσης ο Turnipseed, χρησιμοποιώντας αμφότερες τις κλίμακες μέτρησης για την κατάσταση του άγχους και το γνώρισμα του

άγχους για να προβλέψει τις διαστάσεις του MBI, συμπέρανε ότι συμβάλλουν σημαντικά στην εξουθένωση και ειδικότερα στη συναισθηματική εξάντληση [60]. Το άγχος στην έρευνα της ψυχικής υγείας συνιστά μάλλον μια προβληματική μεταβλητή δεδομένου ότι η αντίστοιχη θεωρητική θέση που υπάρχει δεν φαίνεται να έχει αρθρωθεί με σαφή τρόπο. Χαρακτηριστικά, το άγχος αντιμετωπίζεται ως σύμπτωμα της ψυχικής υγείας [53]. Δημοφιλείς κλίμακες μέτρησης για το άγχος συνιστούν η κλίμακα παροδικού και μόνιμου άγχους (state- trait anxiety inventory) (Spielberger 1983) και ο πίνακας ελέγχου συμπτωμάτων Hopkins [25,61], αλλά υπάρχουν και άλλες μελέτες που χρησιμοποίησαν άλλες κλίμακες [25].

Η ευημερία αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως μια πιο συνολικοποιημένη έννοια, η οποία εμπεριέχει διάφορους παράγοντες, όπως η ικανοποίηση, η ποιότητα της ζωής και η φυσική και συναισθηματική υγεία. Οι συνηθισμένες κλίμακες που χρησιμοποιούνται για την ευημερία σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση είναι η κλίμακα GHQ, η JDI (Job Description Index) και η γνωστή MBI - κλίμακα προσωπικών επιτευγμάτων [55,48,1].

1.6 Αιτίες-Παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία των εργαζομένων

Όπως προαναφέρθηκε, ένα μεγάλο μέρος της έρευνας για το εργασιακό περιβάλλον και την ψυχική υγεία χρησιμοποίησε το πλαίσιο των προαναφερθέντων τεσσάρων ψυχοσωματικών καταστάσεων δηλαδή στρες, εξουθένωση, κατάθλιψη, άγχος-ευημερία. Συγκεκριμένα, το τυπικό τμήμα αυτών των ερευνών ασχολείται με τον εντοπισμό των παραγόντων που συνδέονται με προσωπικούς -των εργαζομένων- και εργασιακούς παράγοντες. Οι προσωπικοί παράγοντες υποδιαιρούνται περαιτέρω στα γνωρίσματα της προσωπικότητας, στο φύλο και σε άλλα δημογραφικά στοιχεία (εισόδημα, μόρφωση), ενώ οι εργασιακοί παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας (job stressors), τη στήριξη των εργαζομένων και τις ευκαιρίες για τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών [62].

Μερικοί από τους σημαντικούς παράγοντες που αφορούν την προσωπικότητα είναι το άγχος [53], η προσωπικότητα τύπου A [52], η διαθέσιμη ανθεκτικότητα (hardiness) του εργαζομένου στο στρες, [48] και η αίσθηση ελέγχου (locus of control) που διαθέτουν (ή όχι) οι εργαζόμενοι αναφορικά με τις καταστάσεις που αντιμετωπίζουν [63]. Είναι γεγονός ότι στη διάρκεια της δεκαετίας του '90 συναντώνται στη βιβλιογραφία εργασίες στις οποίες παρουσιάζεται μια κοινή και ολοκληρωμένη προσπάθεια από τους διάφορους ερευνητές. Ο στόχος αυτών των προσπαθειών είναι η ενσωμάτωση των μεταβλητών της προσωπικότητας, σε ένα θεωρητικό πλαίσιο, το οποίο να εκπέμπει ένα

ουσιαστικό και σημαντικό νόημα που θα συμβάλλει περισσότερο στην εμπειρική έρευνα των παραγόντων που επιδρούν στην ψυχική υγεία των εργαζομένων [52].

Οι μαρτυρίες των διαφόρων εμπειρικών ερευνών καταδεικνύουν ότι η προσωπικότητα μπορεί να έχει σημαντικό μερίδιο στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας [29].

Το φύλο έχει χρησιμοποιηθεί συστηματικά σε διάφορες μελέτες [64]. Αρκετές μελέτες εστιάστηκαν στις διαφορές των δύο φύλων έχοντας ως σημείο αναφοράς και σχέσης ορισμένους τομείς της ψυχικής υγείας, όπως το στρες και τις συσχετίσεις του μεταξύ γυναικών και ανδρών μέσα στο εργασιακό περιβάλλον τους [65,66]. Μερικές μελέτες εστιάστηκαν σε έρευνες που το δείγμα τους αποτελούνταν αποκλειστικά από άτομα γένους θηλυκού για να εξετάσουν το στρες, την κατάθλιψη, τις αιτίες, τις συνέπειες, καθώς και την κοινωνική υποστήριξη και τις στρατηγικές αντιμετώπισης όλων αυτών των προβλημάτων υγείας [33,67].

Σε παλαιότερες μελέτες ο ρόλος του φύλου συνιστούσε ένα από τα κυρίαρχα επεξηγηματικά πλαίσια για την ψυχική υγεία [67]. Ωστόσο, έχουν υπάρξει μεταγενέστερες προσπάθειες να χωριστούν τα αποτελέσματα που έχουν να κάνουν με την επίδραση του φύλου από το ρόλο του [65]. Εντούτοις, δεν υπήρξαν κάποια καλά τεκμηριωμένα συμπεράσματα όσον αφορά τον αντίκτυπο του φύλου στην ψυχική υγεία. Κάποιες μελέτες βρήκαν ότι ο αντίκτυπος αυτός είναι παρόμοιος και για τα δύο φύλα [66] και ενώ κάποιες άλλες βρήκαν ότι είναι διαφορετικός [67].

Πέρα από το φύλο, διάφορες μελέτες χρησιμοποίησαν τις αποκαλούμενες παραδοσιακές δημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση και η επαγγελματική εμπειρία, αλλά απέτυχαν να παρουσιάσουν συμπεράσματα για τη σχέση τους με τις μεταβλητές που εκπροσωπούν την ψυχική υγεία. Στην περίπτωση του φύλου και των δημογραφικών μεταβλητών, τα ατελέσφορα συμπεράσματα μπορούν να αποδοθούν κατά ένα μεγάλο μέρος στη έλλειψη πειστικών θεωρητικών επιχειρημάτων για να υποστηριχθεί η εμπειρική έρευνα.

Η επιλογή της εργασίας και οι διάφοροι παράγοντες που συνδέονται με το περιβάλλον εργασίας θεωρούνται ως παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Οι διάφορες θεωρίες αλλά και τα μοντέλα που τις συνοδεύουν (π.χ. το πρότυπο Cherniss, το «μοντέλο απαιτήσεων-πόρων» και το μοντέλο του Karasek), φαίνεται να έχουν επηρεάσει την επιλογή των παραγόντων που συνιστούν τις αιτίες για την κατάσταση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Οι παράγοντες που σχετίζονται με το ρόλο του εργαζόμενου όπως η ασάφεια ρόλου, η σύγκρουση ενός συγκεκριμένου ρόλου με κάποιον άλλο και η υπερφόρτωση ρόλου μαζί

με τις παραλλαγές του (π.χ. σαφήνεια ρόλου, δικαιοσύνη ρόλου, πίεση ρόλου, πίεση εργασίας) είναι γνωστό πως επηρεάζουν το στρες και την εξουθένωση.

Συγκεκριμένα, οι μελέτες που έγιναν και αφορούσαν τη συγκρουσιακή –συχνά– σχέση μεταξύ εργασιακού και οικογενειακού περιβάλλοντος, έχουν συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της σύγκρουσης αυτών των ρόλων και του αντίκτυπου που έχουν στην ψυχική υγεία των εργαζομένων και στην ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας [68]. Άλλες σχετικές με την απασχόληση μεταβλητές, όπως η αυτονομία, η πρόκληση για νέες εργασίες και καθήκοντα, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η χρησιμοποίηση ικανοτήτων, ο προσανατολισμός στόχου ή ευθύνης και η ανατροφοδότηση πληροφόρησης για το έργο που παράγεται, θεωρήθηκε επίσης πως επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων σε σημαντικό βαθμό [26,62].

Η υποστήριξη, όπως για παράδειγμα η κοινωνική υποστήριξη, η εργασιακή υποστήριξη κ.λ.π., περιγράφεται επίσης ως ένας μεσολαβητικός παράγοντας που ευνοεί την ψυχική υγεία [48,40,69,33].

1.7 Παράγοντες –Μεσολαβητές της ψυχικής υγείας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντώνται αρκετές μελέτες που διερευνούν τους παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία και τη σχέση που έχουν με αυτή. Ωστόσο, λίγες μπορούν να θεωρηθούν οι μελέτες που ασχολούνται εμπειρικά με τις συνέπειες που έχει η κατάσταση της ψυχικής υγείας του εργαζόμενου στην ίδια του την εργασία. Επίσης οι περισσότερες έρευνες φαίνεται ότι ακολούθησαν μια αντικρουόμενη θεωρητική συλλογιστική που βασιζόταν σε διάφορες θεωρίες και μοντέλα [70]. Τα μοντέλα αυτά οδήγησαν σε αποτελέσματα που είχαν να κάνουν με την ικανοποίηση από την εργασία, τη δέσμευση των εργαζομένων στην επιχείρηση ή τον οργανισμό, την πρόθεση να απουσιάσουν, την ψυχοσωματική αδιαθεσία και την απόδοση των εργαζομένων [40]. Αν και υπήρχαν διαφορές στο μέγεθος της επίδρασης που είχαν οι διάφορες πτυχές (π.χ. εξουθένωση, κατάθλιψη κ.τ.λ.) της ψυχικής υγείας στα προαναφερθέντα αποτελέσματα, έγινε αρκετά εμφανές ότι οι διάφορες αυτές πτυχές επηρεάζουν την εργασιακή συμπεριφορά, ειδικά σε τομείς όπως η εργασιακή ικανοποίηση, η δέσμευση και ιδιαίτερα η πρόθεση των εργαζομένων να μην απουσιάζουν [52,71]. Η επίδραση των παραγόντων της ψυχικής υγείας στην παρουσία των εργαζομένων στην εργασία τους όπως και στη συστηματική απουσία, η συμπεριφορά αντιμετώπισης εργασιακών καταστάσεων, οι ψυχοσωματικές ασθένειες και η εργασιακή απόδοση, βρέθηκαν επίσης εξίσου σημαντικοί παράγοντες [37,62,72,73].

Υπάρχουν αρκετές έρευνες που ασχολήθηκαν με τους παράγοντες που επιδρούν διαμεσολαβητικά στην ψυχική υγεία του ατόμου [73]. Αυτοί οι παράγοντες είναι η μορφή

συμπεριφοράς Τύπου Α, η σκληραγώγηση, η δυνατότητα του εργαζόμενου να ελέγχει καταστάσεις, η κοινωνική υποστήριξη, οι οποίοι μετριάζουν την αρνητική επίδραση της εξουθένωσης ή της κατάθλιψης στην ψυχική υγεία [43,74,75]. Η θεωρία της προσωπικότητας [76,77] και η υπόθεση της προφύλαξης (buffering hypothesis) εμφανίζονται ως οι επικρατέστερες στη βιβλιογραφία [74,59]. Η πρώτη υποθέτει ότι οι μεταβλητές της προσωπικότητας όπως η συμπεριφορά Τύπου Α, η σκληραγώγηση και η δυνατότητα του ατόμου να ελέγξει καταστάσεις, είτε θα ανακουφίσουν, είτε θα αυξήσουν αρνητικά τη σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και των παραγόντων που την επηρεάζουν [78]. Επιπλέον επιβεβαιώνεται ότι η χειροτέρευση της ψυχικής υγείας και οι αρνητικές της συνέπειες είναι πιο συχνές ανάμεσα σε αυτούς που λαμβάνουν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης [78,77]. Το μοντέλο Karasek επίσης προτείνει ένα αλληλεπιδραστικό αποτέλεσμα μεταξύ των ερεθισμάτων ψυχολογικής πίεσης και των αποτελεσμάτων τους [30]. Παρόλα αυτά, με εξαίρεση κάποιες εμπειρικές έρευνες [53,79], οι υπόλοιπες που εξετάζουν τους παράγοντες μεσολάβησης δεν φαίνεται να έχουν επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα όσον αφορά τους όρους αλληλεπίδρασης τους και τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία [43].

Στη βιβλιογραφία της ψυχικής υγείας, αποκαλύπτονται διάφορα προβλήματα ερευνητικού τύπου, τα οποία έχουν να κάνουν με το ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης ως μεσολαβητικό παράγοντα [23,77]. Η εμπειρική έρευνα, τόσο η παλαιότερη όσο και η πιο πρόσφατη, φαίνεται να προτείνει ότι ο αντίκτυπος της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία πρέπει να διαδραματίσει έναν πιο συγκεκριμένο ρόλο και όχι τόσο γενικό [80]. Κατά συνέπεια, η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης ως μεσολαβητής χρειάστηκε περαιτέρω διευκρίνιση προκειμένου να είναι χρήσιμη. Πράγματι τα τελευταία χρόνια στις διάφορες έρευνες η κοινωνική υποστήριξη χωρίστηκε σε μικρότερες μονάδες όπως υποστήριξη προϊσταμένων, υποστήριξη συναδέλφων, οικογενειακή υποστήριξη, κ.λπ., προκειμένου να διευκρινιστούν οι διαφορετικές επιδράσεις της. Ωστόσο, ίσως θα πρέπει να διερευνηθεί με σαφέστερο τρόπο η διαδικασία μέσα από την οποία η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει την ψυχική υγεία [81]. Όπως και να έχει, σε ένα ευρύτερο επίπεδο, είναι σημαντικό να εξετάζεται ο ρόλος αυτών των μεσολαβητικών παραγόντων γενικότερα στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας.

1.8 Η επαγγελματική εξουθένωση και η επαγγελματική ικανοποίηση.

Στη βιβλιογραφία υπάρχει σημαντικός αριθμός μελετών που προτείνουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των επιπέδων της εργασιακής ικανοποίησης και της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέθηκε εντονότερα με τα

διανοητικά/ψυχολογικά προβλήματα, ενώ αρκετά ισχυρές συσχετίσεις βρέθηκαν επίσης με την εξουθένωση, με την κατάθλιψη και το άγχος [71]. Οι σχέσεις που βρέθηκαν πρότειναν ότι το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης είναι σημαντικός παράγοντας επιρροής της υγείας των εργαζομένων.

Η ικανοποίηση από την εργασία ορίζεται ως η «ισορροπία μεταξύ των παραγόντων του άγχους της εργασίας και των ανταμοιβών» [82]. Ο Locke έχει περιγράψει την ικανοποίηση από την εργασία ως εξής :

«... μια ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση ως αποτέλεσμα της αξιολόγησης της εργασίας ή της εργασιακής εμπειρίας κάποιου. Η ικανοποίηση από την εργασία προκύπτει από την αντίληψη ότι η εργασία κάποιου εκπληρώνει ή επιτρέπει την εκπλήρωση των σημαντικών εργασιακών αξιών του , με δεδομένο ότι οι αξίες αυτές, ως ένα βαθμό, είναι σύμφωνες με τις ανάγκες του» [83].

Οι Tovey και ο Adams αναφέρουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση είναι στην ουσία μια προσωπική εμπειρία και οι πηγές ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας ενδέχεται να ποικίλουν μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποτελεί και ένα λόγο για τον οποίο η διεθνής βιβλιογραφία δεν παρουσιάζει μία σαφή εικόνα ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση. Εντούτοις, αυτό δεν σημαίνει ότι οι διαφορές των πηγών της ικανοποίησης είναι παρά πολύ σημαντικές μεταξύ τους [83].

Σύμφωνα με την θεωρία του Maslow (1954) υπάρχει μια ιεραρχία πέντε επιπέδων των ανθρώπινων αναγκών, όπου στη βάση βρίσκονται οι βασικές φυσιολογικές ανάγκες του ανθρώπου και στην κορυφή η ανάγκη για αυτοπραγμάτωση. Οι Tovey και ο Adams πρεσβεύουν ότι ένας γνωστός παράγοντας για την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών είναι η «μη ικανοποιηθείσα ανάγκη τους για την προσωπική τους ανάπτυξη και την πρόοδο σταδιοδρομίας». Σύμφωνα με την ιεραρχία του Maslow αυτή η ανάγκη κατατάσσεται στο πέμπτο επίπεδο αναγκών [83].

Οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί φαίνεται να έχουν παραβλέψει αυτήν την αναγκαία ισορροπία, καθώς η έλλειψη επένδυσης από πλευράς τους στο προσωπικό και ειδικά στον τομέα ανταμοιβής, έχει συνδεθεί με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία [83], αποτέλεσμα που είναι ζωτικής σημασίας για τους νοσηλευτές, ώστε να διατηρηθούν επαγγελματικά στον χώρο υγείας [84].

Η εξειδίκευση έχει παρουσιαστεί στις μελέτες ως σημαντικός παράγοντας που συνεισφέρει στην επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού [84]. Επίσης οι νοσηλευτές που αισθάνονται ότι μπορούν να έχουν θέση στις προαγωγές είναι πιο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους συναδέλφους τους [83]. Σε έρευνα των Barrett και Myrick, αναφέρεται ότι οι Burton και Burton επιβεβαιώνουν ότι η επαγγελματική

ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού πηγάζει από την αυτοεκπλήρωση και από το συναίσθημα του επιτεύγματος ή της ολοκλήρωσης [85].

Μια άλλη θεωρία ικανοποίησης από την εργασία είναι αυτή των δύο παραγόντων υποκίνησης του Herzberg (1959). Η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια σε αυτή τη θεωρία βασίζεται σε δύο ομάδες παραγόντων. Οι πρώτοι παράγοντες που αποκαλούνται και υποκινητές (motivators) αποτελούν τις συνιστώσες της επαγγελματικής ικανοποίησης. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να αφορούν τα προσωπικά επιτεύγματα, την αναγνώριση, την υπευθυνότητα, αλλά και το ίδιο το περιεχόμενο της εργασίας. Η δεύτερη ομάδα παραγόντων που αποκαλούνται εξωγενείς αποτελούν τις συνισταμένες της μη ύπαρξης επαγγελματικής ικανοποίησης. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι η πολιτική της επιχείρησης, ο τρόπος διοίκησής της, η επίβλεψη, ο μισθός, οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι συνθήκες εργασίας. Ένα μεγάλο μέρος της έρευνας για την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών στρέφεται στους εξωγενείς παράγοντες [83].

Ενδεχομένως, μεγαλύτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στους παράγοντες υποκίνησης καθώς εμφανίζουν την μεγαλύτερη συσχέτιση με την ικανοποίηση. Έχει αναφερθεί ότι η ικανοποίηση από την εργασία συσχετίζεται αρνητικά σε μεγάλο βαθμό με το άγχος, ενώ θετικά με το δέσιμο που αποκτά ο εργαζόμενος με την επιχείρηση ή τον οργανισμό [86]. Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει επίσης θετική συσχέτιση με την επικοινωνία από και προς τους ανώτερους, με την αυτονομία των εργαζομένων και με την αναγνώριση το έργου τους. Ένας ακόμη ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης αποδείχθηκε ότι είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας [82].

Σε γενικές γραμμές η επαγγελματική ικανοποίηση επηρεάζεται θετικά από τις προκλήσεις που αναδύουν τα ίδια τα εργασιακά καθήκοντα, την αυτονομία που έχει ο εργαζόμενος, την υποστήριξη από τους προϊσταμένους του, την αίσθηση ότι εκτιμάται το έργο του και από την επικοινωνία και τη συνοχή με τους συνεργάτες τους [82].

Οι Corey-Lisle et al [82], αναφέρουν έρευνα που βρήκε ότι το μεγαλύτερο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης προέρχεται από την ενθάρρυνση και στήριξη που παρέχει το επιχειρησιακό περιβάλλον [84]. Περαιτέρω, υποστηρίζουν ότι μπορεί να υπάρξει θετική επιρροή στην επαγγελματική ικανοποίηση όταν το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί μια αλλαγή στο χώρο εργασίας του ως μια ευκαιρία να εξελιχθεί, να έχει περισσότερη αυτονομία, μεγαλύτερη υποκίνηση, αλλά και συνοχή με τους υπόλοιπους εργαζόμενους.

Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση των Burnand et al αναφέρεται πλήθος μελετών στις οποίες βρέθηκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση :

- συσχετίζεται με την απόδοση των εργαζομένων
- στο χώρο της υγείας είναι μεγαλύτερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες

- επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την αμοιβή, η οποία έρχεται πρώτη στην κατάταξη όταν συγκρίνεται με άλλους παράγοντες όπως η διοικητική υποστήριξη, η ελευθερία στην έκφραση και η επαγγελματική εξέλιξη.
- επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το δίδυμο αμοιβή και αυτονομία των εργαζομένων, ενώ σε μικρότερο βαθμό από τις πολιτικές της επιχείρησης και από τις απαιτήσεις της εργασίας.
- επηρεάζεται αρνητικά από τις προοπτικές εξέλιξης του νοσηλευτικού προσωπικού.
- μειώνεται όταν δημιουργούνται δυσμενείς ψυχολογικές καταστάσεις, λόγω των άσχημων σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων.
- επηρεάζεται θετικά όταν οι εργαζόμενοι λαμβάνουν μέρος στη λήψη αποφάσεων και
- επηρεάζεται από τη γενικότερη κουλτούρα και το διοικητικό κλίμα που επικρατεί στη μονάδα υγείας[86].

Ωστόσο μελέτες έχουν δείξει [86], ότι οι διοικήσεις των μονάδων πριν αποφασίσουν για μέτρα με στόχο την αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων τους, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους παράγοντες που την επηρεάζουν και να διαμορφώνουν τις πολιτικές τους ανάλογα. Αποτυχία σε αυτόν τον τομέα θα σημάνει εξουθένωση στο προσωπικό και χαμηλό επίπεδο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών [86].

Στο χώρο των ψυχιατρικών νοσηλευτικών μονάδων υπάρχουν επίσης σημαντικές έρευνες, οι οποίες έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερο είναι το νοσοκομείο σε μέγεθος τόσο μικρότερη η ικανοποίηση των εργαζομένων [86]. Άλλοι παράγοντες επιρροής στην επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών μονάδων ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν:

- Τον τρόπο με τον οποίο το ιατρικό προσωπικό αλληλεπιδρά με το νοσηλευτικό προσωπικό. Σε μεγάλες σε μέγεθος νοσηλευτικές μονάδες υπάρχει μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και αυτό οδηγεί σε μικρότερη εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών .
- Την άμεση ενημέρωση (μέσω επαναπληροφόρησης) από τα διοικητικά στελέχη προς τους νοσηλευτές για τα αποτελέσματα των προσπαθειών που καταβάλλουν.
- Την τακτή αλληλεπίδραση μεταξύ των νοσηλευτών, τόσο σε επίσημο όσο και σε μη επίσημο επίπεδο, αλλά και τη συχνή επαφή με τα ανώτερα στελέχη.

- Τη σπουδαιότητα της αμοιβής.
- Την αναγνώριση της σπουδαιότητας του έργου των νοσηλευτών για την υγεία των νοσηλευόμενων και την έμφαση στη συνεχή επιμόρφωση και εκπαίδευσή τους[86].

Ο Dolan, εξέτασε τη σχέση μεταξύ εξουθένωσης και εργασιακής ικανοποίησης σε νοσηλευτικό προσωπικό και βρήκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί αξιόπιστο δείκτη επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα αυτά ταυτίζονται με τα ευρήματα των Pines & Kanner στον Dolan [87]. Το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης και μεγαλύτερα επίπεδα εξουθένωσης σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό των νοσοκομείων. Το συμπέρασμα που εξήχθη ήταν ότι η ψυχολογική πίεση (stress), η οποία οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση προκλήθηκε πρώτον από τις απαιτήσεις του φόρτου εργασίας, όπου συγκεκριμένα εργασιακά πρότυπα δεν ικανοποιήθηκαν, δεύτερον από την ανικανότητα να ικανοποιηθούν τα αιτήματα των ασθενών με αποτέλεσμα τη δημιουργία συναισθημάτων ενοχής και δυσαρέσκειας και τρίτον από τη δυσκολία που παρουσίασαν οι εργαζόμενοι στο να προσπαθήσουν να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις φυσικές και ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών.

Σε ένα ακόμη άρθρο που συντάχθηκε από τον Fletcher [88], εξετάστηκε όχι απλά η ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους, αλλά και η δυσαρέσκειά τους. Τα ερωτηματολόγια ταχυδρομήθηκαν σε 5.192 εγγεγραμμένες νοσηλεύτριες εκ των οποίων τα 1.780 επιστράφηκαν συμπληρωμένα. Οι ερευνητές εξέτασαν την ικανοποίηση από την εργασία, την ικανοποίηση και την ασφάλεια των ασθενών, το ρόλο του προϊσταμένου και την πρόθεση των νοσηλευτών να παραμείνουν στο χώρο της φροντίδας υγείας. Η ικανοποίηση από την εργασία αξιολογήθηκε σε διάφορα επίπεδα, τα οποία αφορούσαν τα κέρδη της νοσηλευτικής μονάδας, την απόδοση εργασίας, τις εγγενείς αξίες της εργασίας, καθώς και ζητήματα φροντίδας των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το προσωπικό διακατέχεται από ένα αίσθημα υποτίμησης της εργασίας του και μάλιστα αισθάνεται αγανακτισμένο, διότι αντιλαμβάνεται ότι το οικονομικό κέρδος τοποθετείται πιο ψηλά από του ασθενείς [88]. Όσον αφορά την εργασιακή απόδοση των συναδέλφων τους πολλοί δήλωσαν ότι είχαν υψηλότερες προσδοκίες από αυτούς και στην πορεία απογοητεύτηκαν. Επιπλέον, οι αξίες της εργασίας των νοσηλευτών φαίνεται ότι αντλούνται από την παροχή φροντίδας και από το γεγονός ότι με τις υπηρεσίες που προσφέρουν βελτιώνουν την υγεία των ασθενών τους. Κατά εξέταση των ζητημάτων φροντίδας προς τους ασθενείς, εκφράστηκε η ανησυχία σχετικά με την ιδέα ότι η φροντίδα των ασθενών δεν είναι στα επίπεδα που θα έπρεπε, λόγω των οργανωτικών

αλλαγών που σχετίζονται με την επάνδρωση και την ανάθεση καθηκόντων στους νοσηλευτές [88].

Η έρευνα των Ersin Ukun et al (2005) επικεντρώθηκε στο προσωπικό των νοσηλευτικών μονάδων και συσχέτισε τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης με την ικανοποίηση από την εργασία. Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν ότι υπάρχει σημαντική σχέση της ικανοποίησης με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Ειδικότερα, η ικανοποίηση σχετίζεται θετικά με τα προσωπικά επιτεύγματα και αρνητικά με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση. Όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση από την εργασία τόσο μικρότερα τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού. Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε και η μελέτη των Tabolli και συν, που αφορούσε νοσηλευτές ενός γενικού νοσοκομείου στην Ιταλία. Εν κατακλείδι, η υψηλή ικανοποίηση από την εργασία λειτουργεί προστατευτικά έναντι της επαγγελματικής εξουθένωσης [89].

1.9 Περίληψη-συμπεράσματα

Στο παρόν κεφάλαιο, διεξάγεται μια διερευνητική προσέγγιση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Ειδικότερα, η προσέγγιση αυτή περιέλαβε την εξέταση θεωρητικών και εμπειρικών μελετών σχετικά με το στρες, την εξουθένωση, την κατάθλιψη, το άγχος και την ευημερία των εργαζομένων. Πραγματοποιήθηκε αναφορά σε έρευνες που συνδέουν τις αιτίες και τις επιπτώσεις της ψυχικής υγείας, ενώ ταυτόχρονα αξιολογήθηκαν οι διάφοροι παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία. Στόχος ήταν η δημιουργία μιας εικόνας για την εμπειρική βιωσιμότητά τους και της θεωρητικής τους χρησιμότητας. Οι ερμηνείες που στηρίζουν την αιτιολογία της ψυχικής υγείας φαίνεται ότι έχουν βρει εύφορο έδαφος στη διαφορετικότητα των προσωπικών χαρακτηριστικών που διέπουν τους εργαζόμενους και στο εργασιακό περιβάλλον συμπεριλαμβανομένης της ίδιας της εργασίας. Παρομοίως, οι επιπτώσεις της ψυχικής υγείας καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα που σχετίζεται με συμπεριφοριστικούς παράγοντες όπως η εργασιακή ικανοποίηση, η προσήλωση του εργαζομένου στην εργασία του, η απόδοσή του, η επιθυμία του να μην απουσιάζει, καθώς και με σωματικές ασθένειες.

Σε γενικές γραμμές, υποστηρίζεται στη διεθνή έρευνα ότι τόσο οι προσωπικοί όσο και οι εργασιακοί παράγοντες, επηρεάζουν την ψυχική υγεία με διάφορους τρόπους. Αυτοί οι παράγοντες που αφορούν την προσωπικότητα και το εργασιακό περιβάλλον έχουν μετρηθεί με τη χρήση καλά τεκμηριωμένων εργαλείων. Η έρευνα επίσης, εκτός των προσωπικών παραγόντων, καταδεικνύει και τη σημασία που έχουν οι παράγοντες που αφορούν την ίδια την εργασία. Εντούτοις, δεν φαίνεται να υπάρχει μεγάλη σύγκλιση

σχετικά με κάποιες μεταβλητές και την επιρροή που ασκούν στην ψυχική υγεία. Ενδεχομένως να χρειάζεται περισσότερη ερευνητική εργασία στο συγκεκριμένο πεδίο. Επιπλέον ένα μεγάλο μέρος των ερευνών που αναφέρονται στο παρόν κεφάλαιο εξετάζει τον αντίκτυπο των προσωπικών και σχετικών με την εργασία παραγόντων στην ψυχική υγεία σαν να ήταν ανεξάρτητοι ο ένας από τον άλλον. Ωστόσο, έρευνες έχουν τεκμηριώσει ότι οι προσωπικοί και εργασιακοί παράγοντες μπορούν και αλληλεπιδρούν ο ένας με τον άλλον, και ότι στην πραγματικότητα η αλληλεπίδραση αυτή είναι συχνά ισχυρότερη από τις ανεξάρτητες επιδράσεις [90].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Επαγγελματική Εξουθένωση

2.1 Εισαγωγή.

Η παρούσα ενότητα εστιάζεται στο εννοιολογικό περιεχόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και στις αιτίες και επιπτώσεις της. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αρχίζει με μια ανάλυση των σημαντικότερων εννοιολογικών προσεγγίσεων για την επαγγελματική εξουθένωση και κατόπιν συνεχίζεται με τις αιτίες που την προκαλούν και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, τόσο σε προσωπικό επίπεδο, όσο και στο στενό αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον.

Λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και τη διαμάχη για ένα λειτουργικό καθορισμό της η εννοιολογική ανάλυση θεωρήθηκε ουσιαστική για την κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης [59].

Στη συνέχεια εξετάζεται η σχετική διεθνής βιβλιογραφία για την έρευνα της επαγγελματικής εξουθένωσης και γίνεται ένας διαχωρισμός σε τρεις διακριτές φάσεις. Η πρώτη φάση ξεκινά από τα μέσα της δεκαετίας του 1970. Σε αυτή την φάση η διεθνής έρευνα φαίνεται να επικεντρώνεται στην ανίχνευση και περιγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην προσπάθεια σύνδεσής της με τους παράγοντες που την επηρεάζουν.

Η δεύτερη φάση συναντάται στις αρχές της δεκαετίας του '80, όπου εμφανίζονται οι πρώτες εμπειρικές μελέτες, που έχουν στόχο την τεκμηρίωση, αλλά και τη διεύρυνση των θεωριών που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση. Στα μέσα της δεκαετίας του '80 και μετά το 1981, οπότε έκανε την εμφάνισή της η κλίμακα μέτρησης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach παρουσιάζεται πλήθος ερευνών με εμπειρικό περιεχόμενο. Σε αυτή τη δεύτερη φάση, όπου φαίνεται να διαρκεί σχεδόν μια δεκαετία, εκτός των εμπειρικών μελετών, δημιουργούνται νέες κλίμακες μέτρησης, όχι μόνο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά και άλλων καταστάσεων υγείας όπως της κατάθλιψης, του άγχους κ.τ.λ.

Στη δεκαετία του '90, η χρήση υπολογιστών έγινε εκτενέστερη γεγονός που βοήθησε στη χρήση περίπλοκων στατιστικών μεθόδων, αλλά και στη γρήγορη εξάπλωση πληροφόρησης για την επαγγελματική εξουθένωση μέσω του διαδικτύου. Από το μέσο της δεκαετίας του '90 η διεθνής έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση παίρνει κατευθύνσεις και σε άλλα επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών όπως στρατιωτικοί, αστυνομικοί, εκπαιδευτικοί, ανώτερα στελέχη επιχειρήσεων, πωλητές κ.α. Το σημαντικό στοιχείο, που διαφαίνεται σε αυτή την τρίτη φάση είναι ότι, αφενός δημιουργούνται

διαχρονικές μελέτες, στις οποίες εξετάζεται η επαγγελματική εξουθένωση σε διαφορετικούς χρόνους κάτω από συγκεκριμένες δυναμικές συνθήκες και αφετέρου συντάσσονται υβριδικές μελέτες υπό την έννοια ότι περιλαμβάνουν στο θεματικό τους πυρήνα και άλλες καταστάσεις υγείας εκτός της εξουθένωσης. Σε αυτή τη δευτερη κατηγορία μελετών εμπίπτει η παρούσα έρευνα, της οποίας ο θεματικός πυρήνας στοιχειοθετείται από την επαγγελματική εξουθένωση και την κατάθλιψη.

Ας σημειωθεί και όπως υπογραμμίζεται από τους ερευνητές Kee et al υπάρχει έλλειψη εμπειρικών ερευνών σχετικά με την εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Η έλλειψη αυτή τείνει να γίνεται περισσότερο εμφανής στην προσπάθεια ανεύρεσης μελετών που αφορούν αμφότερες την εξουθένωση και την κατάθλιψη στους εργαζόμενους του τομέα ψυχικής υγείας [5].

Οι τρεις ενότητες που ακολουθούν εστιάζονται κυρίως, η μεν πρώτη στην επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων σε μονάδες υγείας, η δεύτερη στην επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων σε μονάδες υγείας και ψυχικής υγείας και η τρίτη στην επαγγελματική εξουθένωση και τη σχέση που έχει με την κατάθλιψη.

2.2 Προσδιορισμός του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με τον Kulkarni, η εξουθένωση δεν αποτελεί ένα καινούργιο σύνδρομο. Η ύπαρξή της μπορεί να ανιχνευτεί αρκετά χρόνια πριν, στο έργο του Σαίξπηρ «Ο παθιασμένος προσκυνητής» (The passionate Pilgrim). Ωστόσο το πρόβλημα της εξουθένωσης ήρθε στο προσκήνιο τα τελευταία 30 χρόνια[2].

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει ορισθεί στη διεθνή έρευνα ποικιλοτρόπως. Ένας από τους ευρύτερα αποδεκτούς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης, διατυπώθηκε από την Maslach, η οποία περιγράφει το φαινόμενο ως ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης [47]. Ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς, παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του [47].

Ένας αρκετά ολοκληρωμένος ορισμός δίνεται από τους Pines & Aronson (1988, σελ. 11-13), όπου η επαγγελματική εξουθένωση προσδιορίζεται "ως μια φυσική, συναισθηματική και ψυχική κατάσταση, η οποία προκαλείται από μια μακρόχρονη ανάμειξη του ατόμου σε συγκυρίες που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή" [93].

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» χρησιμοποιείται και σήμερα συχνά ανάμεσα στους εργαζόμενους. Συνιστά μια μορφή απάντησης στην πίεση που δέχεται ο εργαζόμενος, ο οποίος εμπλέκεται επαγγελματικά, στενά και εντατικά, με άλλους ανθρώπους και με τα προβλήματά τους κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Παραδοσιακά,

η εξουθένωση θεωρήθηκε ότι παρουσιάζεται στα επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής ωφέλειας, όπως οι νοσηλευτές και οι δάσκαλοι. Παρόλα αυτά σήμερα το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης συνιστά ένα θέμα που είναι ευρέως διαδεδομένο και σε άλλα επαγγέλματα, αλλά και μέσα στην ίδια την οικογενειακή ζωή.

Εως σήμερα έχουν δοθεί δεκάδες ορισμοί για την επαγγελματική εξουθένωση, φανερώνοντας κατά αυτό τον τρόπο και τις δυσκολίες που υπάρχουν για τον ακριβή προσδιορισμό της [59,2].

Αρχικά οι διάφοροι ερευνητές εξέταζαν την επαγγελματική εξουθένωση από συναισθηματική προοπτική [3] και τη θεώρησαν ως ένα είδος υποχονδριακής κατάστασης που δημιουργούνταν προσωρινά στους εργαζόμενους και σύντομα εξαφανίζονταν [59]. Επιπλέον, υπήρχε μικρή συμφωνία ως προς το περιεχόμενο των ορισμών [59].

Οι ορισμοί αυτοί περιελάμβαναν όρους όπως συναισθηματική εξάντληση, κυνισμός, χαμηλό ηθικό, αϋπνία, αποπροσωποποίηση, μείωση προσωπικών επιτευγμάτων, χαμηλή παραγωγικότητα, μειωμένη αίσθηση για εξυπηρέτηση προς τους πελάτες και σωματική εξάντληση [91,59,92].

Οι λόγοι δυσκολίας προσδιορισμού της επαγγελματικής εξουθένωσης ποικίλουν. Μέσα από τη βιβλιογραφία δύναται να εντοπιστούν κάποιοι σημαντικοί παράγοντες που επηρέασαν τον εντοπισμό του εννοιολογικού περιεχομένου της εξουθένωσης. Πρώτον, το γεγονός ότι ο όρος επαγγελματική εξουθένωση περιελάμβανε στους κόλπους του ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων [59]. Ο Schaufeli παρέθεσε πάνω από 100 συμπτώματα που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία ή και αδυναμία διάκρισης μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των άλλων προβλημάτων που μπορεί να είχαν οι εργαζόμενοι όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η ένταση και η συναισθηματική εξάντληση [104].

Οι Pines & Aronson, στην προσπάθειά τους να προσδιορίσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης το περιέγραψαν ως μια επικρατούσα κατάσταση συναισθηματικής και πνευματικής εξουθένωσης, η οποία βρίσκει τις αιτίες της στη μακροχρόνια επαφή με καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή του ατόμου [93]. Αυτός ο ορισμός συνοψίζει ένα μεγάλο τμήμα της γενικότερης συλλογιστικής που προσπαθεί να ερμηνεύσει την εξουθένωση. Σε πρώτη φάση ο ορισμός αναδεικνύει το γεγονός ότι η εξουθένωση δεν αποτελεί αποκλειστικό χαρακτηριστικό του εργασιακού περιβάλλοντος, αλλά μπορεί να λάβει χώρα και σε άλλες πτυχές και καταστάσεις, οι οποίες απαιτούν συναισθηματικό δέσιμο (π.χ. γάμος). Επιπλέον η εξουθένωση έχει μακροχρόνιο χαρακτήρα. Συνιστά μια διαδικασία δυναμική, στην οποία εμπλέκονται και αλληλεπιδρούν σωρεία παραγόντων, που αφορούν τόσο το ίδιο το άτομο (συναισθηματική εμπλοκή) όσο και το περιβάλλον του.

Άλλοι ορισμοί φαίνονται να δίνουν έμφαση στο άγχος ή και στην ικανοποίηση του εργαζόμενου. Η επαγγελματική εξουθένωση, αντανακλά τη μείωση του ενδιαφέροντος και του ενθουσιασμού του εργαζόμενου για την εργασία, ο οποίος, ενώ αφιερώνεται ολόψυχα σε αυτή, δεν αποκομίζει την ικανοποίηση που θα ήθελε [93]. Είναι αποτέλεσμα χρόνιας συναισθηματικής έντασης και δημιουργείται κατά τη συνδιαλλαγή με άλλα άτομα, ειδικότερα με εκείνα που αντιμετωπίζουν προβλήματα. Έτσι μπορεί να θεωρηθεί ως μια αντίδραση στο άγχος που εμφανίζουν τα άτομα όταν εργάζονται σε τομείς με υψηλές απαιτήσεις [94]. Ο Κάντας, δίνει έμφαση στη σύνδεση του στρες με την επαγγελματική εξουθένωση [95]. Συγκεκριμένα, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια έκφανση ενός χρόνιου και παρατεταμένου επαγγελματικού στρες, όπου το άτομο προοδευτικά αποδυναμώνεται, ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται πως τα ψυχικά αποθέματα που διαθέτει δεν επαρκούν για να αντιμετωπίσει τους ιδιαίτερα έντονους στρεσογόνους παράγοντες της εργασίας του [95].

Ανεξάρτητα από τις πολλές προσπάθειες σε επίπεδο προσδιορισμού της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι διάφοροι ορισμοί που συναντώνται στη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται ότι έχουν αρκετά κοινά σημεία. Σε γενικές γραμμές, υπάρχει σχετική ομοφωνία ανάμεσα στους ερευνητές ότι η επαγγελματική εξουθένωση

- μπορεί να εμφανιστεί σε επίπεδο ατόμων ή οργανισμών,
- είναι μια εσωτερική ψυχολογική εμπειρία που περιλαμβάνει συναισθήματα, στάσεις, προσδοκίες και κίνητρα,
- σχετίζεται με διάφορες προβληματικές καταστάσεις υγείας και οι επιπτώσεις της είναι αρνητικές,
- βιώνεται από το άτομο ως αρνητική εμπειρία,
- μπορεί να εμφανισθεί και σε άτομα υγιή που δεν είχαν κάποιο βεβαρημένο ιστορικό υγείας (π.χ. ψυχοπαθολογικά προβλήματα),
- οδηγεί σε μειωμένη απόδοση και παραγωγικότητα.

Ορόσημο, στο πλαίσιο του προσδιορισμού της εξουθένωσης, μπορεί να θεωρηθεί η προσπάθεια των Maslach & Jackson, η οποία κατέληξε στην ανάπτυξη και θεμελίωση ενός μεθοδολογικού εργαλείου για τη μελέτη της, το MBI [1]. Αυτό το τυποποιημένο εργαλείο-μέτρο της εξουθένωσης, βασισμένο στην εκτενή εμπειρική έρευνα, παρείχε στους ερευνητές τα μεθοδολογικά εφόδια που ήταν απαραίτητα για τη μελέτη του φαινομένου. Οι Maslach & Jackson, προσδιόρισαν την επαγγελματική εξουθένωση ως σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης και κινισμού, το οποίο λαμβάνει χώρα συχνά σε εργαζόμενους των οποίων η απασχόληση σχετίζεται έντονα με τον ανθρώπινο παράγοντα και ειδικότερα με τα επαγγέλματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών [1]. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ο ορισμός που έδωσε η Maslach είναι αρκετά απλός, δίχως να εμπλέκει

τεχνικούς όρους. Ο ορισμός αυτός σε συνδυασμό με την επιτυχή προσπάθεια των Maslach & Jackson, να αναπτύξουν και να τεκμηριώσουν ένα μεθοδολογικό εργαλείο για τη μελέτη και μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτέλεσε ορόσημο στην εμπειρική της μελέτη [1]. Το τυποποιημένο αυτό εργαλείο μέτρησης που καλείται MBI (Maslach Burnout Inventory) παρείχε και συνεχίζει να παρέχει στους ερευνητές τα μεθοδολογικά εφόδια που είναι απαραίτητα για τη μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο σε βάθος όσο και σε εύρος.

Σύμφωνα λοιπόν με το MBI η επαγγελματική εξουθένωση αντιμετωπίζεται ως σύνδρομο που αποτελείται από τρεις διαστάσεις: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τη χαμηλή αίσθηση του εργαζόμενου για τα προσωπικά του επιτεύγματα στον εργασιακό του χώρο [1,91].

Η συναισθηματική εξάντληση θεωρείται και η πιο σημαντική από τις τρεις διαστάσεις και χαρακτηρίζεται από τη μείωση των συναισθηματικών αποθεμάτων του ατόμου, με αποτέλεσμα το άτομο να μην έχει την απαραίτητη ενέργεια να ασχοληθεί με την εργασία του. Συνήθως συνοδεύεται από συναισθήματα απογοήτευσης και έντασης [3]. Οι Leiter & Maslach, σημειώνουν ότι η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται σε συναισθηματική φόρτιση και «αποστράγγιση» του συναισθηματικού κόσμου του εργαζόμενου, όταν έρχεται σε επαφή με ανθρώπους στο χώρο εργασίας του [96]. Ας σημειωθεί ότι, η εν λόγω διάσταση της εξουθένωσης θεωρείται ως βασικό συστατικό του άγχους (stress), το οποίο διέπει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης [59].

Το διαπροσωπικό στοιχείο της εξουθένωσης αντιπροσωπεύεται από τη διάσταση της αποπροσωποποίησης. Η αποπροσωποποίηση τυπικά δημιουργείται μετά τη συναισθηματική εξάντληση και αναφέρεται στην αρνητική, κυνική ή υπερβολικά απόμακρη σχέση του εργαζόμενου με τους ανθρώπους, με τους οποίους εμπλέκεται στον εργασιακό του χώρο (π.χ νοσηλευτής-ασθενείς). Οι Cordes & Dougherty, συγκεκριμένα αναφέρουν (σελ. 623) ότι η αποπροσωποποίηση χαρακτηρίζεται από απόμακρα αισθήματα και αναισθησία (callousness) προς τους ανθρώπους [3]. Οι δε Maslach & Leiter, σημειώνουν ότι, οι εργαζόμενοι στη φάση της εξουθένωσης διακατέχονται από μία «ψυχρή και απόμακρη στάση απέναντι στην εργασία τους και στους ανθρώπους του εργασιακού τους χώρου» (σελ. 18) [97]. Η αποπροσωποποίηση θεωρείται ως ένας μηχανισμός αντιμετώπισης της εξουθένωσης από πλευράς εργαζόμενων, ο οποίος «δεν είναι μόνο μια αποδεκτή αντίδραση αλλά είναι και επαγγελματική» [3].

Η τρίτη και τελευταία διάσταση (προσωπικά επιτεύγματα) ενσωματώνει το επίπεδο αυτοεκτίμησης του εργαζόμενου. «Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων αναφέρεται στα χαμηλά σε επίπεδα συναισθήματα που έχει ο εργαζόμενος για τις ικανότητές του, την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητά του» [98,96]. Τα

άτομα σε αυτή τη φάση της εξουθένωσης αντιλαμβάνονται τους ίδιους τους εαυτούς τους αρνητικά, σε ότι αφορά την ικανότητα τους να αποδώσουν στην εργασία τους και να έχουν θετικές προσωπικές αλληλεπιδράσεις με το εργασιακό τους περιβάλλον [3]. Συγκεκριμένα, ακόμη και αν έχουν επιτυχίες τις υποτιμούν, αισθάνονται ανεπαρκείς και πιστεύουν ότι δεν είναι ικανοί να αλλάξουν τα δεδομένα εργασίας τους [97]. Αυτά τα συναισθήματα ανεπάρκειας επηρεάζουν άμεσα την αυτοεκτίμηση του εργαζόμενου για την αποτελεσματικότητά του. Οι Cordes και Dougherty, αναφέρουν ότι αυτού του τύπου η χαμηλή αυτοεκτίμηση βρίσκεται στο επίκεντρο της διάστασης των προσωπικών επιτευγμάτων [3]. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι «θα πρέπει να προσδοκάται ότι μεταβλητές που έχουν την τάση να οδηγούν κάποιον να αισθάνεται ότι χάνει τον έλεγχο, ότι είναι αβοήθητος ή ανεπαρκής και αναρμόδιος, συμβάλλουν στη μειωμένη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων».

Η Maslach και οι συνάδελφοί της τροποποίησαν τον αρχικό καθορισμό των τελευταίων δύο διαστάσεων [59]. Η αποπροσωποποίηση αντικαταστάθηκε από τον κυνισμό, ο οποίος αναφέρεται στην ίδια συστάδα συμπτωμάτων. Ο νέος τίτλος για αυτήν τη διάσταση του συνδρόμου δημιούργησε νέα προβλήματα. Ο κυνισμός είναι μια αναδυόμενη έννοια στην ψυχολογία και στην οργανωσιακή συμπεριφορά (organizational behavior) και χρησιμοποιείται για να αναφερθεί σε αρνητικές στάσεις και χαρακτηριστικά του ατόμου, τα οποία περιλαμβάνουν την απογοήτευση, την απομυθοποίηση και τη δυσπιστία απέναντι σε οργανισμούς (π.χ. νοσοκομεία), σε άτομα, σε ομάδες ανθρώπων, ή ακόμη και σε αντικείμενα [99]. Ο Garden, έχει υποστηρίξει ότι αυτή η διάσταση της αποπροσωποποίησης μετρά διάφορες ευδιάκριτες στάσεις του ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της απομόνωσης, της εχθρότητας, της απόρριψης και της αδιαφορίας [100]. Από τη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχουν ακόμα περιθώρια για περαιτέρω έρευνα, που θα ρίξει περισσότερο φως στη διάκριση αυτού του συστατικού της εξουθένωσης (αποπροσωποποίηση) σε σχέση με τον εργασιακό κυνισμό.

Η τρίτη διάσταση (προσωπικά επιτεύγματα) επανομάστηκε ως μειωμένη αποτελεσματικότητα ή αναποτελεσματικότητα και διαμορφώθηκε έτσι ώστε να περιλάβει τις αυτοαξιολογήσεις της χαμηλής αποτελεσματικότητας του ατόμου, την έλλειψη επιτυχημένης ολοκλήρωσης του εργασιακού έργου του και την έλλειψη παραγωγικότητας και προσωπικής ικανότητας [96]. Κάθε μια από αυτές τις προαναφερθείσες έννοιες, αντιπροσωπεύει γνωστούς και ευδιάκριτους τομείς της έρευνας στις συμπεριφορικές επιστήμες. Οι διάφοροι ερευνητές, όπως άλλωστε και οι συντάκτες του MBI, τα τελευταία χρόνια εστιάζουν τις προσπάθειές τους να διευκρινίσουν τη θεωρητική βάση που να τεκμηριώνει ότι αυτές οι έννοιες πρέπει να συγκεντρωθούν στην ίδια συστάδα συμπτωμάτων. Μια τέτοια διαφορετική συστάδα συμπτωμάτων σχετικών με την

αποτελεσματικότητα των εργαζομένων μπορεί να αποτελέσει τη βάση για την έννοια της τρίτης διάστασης του MBI. Για παράδειγμα, δημιουργείται το ερώτημα, η μειωμένη αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην προσωπική κρίση κάποιου ή αναφέρεται στο πόσο καλά κάποιος μπορεί να εκτελέσει συγκεκριμένες δραστηριότητες που απαιτούνται στην εργασία [101]; Επίσης, συσχετίζεται με την απόδοση του εργαζομένου όπως ο ίδιος την αξιολογεί ή σχετίζεται με τις προσδοκίες της απόδοσης όπως ορίζονται από τη διοίκηση [101];

Φαίνεται ότι η δεύτερη και η τρίτη διάσταση του MBI, σε σχέση με τη συναισθηματική εξάντληση «είναι πιθανόν να εκπροσωπούν η καθεμία διαφορετικές καταστάσεις, που επηρεάζονται από διαφορετικούς παράγοντες και έχουν διαφορετικές επιπτώσεις» [4].

Είναι εμφανές ότι η έννοια της εξουθένωσης όπως προσδιορίζεται από το MBI έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα. Οι τρεις διαστάσεις της είναι ευδιάκριτες μεταξύ τους και αντιμετωπίζονται συνολικά ως ένα μέγεθος. Οι πρεσβευτές αλλά και υπερασπιστές αυτής της πολυδιάστατης άποψης της εξουθένωσης υποστηρίζουν ότι παρέχει μια ολιστική αντιπροσώπευση ενός σύνθετου φαινομένου [98]. Ωστόσο οι εν λόγω υπερασπιστές, θα πρέπει να συνεχίσουν να παρέχουν εκείνα τα πειστικά θεωρητικά επιχειρήματα που να αιτιολογούν και να τεκμηριώνουν τους λόγους για τους οποίους οι τρεις διαφορετικές διαστάσεις συμπτωμάτων που δομούν το εννοιολογικό περιεχόμενο της εξουθένωσης θα πρέπει να είναι συνδεδεμένες όλες μαζί [59].

Περαιτέρω υποστηρίζουν ότι ο τρόπος που δομείται η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης επιτρέπει στους ερευνητές να χρησιμοποιήσουν τις διάφορες μορφές της πίεσης που νιώθει ο εργαζόμενος (stress) ως αιτίες της εξουθένωσης, εξηγώντας κατά αυτό τον τρόπο τις διακυμάνσεις της, τόσο στο εργασιακό όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον. Εντούτοις, υπάρχει έλλειψη στοιχείων που να καταδεικνύουν ότι υπάρχουν συγκεκριμένες αιτιολογικές μεταβλητές ή μηχανισμοί που οδηγούν και στις τρεις ομάδες των συμπτωμάτων, που περιλαμβάνονται στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης [62]. Για παράδειγμα οι Golembiewski & Boss, έδειξαν στο μοντέλο τους ότι τα άτομα που βιώνουν συναισθηματική εξάντληση δεν είναι απαραίτητο να βιώνουν και τις άλλες δύο διαστάσεις πέρα από τη συναισθηματική εξάντληση [102].

Οι Maslach & Goldberg, υποστήριξαν ότι η προσθήκη των διαστάσεων του κινισμού και της μειωμένης προσωπικής αποτελεσματικότητας στην κεντρική διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης δικαιολογήθηκε, με δεδομένο ότι προσθέτουν τη διαπροσωπική πτυχή της εξουθένωσης [98]. Εντούτοις, τα στοιχεία που διέπουν τις διαπροσωπικές πτυχές της εργασίας εμφανίζονται στην κλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης, όπως για παράδειγμα «μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους

όλη τη μέρα», και «μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους» [1].

Εννοιολογικά επομένως, η άποψη ότι η επαγγελματική εξουθένωση ως σύνδρομο περιλαμβάνει τρεις συστάδες συμπτωμάτων στερείται θεωρητικών υποστηρίξεων. Δεν έχει υποστηριχθεί από στοιχεία που να καταδεικνύουν κοινή αιτιολογία για τις τρεις διαστάσεις, και περιλαμβάνει δύο συστάδες συμπτωμάτων, δηλαδή τον κυνισμό και την μειωμένη προσωπική αποτελεσματικότητα, οι οποίες ωστόσο εμφανίζονται να είναι πολύ ετερογενείς, ώστε τελικά να μην προωθείται με ασφάλεια η γνώση σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση.

Το MBI, η κλίμακα μέτρησης της οποίας η διαδικασία κατασκευής έχει οδηγήσει επαγωγικά στην ανωτέρω εννοιολογική σύλληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης, θεωρείται στην εμπειρική έρευνα το δημοφιλέστερο όργανο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης [62]. Περιέχει τα στοιχεία (ερωτήσεις) τα οποία αξιολογούν με νόημα κάθε μια από τις τρεις ομάδες των συμπτωμάτων που περιλαμβάνονται στο σύνδρομο της εξουθένωσης, που είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση (κυνισμός) και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (μειωμένη απόδοση ή χαμηλή επαγγελματική αποτελεσματικότητα). Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης (ερωτηματολόγιο MBI) ζητά από τους εργαζόμενους να δείξουν τη συχνότητα των συναισθημάτων τους κατά τη διάρκεια του εργασιακού έτους. Η κλίμακα είναι επταβάθμια και κυμαίνεται από 0 (ποτέ) ως 6 (κάθε ημέρα).

Η ισχύς (validity) του MBI έχει μελετηθεί εκτενώς [103,62,104]. Οι περισσότεροι από τους ερευνητές που εξετάζουν την πτυχή της ισχύος (validity) του MBI έχουν αναφέρει ότι η λύση των τριών διαστάσεων (παραγόντων) προσαρμόζεται καλύτερα στα στοιχεία τους από ότι μια δισδιάστατη ή μονοδιάστατη δομή [105].

Στη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ερευνητές χρησιμοποιούν το MBI με τις τρεις γνωστές διαστάσεις. Ωστόσο μελέτες έχουν υποστηρίξει, τόσο για θεωρητικούς όσο και για ψυχομετρικούς λόγους, ότι θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση ενός συνολικού αποτελέσματος για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης [4,106].

Τέλος, αξιωματικά σημειωθεί ότι, η πρώτη διάσταση δηλαδή η συναισθηματική εξάντληση έχει αντιμετωπισθεί από τους ερευνητές ως ο πυρήνας του ερωτηματολογίου MBI [4,78]. Οι περισσότερες μελέτες την παρουσιάζουν ως την πιο σταθερή και συνεπή διάσταση της εξουθένωσης σε σχέση με τις υπόλοιπες δύο. Επιπλέον έχει αποδειχθεί ότι, η εν λόγω διάσταση της εξουθένωσης έχει τη μεγαλύτερη ανταπόκριση στη φύση και στην ένταση του εργασιακού άγχους [62].

2.3 Αιτίες που προκαλούν την επαγγελματική εξουθένωση και παράγοντες που την επηρεάζουν.

Η διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν σταμάτησε στον προσδιορισμό και στις ψυχολογικές αντιδράσεις του εργαζόμενου. Συνεχίστηκε και επεκτάθηκε στις αιτίες που μπορεί να δημιουργούν το εν λόγω φαινόμενο, αλλά και στις επιπτώσεις που δύναται να έχουν στο εργαζόμενο αλλά και στο κοινωνικό του περιβάλλον. Ωστόσο, η έλλειψη συναίνεσης προσδιορισμού της έννοιας της εξουθένωσης συνεχίστηκε και στις αιτίες που δημιουργούν την εξουθένωση. Αρχικά οι μελέτες για τις αιτίες που δημιουργούν την εξουθένωση περιστράφηκε μεμονωμένα γύρω από τους παράγοντες εργασίας και τους προσωπικούς παράγοντες. Σύμφωνα με την Maslach (1978)[107], η κύρια αιτία της εξουθένωσης βρίσκεται στο γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στα επαγγέλματα που παράγουν ανθρωπιστικής μορφής υπηρεσίες έρχονται συνεχώς σε επαφή με τους ανθρώπους και τα προβλήματά τους. Μάλιστα η ίδια δηλώνει ότι για την ανεύρεση των αιτιών της εξουθένωσης είναι καλύτερα να διερευνώνται τα χαρακτηριστικά των άσχημων καταστάσεων που πλαισιώνουν τους υγιείς εργαζόμενους και όχι τα άτομα εκείνα που θεωρούνται προβληματικά (bad) [107].

Ωστόσο, σήμερα φαίνεται ότι υπάρχει κοινή άποψη ότι η εξουθένωση μάλλον πρέπει να θεωρηθεί ως συνδυασμός των απαιτήσεων της εργασίας, αλλά και των προσωπικών χαρακτηριστικών των εργαζόμενων. Αυτού του είδους η προσέγγιση τοποθετεί το άτομο (εργαζόμενο) στο κέντρο μίας κατάστασης που διαμορφώνεται από το εξωτερικό του περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αλληλεπιδρά με αυτό. Σύμφωνα με τους Maslach et al (2001) «η εξουθένωση συνιστά μια ατομική εμπειρία που αναφέρεται στο ίδιο το περιεχόμενο της εργασίας» (σελ.407). Οτιδήποτε μπορεί να ικανοποιήσει ένα εργαζόμενο μπορεί να εξουθενώσει κάποιον άλλον. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η σύγκρουση ρόλων και η ασάφειά τους, η απουσία πόρων, η έλλειψη εποπτείας ή κοινωνικής υποστήριξης, η έλλειψη πληροφόρησης, ο επιχειρησιακός έλεγχος, η λήψη αποφάσεων, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την δημιουργία ή αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης [59]. Επίσης παράγοντες όπως « η υπερβολική αφοσίωση των εργαζομένων, η απουσία επίγνωσης των προσωπικών τους ορίων, η έλλειψη διαχωρισμού επαγγελματικής και προσωπικής ζωής και η έλλειψη αναγνώρισης» συμβάλουν σημαντικά στην εξουθένωση [108]. Μερικές από τις παραπάνω μελέτες μπορούν να γίνουν κατανοητές στα πλαίσια του κοινωνικό –ψυχολογικού μοντέλου της Pines [93]. Σύμφωνα με αυτό, όταν οι εργαζόμενοι – που ξεκινούν την καριέρα τους έχοντας υψηλούς στόχους – εντάσσονται σε ένα “θετικό” εργασιακό χώρο, αποδίδουν αξιοποιώντας το δυναμικό τους στο μέγιστο βαθμό. Αντίθετα, όταν εντάσσονται σε ένα

πιεστικό για τον ψυχισμό χώρο εργασίας, τότε είναι επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση. Με άλλα λόγια, οι συγκεκριμένες περιβαλλοντικές συνθήκες εργασίας αποτελούν τον καθοριστικό παράγοντα που προσδιορίζει κατά πόσο ένα άτομο θα βιώσει επαγγελματική εξουθένωση ή θα αποδώσει στη δουλειά του. Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου, οι ατομικοί παράγοντες επηρεάζουν μόνο τη χρονική στιγμή της εμφάνισης και την ένταση με την οποία ο εργαζόμενος βιώνει τα συμπτώματα της υπερκόπωσης.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται μια σειρά από συγκεκριμένα προσωπικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να ερμηνεύσουν το γιατί κάποια άτομα είναι πιο επιρρεπή από άλλα στην εξουθένωση [93]. Αυτά τα χαρακτηριστικά ή παράγοντες φαίνεται να συμβάλλουν στην αύξηση της εξουθένωσης και μπορεί να είναι η ηλικία, το φύλο, η επαγγελματική εμπειρία, η οικογενειακή κατάσταση, η εθνικότητα, και ο τύπος της προσωπικότητας του εργαζομένου.

Για την επιρροή της ηλικίας τα αποτελέσματα είναι μάλλον αντιφατικά. Οι νεότεροι σε ηλικία έχουν αναφέρει υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης [1,47,59,109]. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία οι οποίοι έχουν και μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης [3]. Υποτίθεται ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν μεγαλύτερη εμπειρία είναι πιο ώριμοι και σταθεροί και πιθανόν έχουν πιο ισορροπημένη άποψη για την ζωή και επομένως είναι λιγότερο επιρρεπείς στην εξουθένωση [47].

Για το φύλο του εργαζομένου, κάποιες έρευνες δεν δείχνουν σημαντική σχέση με την εξουθένωση, ενώ άλλες διευκρινίζουν ότι οι άνδρες και οι γυναίκες αναφέρουν διαφορετικά επίπεδα εξουθένωσης [3,68]. Η Maslach [47], υποστηρίζει ότι οι διαφορές στην εξουθένωση μεταξύ των δύο φύλων είναι αποτέλεσμα κυρίως των επαγγελμαμάτων που ακολουθούν τα δύο φύλα, παρά λόγω της διαφορετικότητας των χαρακτηριστικών που διέπουν το αρσενικό και το θηλυκό φύλο. Ωστόσο, η Martin, πρεσβεύει ότι πράγματι υφίσταται ζήτημα φύλου στην εξουθένωση λόγω διαφορετικότητας των συναισθημάτων που διέπουν τα δύο φύλα [110]. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι «οι κυρίαρχες ερμηνείες για τη σχετική με την απασχόληση εξουθένωση δίνουν έμφαση σε θέματα που παραδοσιακά συνδέονται με έναν αυτοδύναμο και αυτοελεγχόμενο άνδρα . Τέτοια θέματα περιλαμβάνουν την επιθυμία κάποιου να ελέγξει τα συναισθήματά του (σελ 212)». Η ίδια ερευνήτρια αναφέρεται σε προγενέστερη μελέτη του Meyerson, στην οποία η εξουθένωση σχετίζεται με θέματα που τυπικά αφορούν το γυναικείο φύλο όπως η επιθυμία να καταθέτουν και να εκφράζουν συναισθήματα (σελ.213). Σε αυτό μπορεί να προστεθεί και το γεγονός ότι στην αγορά εργασίας οι γυναίκες είναι εκείνες που συχνά καλούνται να παίξουν βασικό ρόλο στην παροχή φροντίδας [68]. Αρκετές μελέτες ωστόσο έχουν δείξει ότι οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες σημειώνουν μεγαλύτερα επίπεδα

αποπροσωποποίησης, αλλά θα πρέπει ίσως να αντιπαραθέσει κανείς και την ηλικία και τις ώρες απασχόλησης για μεγαλύτερη αντικειμενικότητα [111].

Τα ευρήματα των ερευνών έχουν δείξει ότι η οικογενειακή κατάσταση συνδέεται με το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι παντρεμένοι εργαζόμενοι αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από ότι οι εργένηδες και οι εργαζόμενοι με μικρά παιδιά παρουσιάζουν λιγότερα συμπτώματα εξουθένωσης και αποπροσωποποίησης από ότι οι εργαζόμενοι δίχως μικρά παιδιά, υποδηλώνοντας ότι τα παιδιά λειτουργούν ως ασπίδα προστασίας για να μην απωλεσθεί η επαφή του εργαζόμενου με τους ασθενείς [91,112]. Το οικογενειακό περιβάλλον συχνά στηρίζει συναισθηματικά τους εργαζόμενους, ενώ παράλληλα αυτοί που έχουν οικογένειες είναι συνήθως μεγαλύτεροι σε ηλικία με περισσότερη ωριμότητα και με πιο ρεαλιστικούς στόχους [113,1].

Το επάγγελμα ως αιτία και ως παράγοντας συμβολής της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει βρεθεί στο επίκεντρο πολλών μελετών. Υπήρξαν και ερευνητές, οι οποίοι έχουν αναρωτηθεί για το νόημα της παρουσίας των διαστάσεων της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων σε επαγγέλματα που δεν ανήκουν στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας [104,114]. Δεν είναι τυχαίο ότι τα ερωτηματολόγια που μετρούν την επαγγελματική εξουθένωση συχνά διαμορφώνονται από τους ερευνητές για να αντικατροπτίζουν τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες του επαγγέλματος. Οι Leiter & Scauffelli, πρεσβεύουν ότι το νέο ερωτηματολόγιο MBI-GS είναι σχεδιασμένο για να διερευνήσει και σε άλλα επαγγέλματα πέρα από εκείνα που ανήκουν στον τομέα των υπηρεσιών υγείας [46]. Εκτός από τον επαγγελματικό χώρο η μελέτη της εξουθένωσης έχει επεκταθεί και σε επίπεδα μη επαγγελματικά όπως στο γάμο και στους γονείς. Ο Pines, άλλωστε δηλώνει ότι « η εξουθένωση δεν είναι απλά ένας κίνδυνος που υπάρχει μόνο στα επαγγέλματα, αλλά επεκτείνεται και σε άλλες σημαντικές πτυχές της ζωής»[93].

Το μορφωτικό επίπεδο μπορεί και αυτό να αποτελέσει αιτία για την παρουσία επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με την Maslach, οι πτυχιούχοι εργαζόμενοι σε τομείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε σύγκριση με εκείνους που κατέχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, ενώ τα επίπεδα για τα προσωπικά επιτεύγματα είναι χαμηλότερα [91].

Ο τύπος της προσωπικότητας του εργαζόμενου καθώς και η ικανότητα προσαρμογής του σε στρεσογόνες καταστάσεις μπορεί επίσης να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο βαθμό παρουσίας ή απουσίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Έχει προταθεί ότι η εξουθένωση αντανακλά τα εσωτερικά ποιοτικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου και ότι η προσωπικότητα του γενικότερα ερμηνεύει ένα

σημαντικό τμήμα του επιπέδου της εξουθένωσης . Η κατάθλιψη, το άγχος και η ευπάθεια (vulnerability) αποτελούν τρεις παράγοντες που σχετίζονται σημαντικά με συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση [13].

Ως προσωπικότητα, ορίζεται το σύνολο των πνευματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αξιών του ατόμου, ενώ η προσαρμογή αφορά στο σύνολο των ενεργειών με τις οποίες το άτομο προσπαθεί να ελέγξει τις τυχόν απαιτήσεις ή δυσκολίες του περιβάλλοντος [115]. Για παράδειγμα, άτομα που λειτουργούν περισσότερο με το συναίσθημα παρά με την σκέψη μπορεί να βιώσουν πολύ μεγαλύτερη μείωση συναισθηματικής ενέργειας σε δύσκολες εργασιακές καταστάσεις [116]. Επιπλέον υπάρχουν και άτομα που είναι ανθεκτικά στο άγχος με τάση να αφοσιώνονται στην εργασία τους, να αυτοελέγχονται και να αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες της εργασία τους ως προκλήσεις και όχι ως απειλές [117].

Το γεγονός ότι η προσωπικότητα του εργαζόμενου και η ανθεκτικότητά του σε στρεσογόνες συνθήκες μπορεί να τον προφυλάξουν έως κάποιο βαθμό από την εξουθένωση δεν σημαίνει ότι σε περιπτώσεις υπερβολικού φόρτου εργασίας και υπερβολικού άγχους δεν θα βιώσει συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης [118]. Επιπλέον, οι αποκαλούμενες στρεσογόνες συνθήκες εμπεριέχουν αρκετή δόση υποκειμενικότητας, όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο τις αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι. Συγκεκριμένα οι Lazarus & Folkman, έχουν επισημάνει ότι η ερμηνεία αλλά και η αντιμετώπιση των εν λόγω συνθηκών μπορεί να ποικίλει από άτομο σε άτομο και αυτό είναι που κάνει την διαφορά και όχι η παρουσία των συνθηκών [34].

Εκτός από τον τρόπο που μπορεί ένα άτομο να ανταπεξέρχεται στο άγχος και την ικανότητα αυτοελέγχου που διαθέτει, σημαντικό ρόλο παίζουν και τα κίνητρα που οδήγησαν τον εργαζόμενο στο επάγγελμά του , τις προσδοκίες που έχει από αυτό, αν αυτές οι προσδοκίες έχουν διαψευστεί, αλλά και γενικότερα από την έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία του [119]. Όταν υπάρχει διάσταση μεταξύ της αντίληψης του εργαζόμενου για το επιχειρησιακό περιβάλλον του και του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί η επιχείρηση, τότε δημιουργούνται αβάσιμες προσδοκίες που εύκολα αρχίζουν να αποτελούν αφετηρία για την επαγγελματική εξουθένωση. Η διαδικασία της εξουθένωσης παίρνει ευκολότερα μεγαλύτερες διαστάσεις όταν δεν υπάρχει καλή αντιστοιχία μεταξύ αυτών που πίστευε ο εργαζόμενος ότι θα μπορούσε να επιτύχει σε μια θέση εργασίας με αυτό που συγκεκριμένα επιτυγχάνει [3].

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας είναι η πρόοδος της επαγγελματικής σταδιοδρομίας του εργαζόμενου [3]. Οι δυο ερευνητές υπέθεσαν ότι τα άτομα που προάγονται στην εργασία τους μπορεί να βιώσουν μικρότερα επίπεδα εξουθένωσης (σελ. 637). Ένας από τους λόγους είναι ότι η θέση σε υψηλότερα επαγγελματικά κλιμάκια

επιφέρει και μικρότερη σε συχνότητα και ένταση επαφή με τους πελάτες. Επιπροσθέτως, υποτίθεται ότι μέσω της επαγγελματικής προαγωγής προωθείται ταυτόχρονα και υψηλότερο συναίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων, το οποίο αντισταθμίζει τα επίπεδα της εξουθένωσης. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι στις μονάδες υγείας οι βοηθοί νοσηλευτών είναι πιο ευάλωτοι στην εξουθένωση, λόγω μεγαλύτερης αμεσότητας στα προβλήματα των ασθενών [120].

Οι Cordes & Dougherty, ομαδοποίησαν τις διάφορες αιτίες της εξουθένωσης σε τρεις γενικές κατηγορίες [3]. Αυτές παραπέμπουν στα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος και τον ρόλο του εργαζόμενου σε αυτό, στα χαρακτηριστικά της επιχείρησης/οργανισμού και στα προσωπικά χαρακτηριστικά. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων, τις συγκρούσεις των ρόλων που έχουν οι εργαζόμενοι, τον υπερβολικό ρόλο που ενδεχομένως να τους προσάπτεται καθώς και την ασάφεια που μπορεί να έχει ο ρόλος αυτός. Η φύση των διαπροσωπικών σχέσεων των εργαζομένων, και συγκεκριμένα εκείνες που περιλαμβάνουν αλληλεπιδράσεις με τους πελάτες τους, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της εξουθένωσης. Ας σημειωθεί ότι με τον όρο «πελάτης» νοείται οποιοδήποτε άτομο με το οποίο αλληλεπιδρά ο εργαζόμενος ανεξάρτητα αν αυτό το άτομο είναι μέσα στην επιχείρηση/οργανισμό ή έκτος αυτής [3]. Η εξουθένωση είναι πιο πιθανόν να εμφανιστεί σε άτομα τα οποία έχουν αναπτύξει σχέσεις με πελάτες, οι οποίοι έχουν κυρίως προβλήματα υγείας χρόνιου χαρακτήρα. Οι σχέσεις αυτές χαρακτηρίζονται από αμεσότητα, συχνότητα και εκτενή επαφή [3].

Η σύγκρουση ρόλων αναφέρεται σε καταστάσεις όπου ο εργαζόμενος λαμβάνει αντικρουόμενες απαιτήσεις από τα άτομα στον εργασιακό του χώρο, ενώ η ασάφεια ρόλου υφίσταται όταν τα άτομα δεν έχουν αρκετή πληροφόρηση, ώστε να λειτουργήσουν αποτελεσματικά. Οι επιχειρήσεις/οργανισμοί που ενθαρρύνουν υψηλά επίπεδα σύγκρουσης ρόλων δημιουργούν δυσαρέσκεια και δυσκολίες στους εργαζόμενους και επομένως ενθαρρύνουν και υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης για αυτούς [96]. Στην μελέτη των Blumental et al, αναφέρεται σωρεία μελετών, όπου η ασάφεια ρόλων και η σύγκρουσή τους επιφέρει μεγαλύτερα επίπεδα εξουθένωσης, όπως αυτή εκφράζεται από το ερωτηματολόγιο MBI [121].

Ο υπερβολικός ρόλος αναφέρεται στον υπερβολικό φόρτο εργασίας που ανατίθεται στον εργαζόμενο από την επιχείρηση. Οι επιχειρήσεις, συχνά ακούσια και προς χάρη της υψηλότερης παραγωγικότητας των, επωμίζουν με περισσότερα καθήκοντα και εργασίες το προσωπικό τους [97]. Ειδικότερα, στις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών, χαμηλοί προϋπολογισμοί σημαίνουν και μεγαλύτερο φόρτο εργασίας ανά εργαζόμενο,

αλλά και ανάγκη για περισσότερο χρόνο διεξαγωγής των εργασιών. Την τελευταία μάλιστα δεκαετία παρατηρείται το φαινόμενο να μην υπάρχουν μεσαία στελέχη στις επιχειρήσεις, με αποτέλεσμα τμήμα των διεργασιών (ιδιαίτερα γραφειοκρατικές) που ανήκαν σε αυτά να μεταφέρεται σε εργαζόμενους χαμηλότερων βαθμιδών. Αυτός ο υπερβολικός φόρτος εργασίας έχει ως αποτέλεσμα συναισθηματική και σωματική εξουθένωση αλλά και επιπτώσεις στη διάθεση που έχει ο εργαζόμενος για δημιουργικότητα [97].

Το περιεχόμενο της εργασίας έχει βρεθεί ότι επηρεάζει αμφότερα τα επίπεδα της εξουθένωσης και του άγχους [3]. Όπως προαναφέρθηκε η αλληλεπίδραση των δύο πλευρών, δηλαδή του πελάτη με τον εργαζόμενο, έχει ιδιαίτερη σημασία για την παρουσία της εξουθένωσης. Τα καθήκοντα που ανατίθενται στους εργαζομένους και χαρακτηρίζονται από εντατική αλληλεπίδραση και σχέση μεταξύ των δύο πλευρών είναι πιθανότερο να οδηγήσουν σε εξουθένωση από ότι τα καθήκοντα που δεν ενέχουν μεγάλο βαθμό αλληλεπίδρασης και συχνής σχέσης. Επομένως, το περιεχόμενο της δουλειάς που έχει ανατεθεί στον εργαζόμενο συμβάλει σημαντικά στο βαθμό της εξουθένωσης που μπορεί να βιώσει.

Αν και οι τρεις γενικές κατηγορίες παραγόντων που αναφέρουν οι Cordes & Dougherty, [3] συμβάλλουν στη δημιουργία εξουθένωσης, τα επιχειρησιακά χαρακτηριστικά συνδέονται με αυτή με μεγαλύτερη ισχύ από ότι τα προσωπικά χαρακτηριστικά [96]. Οι Maslach και Leiter, αναφέρουν, εκτός από τον υπερβολικό φόρτο εργασίας που μπορεί να επωμίζεται το προσωπικό, ακόμη πέντε πηγές αιτιών της εξουθένωσης, οι οποίες συνδέονται με το επιχειρησιακό περιβάλλον του εργαζόμενου [97]. Ο πρώτος παράγοντας αφορά τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η επιχείρηση. Ο τρόπος αυτός έχει να κάνει κυρίως με την ιεραρχική δομή της επιχείρησης (π.χ. οριζόντια δομή, κάθετη δομή). Σε μία κάθετη ιεραρχική δομή οι εργαζόμενοι έχουν μικρή αυτονομία και μικρή εμπλοκή σε μη στερεότυπες διαδικασίες. Μπορούν για παράδειγμα να εντοπίσουν κάποια προβλήματα, αλλά δεν μπορούν να πάρουν πρωτοβουλία να λύσουν τα προβλήματα χρησιμοποιώντας την εμπειρία τους και τη δημιουργικότητα τους. Με άλλα λόγια, επιχειρήσεις και οργανισμοί που έχουν κεντρικό άξονα συσσώρευσης εξουσιών, έχουν ως αποτέλεσμα να οδηγούν τους εργαζόμενους σε μικρή ικανοποίηση από τη δουλειά τους λόγω της μικρής αυτονομίας που τους δίνεται. Επιπλέον, η αβεβαιότητα για τη σταθερότητα και την ασφάλεια της εργασίας αυξάνει το κλίμα συναισθηματικής εξουθένωσης, τον κυνισμό και την έλλειψη της αυτοπεποίθησης.

Η ανεπάρκεια των μισθολογικών αποδοχών εκτός από τη μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση δημιουργεί στους εργαζόμενους άγχος, μικρότερο εργασιακό γόητρο, αλλά και ανασφάλεια. Επιπλέον, δεν είναι λίγοι εκείνοι οι υπάλληλοι όπου ο μισθός τους

παραμένει «παγωμένος» ενώ οι εργασίες και τα καθήκοντά τους αυξάνονται, λόγω της πελατειακής αύξησης. Παράλληλα, λόγω της έλλειψης μεσαίων στελεχών στις επιχειρήσεις και στους οργανισμούς πολλοί εργαζόμενοι αισθάνονται ότι δεν πρόκειται να προωθηθεί η σταδιοδρομία τους. Υποτίθεται μάλιστα, ότι οι εργαζόμενοι θα πρέπει να είναι ευχαριστημένοι που έχουν δουλειά με δεδομένη την ανεργία αλλά και τις περικοπές θέσεων εργασίας. Ως αποτέλεσμα αυτών, η αφοσίωση των εργαζομένων στη συγκεκριμένη επιχείρηση ή οργανισμό, μειώνεται.

Το τέταρτο στοιχείο που συμβάλει στην εξουθένωση, αφορά την εργασιακή κοινότητα στον χώρο της εργασίας. Όταν αμφισβητείται από τον ίδιο τον εργαζόμενο η ασφάλειά του, όταν οι εργαζόμενοι απουσιάζουν λόγω εξουθένωσης τότε υπονομεύεται η συνεργασία και η ομαδικότητα. Αυτά τα δύο στοιχεία θεωρούνται απαραίτητα για την αντιμετώπιση καταστάσεων, οι οποίες είναι ιδιαίτερα απαιτητικές σε πνευματικά, ψυχικά και σωματικά αποθέματα των εργαζομένων.

Το πέμπτο στοιχείο αφορά την απουσία δικαιοσύνης, η οποία γίνεται πρόβλημα όταν χάνεται η εμπιστοσύνη, η ειλικρίνεια και ο σεβασμός. Όταν ένας οργανισμός λειτουργεί ως κοινότητα, οι άνθρωποι μέσα σε αυτή χτίζουν την εμπιστοσύνη, επικοινωνούν ανοικτά και δείχνουν σεβασμό για την εργασία του άλλου. Δυστυχώς οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί συχνά χρησιμοποιούν μια χρηματοοικονομική λογική για να καθορίσουν τις ενέργειες τους και δεν ανησυχούν ιδιαίτερα για το αντίκτυπο που θα έχουν αυτές οι ενέργειες στην ευημερία των υπαλλήλων τους. Για παράδειγμα μερικές φορές είναι απρόθυμες να ανακοινώσουν στους εργαζόμενους τις αλλαγές που θα γίνουν στην στρατηγική και πολιτική της επιχείρησης και οι οποίες προσδοκείται ότι θα επηρεάσουν άμεσα ή έμμεσα την εργασία τους.

Η δικαιοσύνη κάτω από αυτές τις συνθήκες περιλαμβάνει την ενημέρωση των εργαζομένων, καθώς και την κατανόηση των λόγων για τις αλλαγές που θα γίνουν ή έγιναν, ώστε να διευκολυνθεί η αποδοχή τους. Η έλλειψη αυτού του τύπου θεμελιώδους δικαιοσύνης στο χώρο εργασίας μπορεί να αποτελέσει αιτία για την εμφάνιση εξουθένωσης.

Τέλος, οι συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων που αφορούν τις αξίες τους μπορεί να επηρεάσουν κάθε πτυχή της εργασίας τους. Συχνά, η πίεση που ασκείται για την τέλεια διεξαγωγή μιας εργασίας οδηγεί σε χαμηλής ποιότητας αποτέλεσμα. Η υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών προς τους πελάτες μπορεί να αποτελεί την κορωνίδα του συνόλου των αξιών που διέπουν το προσωπικό. Ωστόσο, τα συστήματα που υιοθετούνται από την επιχείρηση ή τον οργανισμό για μεγαλύτερη απόδοση, συχνά περιορίζουν την προσωπική επαφή. Αρκετά συχνά λοιπόν, συναντώνται συγκρούσεις αξιών μεταξύ των εργαζομένων και των στόχων της επιχείρησης.

Οι Maslach et al, αναφέρουν (σελ. 409) ότι πέρα από το επιχειρησιακό και διοικητικό περιβάλλον του εργαζόμενου υπάρχουν δυνάμεις και έξω από αυτό που τοποθετούνται στο ευρύτερο οικονομικό πολιτιστικό και κοινωνικό περιβάλλον και που το επηρεάζουν [59]. Ειδικότερα, και μέσα σε αυτό το ευρύτερο πλαίσιο, οι Maslach & Leiter, διατύπωσαν άλλους τρεις λόγους, οι οποίοι συμβάλλουν στην αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης [97]. Αυτοί είναι: α) οι τάσεις της οικονομίας, β) η τεχνολογία και γ) η φιλοσοφία της διοίκησης των επιχειρήσεων. Οι τάσεις της οικονομίας αφορούν κυρίως την ολοένα και μεγαλύτερη επιθυμία των επιχειρήσεων για περισσότερα κέρδη, γεγονός που τις οδηγεί στην αναζήτηση εργατικού δυναμικού με μικρότερο κόστος συχνά από άλλες χώρες. Επίσης, οι κυβερνήσεις πολλών κρατών υιοθετούν περικοπές στους προϋπολογισμούς που αφορούν κοινωνικής μορφής υπηρεσίες, αλλά συνδράμουν και στη συρρίκνωση πολλών τομέων της οικονομίας.

Η τεχνολογική εξέλιξη και τα μέσα της, εκτός του ότι μπορούν να αναπληρώσουν το εργατικό δυναμικό, απαιτούν ενημερωμένους σχετικά εργαζόμενους, με αποτέλεσμα πολλοί από αυτούς να απολούνται προς χάρη πρόσληψης προσωπικού με γνώσεις υψηλής τεχνολογίας. Επιπλέον, τα αυτοματοποιημένα συστήματα επικοινωνίας είναι αρκετά απρόσωπα ιδιαίτερα σε ότι αφορά την ανάγκη κατανάλωσης υπηρεσιών. Επομένως, αυτοί που χρειάζονται υπηρεσίες κοινωνικού περιεχομένου δεν έχουν την απαιτούμενη προσωπική επαφή, με αποτέλεσμα την απαξίωση τους, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει ένταση και αρνητική φόρτιση όταν υπάρχει κατοπινή σύνδεση με κάποιο άτομο (εργαζόμενο).

Ταυτόχρονα, τα εργατικά συνδικάτα έχουν απωλέσει σημαντικό τμήμα από την ισχύ τους, ενώ διάφοροι συμβουλευτικοί οργανισμοί αποκτούν ισχύ για τον τρόπο και τη χρονική διάρκεια με τους οποίους οι εργαζόμενοι θα πρέπει να εξυπηρετούν τους πελάτες τους. Σε συνδυασμό με την μείωση του αριθμού των ενδιάμεσων στελεχών, η πίεση για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην εργασία δημιουργεί περισσότερη ένταση στους εργαζόμενους [98].

Ο βαθμός κοινωνικής υποστήριξης (social support) που δέχεται ο εργαζόμενος από τον ίδιο το χώρο της εργασίας του, αποτελεί επίσης σημαντικό αιτιατό παράγοντα επιρροής της επαγγελματικής εξουθένωσης [96]. Η κοινωνική υποστήριξη συνήθως θεωρείται ως διαμεσολαβητής που μετριάξει τις αρνητικές επιδράσεις του εργασιακού άγχους [96]. Οι Cordes και Dougherty, αναφέρουν ότι η κοινωνική υποστήριξη βοηθά τα άτομα είτε να επαναπροσδιορίσουν το εργασιακό τους άγχος, είτε να αναγνωρίσουν την ικανότητα τους να το αντιμετωπίσουν δραστικά [3].

Η υποστήριξη αυτή, μπορεί να προέλθει είτε από τους προϊσταμένους, είτε από τους συναδέλφους, με αποτελέσματα όμως που είναι διαφορετικά όσον αφορά τις

επιπτώσεις στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης [96]. Οι προϊστάμενοι για παράδειγμα, συνήθως παρέχουν υποστήριξη με ένα πιο επίσημο χαρακτήρα στα πλαίσια εργασίας, όπως η ανατροφοδότηση πληροφόρησης για συγκεκριμένες διεργασίες, πιθανότητες προαγωγής του εργαζόμενου και επιβράβευση, ενώ οι συνάδελφοι των εργαζομένων με ανεπίσημο τρόπο στηρίζουν μέσω της φιλίας τους και της συναισθηματικής υποστήριξης γενικότερα, κ.ο.κ. Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσο αυτές οι δύο πηγές υποστήριξης συμβάλουν σημαντικά στη μείωση της εξουθένωσης. Ενώ υπάρχει μαρτυρία ότι και οι δύο πηγές της κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται σημαντικά με τις τρεις διαστάσεις (MBI) της επαγγελματικής εξουθένωσης [44]. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη από συναδέλφους δεν έχει σημαντική σχέση με οποιαδήποτε διάσταση της εξουθένωσης, ενώ η υποστήριξη από τους προϊστάμενους δεν είναι σημαντική για τα προσωπικά επιτεύγματα ενώ είναι σημαντική για τις άλλες δύο διαστάσεις της [122]. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Richardsen et al, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και της κοινωνικής υποστήριξης όταν αυτή προέρχεται από τους συναδέλφους [33]. Ωστόσο, αντίθετα είναι τα αποτελέσματα των Jenkins & Elliot, οι οποίοι βρήκαν υψηλή συσχέτιση μεταξύ υποστήριξης από συναδέλφους και χαμηλής συναισθηματική εξάντλησης [120].

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ των παραγόντων που αφορούν το εργασιακό περιβάλλον και των προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου. Αυτές οι δύο κατηγορίες αιτιάσεων μπορούν να λειτουργούν ως συγκοινωνούντα δοχεία που τροφοδοτούν τις διαστάσεις της εξουθένωσης με διαφορετικό μέγεθος και ένταση για κάθε άτομο. Εδώ καλείται να παίξει σημαντικό ρόλο η ανθεκτικότητα του ατόμου, αλλά και η εικόνα που έχει για τον εαυτό του. Όπως άλλωστε συμπεραίνουν οι Jeanneau & Armelius, η τάση των εργαζομένων να ατενίζουν τον εαυτό τους με αρνητικό τρόπο μπορεί να λειτουργήσει σαν ένα αρνητικό φίλτρο για να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες της εργασίας τους [13]. Οι Ekstedt & Fageberg, προσθέτουν δε ότι οι εμπειρίες που βιώνονται πριν τη δημιουργία της εξουθένωσης μπορούν να εκπαιδεύσουν τον εργαζόμενο, ο οποίος αρχίζει και παλινδρομείται ανάμεσα στις απαιτήσεις της δουλειάς του και της υπευθυνότητας που ο ίδιος αισθάνεται, με αποτέλεσμα να απειλείται η εικόνα του εαυτού του [123].

2.4 Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η σπουδαιότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης και ιδιαίτερα σε πρακτικό επίπεδο, διαφαίνεται όταν διερευνώνται οι επιπτώσεις της. Οι επιπτώσεις αυτές, όπως αναφέρεται παρακάτω, δεν σταματούν στον ίδιο τον εργαζόμενο, αλλά επεκτείνονται και στην επιχείρηση που εργάζεται, στον οικογενειακό του κύκλο, στον παραλήπτη των υπηρεσιών του και στην κοινωνία γενικότερα [3,124,125]. Ωστόσο, θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι ερευνητές έχουν βρει δυσκολίες στην ανεύρεση αιτιατής σχέσης μεταξύ εξουθένωσης και αρνητικών επιπτώσεων. Οι περισσότερες μελέτες για τις επιπτώσεις της εξουθένωσης, εστιάζονται σε μεταβλητές συμπεριφοράς (π.χ ικανοποίηση, αφοσίωση, τάση για απουσίες) ή άλλα ψυχοσωματικά συμπτώματα και προβλήματα υγείας που αναφέρονται από τους εργαζόμενους, τα οποία ωστόσο, μπορούν επίσης να θεωρηθούν αιτίες της εξουθένωσης [126].

Τα σωματικά συμπτώματα σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα ενεργητικότητας του ατόμου, καθώς και χρόνια σωματική κούραση. Μπορεί να υπάρχουν επίσης διατροφικές διαταραχές, αλλά και διαταραχές στον ύπνο. Επιπλέον, ο εργαζόμενος μπορεί να βιώσει αυξημένη ευαισθησία σε ασθένειες και διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα [93]. Προβλήματα υγείας, όπως έλκος στομάχου, πονοκέφαλοι, παρατεταμένης διάρκειας κρυολογήματα, πόνοι στη μέση, υψηλή αρτηριακή πίεση, γαστρεντερικές διαταραχές και δυσκολίες στην αναπνοή, αποτελούν επίσης συμπτώματα που συνδέονται με την εξουθένωση [59,91, 4].

Οι ψυχολογικές και συναισθηματικές συνέπειες εστιάζονται κυρίως στη συναισθηματική και πνευματική-διανοητική εξάντληση [93]. Η πρώτη σχετίζεται κυρίως με την απάθεια του εργαζομένου, την αίσθηση ότι δεν μπορεί κανείς να τον βοηθήσει και ότι δεν υπάρχει ελπίδα για βελτίωση. Αυτού του τύπου τα συναισθήματα συνοδεύονται από μια αιωρούμενη ανησυχία του εργαζομένου, η οποία εκδηλώνεται ως στεναχώρια, άγχος και νευρική κατάσταση [93]. Η συνεχής αίσθηση που έχει ο εργαζόμενος ότι δεν έχει πλέον κουράγιο να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις οδηγεί στη φθορά της συναισθηματικής του ενέργειας και ο εργαζόμενος φτάνει στο σημείο πλέον να πιστεύει ότι δεν έχει τίποτα άλλο να προσφέρει.

Οι επιπτώσεις στο διανοητικό τομέα παρουσιάζονται με την έλλειψη συγκέντρωσης και προσοχής, με αποτέλεσμα την αδυναμία του εργαζομένου να λαμβάνει αποφάσεις και να βρίσκει λύσεις στα προβλήματα [93]. Επιπλέον, η αρνητική στάση απέναντι στον εαυτό του, στους συναδέλφους και στους πελάτες αποτελεί σημάδι διανοητικής εξάντλησης [93]. Αυτά τα σημάδια είναι παρόμοια με αυτά που περιγράφει η Maslach, και εκπροσωπούν την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων [91].

Άλλες επιπτώσεις που ανήκουν στην πνευματική και συναισθηματική σφαίρα του εργαζομένου είναι η ευερεθιστικότητα, ο θυμός, η καχυποψία και οι παρανοϊκές σκέψεις [127].

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης διαφαίνονται έντονα και στη συμπεριφορά του εργαζομένου. Δεν είναι λίγοι αυτοί που μπορεί να αρχίσουν ή να αυξήσουν το κάπνισμα, αλλά και την πόση αλκοόλ ή και τη χρήση ναρκωτικών ακόμη [3]. Επίσης έντονα είναι τα σημάδια επιδείνωσης στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις [127]. Τα διάφορα παράπονα που εκφράζει στο σπίτι ο εργαζόμενος για τη δουλειά του, μπορεί να προκαλέσουν ένταση και οικογενειακές διαμάχες και συγκρούσεις, απομόνωση του ατόμου, λιγότερη διάθεση για ενασχόληση με την οικογένεια και τάσεις κυνικής συμπεριφοράς προς τα οικογενειακά μέλη σαν να ήταν πελάτες. Τέλος η εξουθένωση μπορεί ακόμη να οδηγήσει και σε διαζύγιο [91].

Στο εργασιακό περιβάλλον παρατηρήθηκαν αλλαγές στη συμπεριφορά των εργαζομένων που αφορούν την ποιοτική και ποσοτική απόδοση στην δουλειά τους, όπως αργοπορίες, απουσίες, ακόμη και παραιτήσεις [93]. Επιπρόσθετα, η επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων αλλά και με τους παραλήπτες των υπηρεσιών τους, επηρεάζεται και αυτή αρνητικά, λόγω της αρνητικής τους στάσης. Η αποπροσωποποιημένη συμπεριφορά των εργαζομένων οδηγεί σε σκληρή συμπεριφορά απέναντι στους άλλους, όπως για παράδειγμα σκληρές παρατηρήσεις, ανάλωση λιγότερου χρόνου για επίλυση των προβλημάτων τους, λιγότερη οπτική επαφή και μεγαλύτερα διαλείμματα [4,91]. Μάλιστα έχουν αναφερθεί έντονοι διαξιφισμοί και διαμάχες μεταξύ εργαζομένων, αλλά και μεταξύ εργαζομένων και πελατών [127]. Οι διαξιφισμοί αυτοί όταν υπερβαίνουν τα όρια προκαλούν ψυχολογικά προβλήματα. Οι Rowe και Sherlock, σε έρευνα έδειξαν ότι η λεκτική κατάχρηση μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού σε τακτά χρονικά διαστήματα μπορεί να προκαλέσει άγχος, μικρότερη ικανοποίηση από την εργασία και απουσίες από την δουλειά [128]. Συνέπεια όλων αυτών είναι το χαμηλό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλληλοκατανόησης αλλά και εμπιστοσύνης.

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης αναπόφευκτα επεκτείνονται αρκετά συχνά με υψηλό κόστος και στην ίδια την επιχείρηση ή τον οργανισμό. Σύμφωνα με δεδομένα της ευρωπαϊκής ένωσης η επαγγελματική εξουθένωση επικρατεί στο 29% των εργαζομένων, με το αντίστοιχο ποσοστό στη Βρετανία να ανέρχεται σε 38% [2]. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, περισσότερες από τις μισές των 550 εκατομμυρίων των εργαζομένων ημερών χάνονται κάθε χρόνο εξαιτίας απουσιών των εργαζομένων για λόγους που σχετίζονται με το άγχος και την εξουθένωση². Η ίδια πηγή αναφέρει ότι σε έρευνα του

² Έρευνα της European Agency for Safety and Health at Work από το περιοδικό Knowledge Magazine, March 2001 με τίτλο Battling Burnout, στη διεύθυνση: <http://www.destinationkm.com/articles/default.asp?ArticleID=514>

2000 από τον διεθνή οργανισμό εργασίας, ένα στα δέκα ανώτερα στελέχη υποφέρει από εξουθένωση. Μάλιστα, υπολογίζεται ότι το κόστος που προέρχεται από το εργασιακό άγχος στοιχίζει τους εργοδότες 200 δις δολάρια το χρόνο [2]. Σε μία δημοσκόπηση που έγινε στον Καναδά³ τον Ιούνιο του 2005, 66 από τα 114 διευθυντικά στελέχη ανέφεραν ότι «το άγχος, η εξουθένωση ή κάποιο άλλο σωματικό ή ψυχικό πρόβλημα έχουν αρνητική επίπτωση στην παραγωγικότητα». Το 75% των στελεχών δήλωσαν ότι τα τελευταία 5 έτη αυτά τα προβλήματα (άγχος και εξουθένωση) έχουν αυξηθεί πολύ και αναρωτιούνται αν θα μπορέσουν τελικά να ανταποκριθούν στις αιτούμενες αποζημιώσεις.

Πέρα από την αρνητική αποτελεσματικότητα και χαμηλή παραγωγικότητα των εργαζομένων, το κόστος μεγιστοποιείται όταν ληφθούν υπόψη οι παραιτήσεις τους και η απόκτηση νέων και άπειρων εργαζομένων που απαιτούν χρονοβόρα εκπαίδευση [4].

2.5 Επαγγελματική εξουθένωση, στρες, εργασιακό περιβάλλον και ικανοποίηση.

Οι περισσότερες από τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί χρησιμοποιούν τεχνικές συσχετίσεων για τη διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης με διάφορες μεταβλητές [48]. Οι καλύτερα συσχετιζόμενοι παράγοντες της εξουθένωσης ήταν η ασάφεια ρόλων, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η ηλικία, η ανθεκτικότητα των εργαζομένων, η ενεργός αντιμετώπιση των καταστάσεων και η κοινωνική υποστήριξη.

Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται ένα νέο ερευνητικό πεδίο, το οποίο περιλαμβάνει μελέτες της εξουθένωσης σε συνδυασμό με άλλα φαινόμενα, όπως το στρες και η επαγγελματική ικανοποίηση. Χαρακτηριστικό σημείο αυτών των μελετών είναι ότι εστιάζονται σε συγκεκριμένους παράγοντες και εξετάζουν σε βάθος τις επιπτώσεις τους.

Το 1995 οι Πατεράκη και λοιποί αναφέρθηκαν επίσης στα αίτια, την πρόληψη και την αντιμετώπιση της εργασιακής εξουθένωσης. Η έρευνά τους, όμως αφορά στην επαγγελματική κόπωση (frustration) των νοσηλευτών. Υποστήριξαν ότι οι αιτίες για την επαγγελματική κόπωση στους νοσηλευτές θα πρέπει να αναζητηθούν κυρίως στην προσωπικότητά τους, τις προσωπικές τους σχέσεις με τους ασθενείς και στις συνθήκες εργασίας τους. Οι εν λόγω ερευνητές αναφέρουν επίσης μέτρα πρόληψης τα οποία συμπεριλαμβάνουν πολυμορφία στην εργασία, βελτίωση εργασιακών σχέσεων κ.α.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η έρευνα του David Rees, η οποία εστιάζεται στο άγχος των εργαζομένων, που αποτελεί τη βασική αιτία για την εξουθένωση [129]. Ο Rees μελέτησε τα όρια του εργασιακού άγχους εξετάζοντας εργαζόμενους που ανήκαν σε μεγάλες εργασιακές ομάδες ενός μεγάλου νοσοκομειακού οργανισμού στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι έξι επαγγελματικές ομάδες που επέλεξε ανήκαν στον ιατρικό τομέα.

³ Energy for Performance : http://www.energyforperformance.ca./business_case_cost.html

Διεξήχθη σύγκριση των αποτελεσμάτων, μέσω της ανάλυσης διακύμανσης και της διαδικασίας Sheffe, με στόχο την ανεύρεση μεθόδων αντιμετώπισης του προβλήματος. Χρησιμοποιήθηκε το πλαίσιο που προτείνεται από τον Cox, το οποίο θεωρεί ότι ο μεσολαβητικός παράγοντας μπορεί να είναι είτε το άτομο, είτε ο οργανισμός και ότι υπάρχουν τρία επίπεδα για να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα στην εργασία. Αυτά είναι: α) η πρόληψη, β) ο περιορισμός του άγχους στον εργασιακό χώρο και γ) η παροχή βοήθειας στα άτομα. Σημαντικό ενδιαφέρον στην εν λόγω μελέτη παρουσιάζει το γεγονός ότι, ενώ τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με το βαθμό άγχους ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες είχαν μεγάλες ομοιότητες, οι στρατηγικές αντιμετώπισης θα έπρεπε να προσαρμοστούν στις ανάγκες κάθε ομάδας ξεχωριστά για να υπάρχουν θετικά αποτελέσματα.

Το 1997 οι Ιακωβίδης και λοιποί δημοσιεύουν μελέτη για την εργασιακή εξουθένωση σε νοσηλευτικό προσωπικό, λαμβάνοντας δείγμα από το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Χρησιμοποίησαν για την έρευνά τους το μοντέλο Maslach και τα πρότυπα ερωτηματολόγια Eyesenck. Σκοπός της έρευνας τους ήταν να μελετήσουν τη σχέση μεταξύ της ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό και της προσωπικότητας, όπως επίσης και τη σχέση της με τα κοινωνικά, δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Το δείγμα τους διαιρέθηκε μέσω της ανάλυσης cluster σε έξι ομάδες, που προέκυψαν από δυο ομάδες ηλικιών σε συνδυασμό με τα τρία επίπεδα εξουθένωσης. Η ανάλυση παλινδρόμησης που εφαρμόστηκε έδειξε ότι υπάρχει μια πολύπλοκη σχέση των χαρακτηριστικών του δείγματος, η οποία οδηγεί στην αύξηση της εργασιακής εξουθένωσης. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι το μοντέλο ανάπτυξης της εργασιακής εξουθένωσης είναι μη γραμμικό, γεγονός που σημαίνει ότι διαφορετικές μεταβλητές διαδραματίζουν διαφορετικούς ρόλους στα επίπεδα της εξουθένωσης. Επίσης αποδεικνύεται στην έρευνα πως το συγκεκριμένο μοντέλο δείχνει ότι υφίσταται μια ακολουθία «φυσιολογικής» συμπεριφοράς μεταξύ εργασίας και πραγματικής εργασιακής εξουθένωσης. Άρα, είναι πολύ πιθανόν η επαγγελματική εξουθένωση να συνιστά ένα πραγματικό κλινικό σύνδρομο με νευρωσικά χαρακτηριστικά και όχι τόσο ένα φυσιολογικό αποτέλεσμα μιας υπερβολικής κούρασης.

Την επόμενη χρονιά (1998) η Δημητρίου δημοσιεύει άρθρο για τη διερεύνηση της εργασιακής εξουθένωσης των νοσηλευτών χρησιμοποιώντας αυτή τη φορά το θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman. Στη μελέτη της εξετάζει τους παράγοντες που οδηγούν τους νοσηλευτές σε εργασιακή εξουθένωση, όπως επίσης τα σημεία, τα συμπτώματα και τους τρόπους με τους οποίους οι νοσηλευτές προσαρμόζονται στην εργασιακή εξουθένωση. Χωρίζει τους παράγοντες που οδηγούν τους νοσηλευτές σε άγχος και εξουθένωση σε τρεις κατηγορίες:

- ενδογενείς (ασθενείς που πεθαίνουν, βαρύτητα ασθενών, ανασφάλεια, προσωπικά προβλήματα),
- διαπροσωπικούς (σχέση με τους συναδέλφους, ένταση στην ομάδα εργασίας, έλλειψη επικοινωνίας, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, έλλειψη αναγνώρισης έργου από τους προϊσταμένους),
- εξωγενείς (φόρτος εργασίας, γραφειοκρατία, θέση εργασίας).

Η έρευνα των Blumental et al, επικεντρώθηκε στη σαφήνεια του εργασιακού ρόλου που έχουν οι επαγγελματίες νοσηλευτές στο δημόσιο τομέα της Βρετανίας, αλλά και οι νοσηλευτές που απασχολούνται σε ευεργετικούς οργανισμούς και ιδρύματα [121]. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η δεύτερη ομάδα των εργαζομένων είχε αρκετά ξεκάθαρους ρόλους στην εργασία και με επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συγκρίσιμα με αυτά των επαγγελματιών νοσηλευτών του δημόσιου τομέα. Το προσωπικό στους ευεργετικούς οργανισμούς φάνηκε να έχει θετικότερη στάση απέναντι στον οργανισμό στον οποίο εργάζεται και με επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης χαμηλότερα από αυτά των νοσηλευτών του κρατικού τομέα. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι ο κρατικός τομέας μπορεί να λάβει κάποια σημαντικά μαθήματα από τον τομέα των ευεργετικών ιδρυμάτων και οργανισμών σχετικά με τη μείωση των επιπέδων εξουθένωσης.

Το 1999 ο Γερμανός Norbert Schmitz, διεξήγαγε έρευνα για το άγχος και την εργασιακή εξουθένωση σε δείγμα νοσηλευτών από εννέα μονάδες πέντε νοσοκομείων [130]. Σκοπός της έρευνας του ήταν να εκτιμήσει τις επιδράσεις που έχει το στρες, μέσα από μια δέσμη συσχετιζόμενων παραγόντων που αφορούν την ευχέρεια ελέγχου⁴ (Locus of Control) στην εργασιακή εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού. Για τη μέτρηση της εργασιακής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο MBI καθώς και ο τύπος ερωτηματολογίου Locus. Τα αποτελέσματα που έδειξαν οι δείκτες καλής προσαρμογής, (goodness of fit indices) υποστήριξαν τη θέση, ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός ελέγχου (Locus of control) που έχουν οι νοσηλευτές, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στο άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση.

Στα τέλη της δεκαετίας του '90 το Βρετανικό σύστημα υγείας δέχτηκε πολλές αλλαγές, κυρίως στο σύστημα λειτουργίας των γενικών γιατρών, με αποτέλεσμα τα επαγγέλματα του ιατρικού τομέα να υφίστανται μεγαλύτερη πίεση. Αυτή η νέα κουλτούρα των συνεχών αλλαγών αύξησε το φόρτο εργασίας των γιατρών και των ειδικευόμενων. Η Usha Rout, διεξήγαγε έρευνα στην οποία εξετάστηκαν οι πηγές του άγχους που

⁴ Ο όρος "Locus of Control" αφορά το βαθμό με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται ότι έχει τον έλεγχο ενός δεδομένου γεγονότος ή εάν αντιλαμβάνεται ότι το συγκεκριμένο γεγονός βρίσκεται έξω από τον έλεγχό του

σχετίζονται με υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας στον εργασιακό χώρο και με τη χαμηλή σε επίπεδα ψυχική υγεία μεταξύ ειδικευόμενων και ειδικευμένων γιατρών [131]. Οι βασικές πηγές δυσαρέσκειας και έλλειψης ψυχικής υγείας και για τις δύο ομάδες ήταν η έλλειψη επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ συναδέλφων και προσωπικού. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε ένα δείγμα τυχαία επιλεγμένων ατόμων στη βορειοδυτική περιοχή της Αγγλίας. Αυτά συμπεριλάμβαναν δημογραφικές πληροφορίες και λεπτομέρειες σχετικά με την εργασία, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας κ.τ.λ.. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε ουσιαστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά στην ψυχική τους υγεία. Η μελέτη επίσης αποκάλυψε ότι οι γυναίκες γιατροί ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από τη δουλειά τους από ότι οι ειδικευόμενοι, όσον αφορά το φόρτο εργασίας, την ποικιλία και την ελευθερία στην εργασία τους. Ίσως το βασικότερο εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι ανέδειξε τις πηγές εργασιακού άγχους που είναι κοινές σε όλες τις εργασιακές ομάδες. Αυτές μπορούν να χωριστούν σε έξι διαφορετικούς παράγοντες, οι οποίοι είναι:

- εργασιακό περιβάλλον και επικοινωνία,
- εργασιακές και οικογενειακές συγκρούσεις και κοινωνική ζωή,
- διοίκηση και επιτυχία στόχων,
- προβλήματα με ασθενείς,
- απαιτήσεις από ασθενείς και άλλους και
- οικονομικές απαιτήσεις.

Οι Fallowfield και Jenkins, υποστηρίζουν ότι η επικοινωνία, όταν κάποιος δουλεύει σε ογκολογικές πτέρυγες, είναι βασικό κλινικό προσόν για το οποίο λίγοι ογκολόγοι ή νοσηλευτές έχουν εκπαιδευτεί [132]. Η ανεπαρκής επικοινωνία μπορεί να προκαλέσει άγχος και στους ασθενείς και στις οικογένειές τους, οι οποίοι συχνά ζητούν περισσότερες πληροφορίες από αυτές που τους δίνονται. Οι ίδιοι οι ογκολόγοι παραδέχονται ότι η ανεπαρκής εκπαίδευσή τους, όσον αφορά την επικοινωνία και την οργανωτική ικανότητα, συνιστά σημαντικό παράγοντα που συμβάλει στη δημιουργία άγχους, στην έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης και στην επαγγελματική εξουθένωση.

Ακόμη μία έρευνα που τοποθετεί στο επίκεντρό της τον έλεγχο που μπορεί να έχουν οι εργαζόμενοι, δηλαδή τη δύναμη να ελέγξουν καταστάσεις στον εργασιακό τους χώρο και στη ζωή τους, είναι αυτή των Schmitz et al [130]. Η έρευνα στόχευε στη διερεύνηση των επιδράσεων του ελέγχου και του εργασιακού στρες στην εξουθένωση. Σε δείγμα 361 νοσηλευτών από εννέα νοσοκομεία βρέθηκε ότι υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με τη δυνατότητα που έχουν οι εργαζόμενοι να ελέγχουν τις καταστάσεις στη ζωή τους. Θετική σχέση, όπως άλλωστε αναμενόταν, βρέθηκε μεταξύ της εξουθένωσης και του στρες. Σημαντική μπορεί

να θεωρηθεί η διαπίστωση, η οποία μάλιστα παραπέμπει σε περαιτέρω έρευνα, ότι όταν οι εργαζόμενοι είναι εξουθενωμένοι αισθάνονται αδυναμία να υιοθετήσουν στρατηγικές, ώστε να καταφέρουν να προσαρμόσουν τους εαυτούς τους σε προβληματικές καταστάσεις.

Η έρευνα των Baker et al, απομονώνει ένα σημαντικό εργασιακό παράγοντα, ο οποίος αναφέρεται στο «ισοζύγιο» ανταμοιβής-εργασιακής προσπάθειας, με στόχο να διερευνηθεί η σχέση του με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης [133]. Σε δείγμα 204 γερμανίδων νοσηλευτριών τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εκείνες που βιώνουν αρνητικό ισοζύγιο (ανταμοιβής-εργασίας) ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης από τις υπόλοιπες νοσηλεύτριες.

Η Αδαλή, εκπόνησε μελέτη με δείγμα 233 νοσηλευτών που εργάζονταν σε παθολογικά τμήματα πέντε κρατικών νοσοκομείων της Αθήνας [134]. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης τύπου Maslach, η κλίμακα μέτρησης εργασιακού περιβάλλοντος Moos και Insel και το ερωτηματολόγιο γενικών πληροφοριών. Η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση. Στόχος της έρευνας ήταν να μελετηθεί το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών που δουλεύουν σε δημόσια νοσοκομεία και η σχέση της με τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Το κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά βρέθηκαν να σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση που αφορά τους νοσηλευτές των ΜΕΘ. Το φύλο βρέθηκε να έχει σχέση με τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ η ηλικία δεν φάνηκε να διαδραματίζει ιδιαίτερο ρόλο. Η οικογενειακή κατάσταση έχει σχέση με την αποπροσωποποίηση, ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται με αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ένας από τους λόγους αυξημένης επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η ψυχολογική διάθεση των νοσηλευτών, η οποία επιδεινώνεται ιδιαίτερα όταν αυτοί εργάζονται σε τομείς του συστήματος υγείας, οι οποίοι έχουν αυξημένο αριθμό θνησιμότητας ασθενών. Για το λόγο αυτό διάφορες έρευνες επικέντρωθηκαν σε νοσοκομεία και σε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο είχε άμεση σχέση κυρίως με καρκινοπαθείς ασθενείς.

Οι Grunfeld et al, με έναυσμα τους ολοένα μεγαλύτερους προβληματισμούς και αναφορές για την εξουθένωση, τα υψηλά επίπεδα άγχους, τις παραιτήσεις και τη μείωση ωρών εργασίας του προσωπικού, αποφάσισαν να διεξάγουν εμπιστευτική έρευνα για να υποστηρίξουν ή να καταρρίψουν τις αναφορές αυτές [135]. Το ερωτηματολόγιο MBI ταχυδρομήθηκε σε 1016 εργαζόμενους ογκολογικών μονάδων νοσοκομείων του Οντάριο. Εκτός από τις ερωτήσεις MBI υπήρχαν ερωτήσεις που αφορούσαν την ικανοποίηση από την εργασία, το άγχος και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι ερωτήσεις αυτές είχαν ως

σκοπό να μετρήσουν τη γνώμη του προσωπικού όσον αφορά εναλλακτικές καταστάσεις εργασίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι πιο συχνή στον τομέα των θεραπειών από ότι στο υπόλοιπο προσωπικό. Το ίδιο ισχύει για το αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων και αποπροσωποποίησης. Τα ευρήματα επίσης υποστηρίζουν τον προβληματισμό ότι το προσωπικό των ογκολογικών τμημάτων βιώνει επαγγελματική εξουθένωση και υψηλά επίπεδα άγχους και στην πλειοψηφία του σκέφτεται την παραίτηση ή τη μείωση ωρών εργασίας.

Παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 1994 από τους Παπαδάτου και λοιπούς. Σκοπός της έρευνας τους ήταν να διευκρινίσουν εάν οι νοσηλεύτριες που εργάζονται σε ογκολογικές πτέρυγες είχαν μεγαλύτερα επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης εν συγκρίσει με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε γενικά τμήματα. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Maslach. Επίσης, οι ερευνητές θέλησαν να διευκρινίσουν τους προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που συντρέχουν στην ανάπτυξη συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων στο νοσηλευτικό προσωπικό ογκολογικών μονάδων. Το δείγμα για τη μελέτη τους ήταν 217 νοσηλεύτριες ογκολογικών τμημάτων από τρία μεγάλα κρατικά νοσοκομεία των Αθηνών και 226 νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε ένα από τα τρία γενικά κρατικά νοσοκομεία της ίδιας πόλης. Το δείγμα επιλέχθηκε τυχαία με τα μέλη του να πληρούν τις παρακάτω προδιαγραφές: γένους θηλυκού, ελληνικής εθνικότητας, δύο χρόνια τουλάχιστον εκπαίδευσης στη νοσηλευτική, πλήρες ωράριο. Τα ευρήματα της μελέτης ήταν ίδια με αυτά των Grunfeld et al [135].

Οι Rausch και Braverman, εστίασαν το ερευνητικό τους ενδιαφέρον σε μια συγκεκριμένη ομάδα νοσηλευτριών (n= 465), οι οποίες εργάζονταν σε νοσοκομεία ειδικευμένα στην ενδοκρινολογία και στη στειρότητα. Οι συγκεκριμένες νοσηλεύτριες όπως αναφέρεται έχουν τεράστιες ευθύνες [136]. Εκτός της φροντίδας, επωμίζονται με διαχειριστικές ευθύνες, αλλά και με ευθύνες που σχετίζονται συχνά με την ψυχολογική υποστήριξη που απαιτεί ο ασθενής. Ο στόχος της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός των παραγόντων εκείνων που συνδέονται με την προσωπικότητα των νοσηλευτριών, αλλά και με τη στάση τους απέναντι στη στειρότητα. Με μέση ηλικία τα 40,3 έτη και με μέση εμπειρία τα 7,1 έτη οι νοσηλεύτριες παρουσιάστηκαν με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αν και η στάση που έχουν απέναντι στη στειρότητα δεν φάνηκε να συσχετίζεται με την εξουθένωση, εντούτοις μια σειρά από χαρακτηριστικά που διέπουν την προσωπικότητα των νοσηλευτριών (συνεσταλμένη, προσγειωμένη, ειλικρινής, ανήσυχη και αντιδραστική) παρουσίασαν υψηλές συσχετίσεις.

Μια ακόμη εργασία που σχετίζει την εξουθένωση, το εργασιακό στρες και την ικανοποίηση είναι αυτή της Eva Grunfeld και των συναδέλφων της [135]. Η έρευνα

διεξήχθη σε 681 άτομα που απασχολούνται σε αντικαρκινικά κέντρα του Οντάριο στον Καναδά και συγκεκριμένα στα ογκολογικά τμήματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση ήταν σε υψηλότερα επίπεδα στους γιατρούς από ότι στο υπόλοιπο προσωπικό (π.χ. νοσηλεύτές) και στο προσωπικό υποστήριξης (τεχνικοί κ.τ.λ). Τα επίπεδα που αφορούσαν τη χαμηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων εμφανίστηκαν υψηλότερα στο υπόλοιπο προσωπικό (54%) και στους γιατρούς (48.4%) από ότι στο προσωπικό υποστήριξης (31,4%). Σημαντικό στοιχείο στην έρευνα είναι ότι αυτοί που παρουσίασαν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης επιθυμούσαν τη μείωση των ωρών εργασίας, ενώ σημαντικό τμήμα των γιατρών εξέταζαν την εναλλακτική να εργαστούν αλλού.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ιδιαίτερα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μελετήθηκε σε πολλές και διάφορες χώρες σε όλο τον κόσμο κυρίως χρησιμοποιώντας τον τύπο ερωτηματολογίου της Maslach. Το 2001 στη Φλόριντα διεξήχθη έρευνα από τον Beckstead, ο οποίος χρησιμοποίησε τη τεχνική LISREL για να εξετάσει την εγκυρότητα του εργαλείου MBI. Το δείγμα περιελάμβανε 151 νοσηλεύτριες από την κεντροδυτική Φλόριντα. Πραγματοποιήθηκαν κάποιες προσαρμογές της αρχικής μορφής των τριών συνιστωσών του MBI, έτσι ώστε να μπορέσουν να προσαρμοστούν στα δεδομένα. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με παρόμοιες μελέτες σε Ευρωπαϊκές νοσηλεύτριες. Στην έρευνα συντάσσονται προτάσεις για μοντέλα μέτρησης του MBI σε μελλοντικές μελέτες που χρησιμοποιούν μοντέλα διαρθρωτικών εξισώσεων (structural equation).

«Σπάνια έχουν μελετηθεί οι παράγοντες που εμποδίζουν την εξουθένωση και την αποχώρηση και μη αναπλήρωση των εργαζομένων από τα επαγγέλματά τους». Αυτή η επισήμανση αναφέρεται στην εργασία των Brown et al, η οποία εξέτασε 213 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ασθενείς, οι οποίοι έχουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας λόγω των ασθενειών τους (π.χ AIDS) [137]. Εκτός του ερωτηματολογίου MBI, οι εργαζόμενοι απάντησαν και σε ερωτήσεις κλίμακας που σχετίζονται με τις εργασίες που διεξάγονται, με τις σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και με την κατάσταση υγείας των ασθενών. Όλες αυτές οι ερωτήσεις ανίχνευαν παράγοντες που ενδεχομένως προκαλούν στρες. Ένα από τα σημαντικά στοιχεία αυτής της έρευνας είναι ότι επαναλήφθηκε μετά από 2 χρόνια στο ίδιο προσωπικό, ενώ η εργασιακή κατάσταση (job status) προσδιορίστηκε μετά από 4 χρόνια. Συνολτικά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Μετά από 4 χρόνια το 35% του προσωπικού έφυγε από το τμήμα περίθαλψης Αιμοφιλίας / HIV.
- Η εξουθένωση δεν σχετίζεται με την παραμονή στο τμήμα στη διάρκεια των 4 ετών.

- Η παραμονή στο τμήμα σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση από την εργασία, την οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένοι) και τη μικρότερη ψυχολογική πίεση που απορρέει από τις σχέσεις με τους συναδέλφους.
- Επιπλέον, βρέθηκε ότι η υποστήριξη από τους συναδέλφους είναι ο κυριότερος παράγοντας για να παραμείνουν οι εργαζόμενοι στις θέσεις τους στο τμήμα.
- Τέλος, οι ερευνητές καταλήγουν ότι είναι σημαντικές οι σχέσεις των εργαζομένων και ότι η ομαδική εργασία μπορεί να αποτελέσει ασπίδα στην εξουθένωση και στη διαφυγή από το τμήμα.

Η έρευνα των Demira et al, πραγματοποιήθηκε σε δύο μεγάλα νοσοκομεία της Τουρκίας με στόχο να προσδιοριστούν τα επίπεδα της εξουθένωσης, αλλά και να διερευνηθούν ποιοι παράγοντες από την προσωπική τους ζωή επηρεάζουν τα επίπεδα αυτά [138]. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 333 άτομα. Εκτός του ερωτηματολογίου MBI, η έρευνα περιελάμβανε και αναζητήσεις σχετικά με τα προσωπικά δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. Τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από ότι εκείνο που εργάζεται στο δημόσιο. Αυτό, όπως αναφέρεται, οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές του πανεπιστημιακού νοσοκομείου αισθάνονται πιο ανεξάρτητοι στις εργασιακές τους δραστηριότητες. Και στους δύο τύπους νοσοκομείων το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και η μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία μειώνουν την εξουθένωση, η οποία όμως αυξάνεται σημαντικά λόγω της συχνότερης βραδινής βάρδιας των νοσηλευτών. Επιπλέον, οι νοσηλευτές που έχουν προβλήματα στις σχέσεις τους με συναδέλφους δεν παρουσιάστηκαν ευχαριστημένοι από τη δουλειά τους και ταυτόχρονα έδειξαν μεγαλύτερα επίπεδα εξουθένωσης από τους υπόλοιπους. Επίσης, παράγοντες που αφορούν την προσωπική ζωή των νοσηλευτών όπως η ανατροφή των παιδιών, οι εργασίες στο σπίτι, οι οικονομικές δυσκολίες, αλλά και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στις συγκοινωνίες για τη μεταφορά τους στο εργασιακό τους χώρο, φαίνεται ότι αυξάνουν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στη διεθνή έρευνα έχει επανειλημμένως ειπωθεί ότι οι εργασιακοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στην υγεία των εργαζομένων από ότι οι προσωπικοί. Αυτό έρχεται να επιβεβαιωθεί και από πρόσφατη έρευνα των Mechteld et al [139]. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι η επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών με ειδικότητα, ερμηνεύεται κατά 41% από τους παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης και του στρες. Ένα από τα σημαντικά επίσης ευρήματα της μελέτης είναι ότι τα μεγαλύτερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης λειτουργούν προστατευτικά στη δημιουργία αρνητικών επιπτώσεων από ψυχολογική πίεση (στρες) που δέχεται ο εργαζόμενος. Από την πλευρά

της, η εργασιακή ικανοποίηση φαίνεται να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την υποστήριξη που δέχονται οι γιατροί από τους συναδέλφους και τον οργανισμό. Η επαγγελματική εξουθένωση σε γενικές γραμμές σύμφωνα με τα αποτελέσματα του MBI ήταν σε χαμηλά επίπεδα. Ωστόσο, η έρευνα έδειξε ότι η αύξηση του στρες και η μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης οδηγούν σε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης.

Αν και η παραπάνω έρευνα σε ιατρικό προσωπικό της Ολλανδίας έδειξε χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης και τόνισε το ρόλο που διαδραματίζουν οι εργασιακοί παράγοντες, δεν συνέβη ακριβώς το ίδιο σε προγενέστερη έρευνα που έγινε στην ίδια χώρα (Ολλανδία) σε δείγμα νοσηλευτών. Σε δείγμα 402 νοσηλευτών ο Jansen, βρήκε ότι οι νοσηλευτές βιώνουν μέτρια επίπεδα εξουθένωσης και εργασιακής ικανοποίησης και ότι αμφότερα τα χαρακτηριστικά που διέπουν την εργασία, αλλά και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, σχετίζονται σημαντικά με την ικανοποίηση και την εξουθένωση [140]. Ωστόσο, η ικανοποίηση επηρεάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα χαρακτηριστικά της εργασίας, ενώ η εξουθένωση από τα ατομικά χαρακτηριστικά.

Σε μια άλλη, μάλλον αρκετά πρωτότυπη έρευνα, ο Lee και οι συνάδελφοί του, συνέδεσαν την ικανοποίηση που αισθάνονται οι νοσηλευτές στη ζωή τους με την επαγγελματική ικανοποίηση και εξουθένωση [141]. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 194 νοσηλευτές σε νοσοκομεία της Κορέας με περισσότερες από 300 κλίνες. Τα ευρήματα της έρευνας ήταν μάλλον αναμενόμενα. Οι νοσηλευτές που έχουν χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης και υψηλά επίπεδα εξουθένωσης έχουν επίσης και μέτρια επίπεδα ικανοποίησης για τη ζωή τους γενικότερα. Η εξουθένωση ερμήνευσε ωστόσο μεγαλύτερο τμήμα της διακύμανσης της ικανοποίησης για την ζωή των νοσηλευτών από ότι η επαγγελματική ικανοποίηση. Το προσωπικό που ανέφερε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης για τη ζωή του είχε τα εξής χαρακτηριστικά: βίωνε υψηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων και χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, δεν εργάζονταν τις νυχτερινές ώρες και ένιωθε ευχαριστημένο από το επαγγελματικό του status,.

Μία μελέτη που επικεντρώνεται αποκλειστικά στο εργασιακό περιβάλλον και στη σχέση του με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης είναι αυτή των Fernet et al [142]. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όταν οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι μπορούν να ελέγχουν την εργασία τους και να αυτοπροσδιορίζονται μέσα από αυτή, τότε οι απαιτήσεις της εργασίας δεν έχουν έντονη αρνητική επίπτωση στην εξουθένωση και συγκεκριμένα στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση. Επιπλέον, ο έλεγχος της εργασίας αυξάνει τη σχέση μεταξύ των απαιτήσεων που έχει η εργασία με την αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων, αλλά μόνο για εκείνους τους εργαζόμενους που διακατέχονται από υψηλά επίπεδα αυτοπροσδιορισμού.

Η ικανότητα ή ο βαθμός της ικανότητας που μπορεί να διαθέτει ο εργαζόμενος για να ελέγξει μία προβληματική κατάσταση είναι φανερό από τη διεθνή έρευνα ότι καταλαμβάνει σημαντική θέση ανάμεσα στους παράγοντες που μπορούν να ερμηνεύσουν τη συναισθηματική εξάντληση και γενικότερα την ψυχική υγεία των εργαζομένων. Την τελευταία πενταετία ωστόσο ένας ακόμη παράγοντας προστέθηκε στη λίστα με τους υπόλοιπους που επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Αυτός ο παράγοντας θα μπορούσε να ειπωθεί ότι βρίσκεται στο «παρασκήνιο» της ικανότητας ελέγχου που μπορεί να έχει ο εργαζόμενος και καλείται συναισθηματική νοημοσύνη (emotional intelligence). Η συναισθηματική νοημοσύνη θεωρείται μια σχετικά νέα έννοια. Διαμορφώθηκε για να ληφθούν υπόψη οι ατομικές διαφοροποιήσεις που παρατηρούνταν στους εργαζόμενους, στις αντιδράσεις τους σε στρεσογόνους παράγοντες, καθώς και στην αίσθηση που αυτοί έχουν για την προσωπική τους ευημερία [143]. Η σχέση της εν λόγω έννοιας με τον έλεγχο του εργαζομένου που προαναφέρθηκε, έγκειται στο γεγονός ότι σε εργασιακά περιβάλλοντα με υψηλές απαιτήσεις, η επιλογή και ο έλεγχος στρατηγικών άμεσης αντιμετώπισης των δύσκολων καταστάσεων που μπορεί να αναπτύξει ο εργαζόμενος, επηρεάζονται από το επίπεδο της συναισθηματικής νοημοσύνης του [143]. Η Linda Gerits, παραθέτει εκτός των άλλων, μια σύντομη αναθεώρηση της χρήσης και του ρόλου που έχει ο εν λόγω παράγοντας, ενώ ταυτόχρονα αναφέρεται στη νεότητα του όρου και στη χρήση του στην έρευνα [143]. Μάλιστα σε προγενέστερη μελέτη της βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης ανέφεραν μικρότερα επίπεδα εξουθένωσης, λιγότερες απουσίες από την εργασία τους και λιγότερες παραιτήσεις [143]. Δύο χρόνια αργότερα από αυτήν τη μελέτη, οι Gerits et al, διεξήγαγαν μία νέα έρευνα με έμφαση στις διαφορές των δύο φύλων και σε νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται σε ψυχιατρικά ιδρύματα, το οποίο σχετίζεται με ασθενείς με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας [143]. Η έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες οι οποίες κατείχαν σχετικά υψηλά προφίλ συναισθηματικής νοημοσύνης και χαμηλά επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων ανέφεραν λιγότερα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης⁵. Ο συνδυασμός υψηλά επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων και υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης δεν έδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ώστε να θεωρηθεί ένας συνδυασμός «ασπίδα» για την εξουθένωση. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης και όχι τα πολύ υψηλά επίπεδα υπευθυνότητας για τους ασθενείς, ωθούν τους εργαζόμενους να μην εμπλέκονται στενά με τους ασθενείς. Αυτή η «χαλαρή» συναισθηματική εμπλοκή μάλλον αποτελεί καλή στρατηγική για να ανταποκριθούν οι εργαζόμενοι στις αντίξοες συνθήκες. Οι άνδρες που παρουσίασαν ικανότητα στο να

⁵ Με τον όρο κοινωνικές δεξιότητες (social skills) νοείται η ικανότητα να μοιράζεται ο εργαζόμενος τα συναισθήματά του με άλλους, η ικανότητα για διαπροσωπικές σχέσεις και η ικανότητα να επιδείξει κοινωνική υπευθυνότητα (Gerits et al 2004).

λύνουν προβλήματα και επιδεξιότητα στην ανοχή στο στρες παρουσίασαν επίσης μικρά επίπεδα εξουθένωσης. Οι κοινωνικές δεξιότητες, ως διαχωριστικός παράγοντας ως προς την εξουθένωση στους άνδρες, επίσης δεν φάνηκε να είναι σημαντικός. Σε γενικές γραμμές, η εν λόγω έρευνα τεκμηρίωσε το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει στην εξουθένωση ο νέος αυτός παράγοντας που καλείται συναισθηματική νοημοσύνη.

Μια εργασία που δείχνει τη σχέση της εξουθένωσης των νοσηλευτών με την κατάσταση υγείας των νοσηλευόμενων είναι αυτή των Baldelli et al [144]. Η εργασία αυτή, αφενός τονίζει το ρόλο που διαδραματίζουν οι προσδοκίες που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση υγείας των ασθενών τους στο επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης και αφετέρου υπογραμμίζει τη σχέση υγειούς ανταπόδοσης των υπηρεσιών υγείας μεταξύ δότη και παραλήπτη. Η συγκεκριμένη έρευνα εξέτασε νοσηλευτικό προσωπικό σε νοσοκομείο της Modena (Ιταλία) χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο MBI σε δύο χρονικές περιόδους με διαφορά ενός έτους. Κατά τη διάρκεια του έτους εφαρμόστηκαν θεραπευτικά προγράμματα αποκατάστασης σε ασθενείς με ψυχωσικά προβλήματα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η βελτίωση της υγείας των ασθενών είχε ως συνέπεια τη βελτίωση του επιπέδου εξουθένωσης των νοσηλευτών. Όπως συμπεραίνεται από τους ερευνητές η μελέτη έδειξε ότι «όσο περισσότερο βελτιωνόταν η υγεία των νοσηλευόμενων, τόσο περισσότερο γαλήνια αισθάνονταν οι νοσηλευτές μέσα στην εργασιακή τους σφαίρα» (σελ. 54).

Μία ακόμη έρευνα δύο χρονικών περιόδων, η οποία όμως είναι πολύ μεγαλύτερη στο μέγεθος του δείγματος της, είναι αυτή των McManus et al [145]. Ο στόχος της μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο ο τρόπος με τον οποίο οι γιατροί προσεγγίζουν την εργασία τους, με βάση τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και το μαθησιακό τους τρόπο (learning style), μπορεί να βοηθήσει να προβλεφθεί, από πέντε έως και 12 χρόνια νωρίτερα, το εργασιακό κλίμα, το στρες, η εξουθένωση και η ικανοποίηση από την ιατρική τους καριέρα. Η συγκεκριμένη έρευνα εξέτασε 1668 γιατρούς (απόκριση 63,3%) ηλικίας 29-30 ετών. Οι δύο χρονικές περίοδοι μεταξύ τους ήταν αρκετά μεγάλες καθότι στην πρώτη περίοδο εξέτασης οι γιατροί ολοκλήρωναν τις σπουδές τους. Το ερωτηματολόγιο πέρα από την κλίμακα MBI περιείχε και ερωτήσεις σχετικά με την υγεία γενικότερα (GHQ-12), με την ιατρική καριέρα κ.α.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι:

α) ο τρόπος με τον οποίο οι γιατροί προσεγγίζουν τη δουλειά τους μπορεί να προβλεφθεί από τις συνήθειές τους και τους μαθησιακούς τρόπους τους κατά τη διάρκεια της φοίτησής τους .

β) ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται το εργασιακό κλίμα και το φόρτο εργασίας μπορεί να προβλεφθεί από την προσέγγιση στην εργασία, τις μετρήσεις του στρες, την εξουθένωση και την ικανοποίηση που αντλούν από την άσκηση της ιατρικής.

Τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά μπορούν να προβλεφθούν κατά ένα μέρος από τις μετρήσεις που αφορούν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας τους όπως ήταν προ πενταετίας. Επίσης, φάνηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αυτών των χαρακτηριστικών με την εξουθένωση, το στρες και την ικανοποίηση.

Η εν λόγω μελέτη είναι από τις ελάχιστες οι οποίες αποπειρώνται να προβλέψουν μελλοντικές καταστάσεις υγείας, όπως η εξουθένωση, χρησιμοποιώντας προγενέστερα δεδομένα. Τα δεδομένα αυτά εκπροσωπούνται από ποιοτικές μεταβλητές που σχετίζονται με την προσωπικότητα του ατόμου. Στην ίδια έρευνα φάνηκε επίσης ότι το μείζον τμήμα των ιατρών δεν ήταν ικανοποιημένο από την εργασία του, λόγω του υπερβολικού φόρτου εργασίας που είχαν να αντιμετωπίσουν και την έλλειψη υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον. Οι συγκεκριμένοι γιατροί ανέφεραν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης και στρες. Με βάση τη μελέτη των De los Rios et al στο Μεξικό, μια νοσηλεύτρια παντρεμένη, σχετικά νεαρή, με χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση αντιπροσωπεύει το προφίλ του επαγγελματία υγείας που εμφανίζει συχνότερα επαγγελματική εξουθένωση [146].

2.6 Επαγγελματική εξουθένωση σε μονάδες υγείας και ψυχικής υγείας.

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ψυχιάτρους και στους ψυχολόγους έχει τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία ήδη από τις αρχές τις δεκαετίας του 1980 και το ζήτημα εξακολουθεί να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα [147,148,149]. Έχει βρεθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού στον τομέα ψυχικής υγείας μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε υποτροπές της ψυχικής υγείας [150]. Συνιστά λοιπόν ένα ζήτημα κεφαλαιώδους σημασίας. Για παράδειγμα, οι Farber και Heifetz, ερευνήσαν την επικράτηση της εξουθένωσης στους γιατρούς που πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς με ψυχικά και διανοητικά προβλήματα [151]. Η έρευνά τους ανέκρουσε την παρουσία εξουθένωσης στο 71% των ψυχολόγων, στο 43% των ψυχιάτρων και στο 73% των κοινωνικών λειτουργών. Μια άλλη μελέτη από τον Farber, έδειξε ότι 36% του δείγματος των ιατρών που πρόσφεραν ιατρικές υπηρεσίες σε άτομα με διανοητικά και ψυχολογικά προβλήματα εμφάνισαν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και μόνο 6,3% έδειξε έναν υψηλό βαθμό εξουθένωσης [152].

Οι Cronin et al, μελέτησαν 296 νοσηλεύτριες τριών νοσοκομείων που εργάζονταν σε ιατρικές μονάδες, σε μονάδες εντατικής, σε ψυχιατρικές μονάδες και σε θαλάμους αρρώστων [153]. Η έρευνα είχε ως στόχο να βρει τη σχέση που έχουν αυτές οι τέσσερις ομάδες εργαζομένων με την εξουθένωση, το στρες και την κοινωνική υποστήριξη.

Διαπιστώθηκε ότι το προσωπικό των τριών νοσοκομείων διέφερε σημαντικά στη συχνότητα εμφάνισης και την ένταση του επαγγελματικού στρες και της εξουθένωσης. Λαμβάνοντας υπόψη στην ανάλυση τους τον παράγοντα του νοσοκομείου (μέγεθος) οι ερευνητές κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: (α) τα χαμηλότερα επίπεδα στρες, τα οποία είναι αποτέλεσμα θετικών αλλαγών στη ζωή των εργαζομένων και της συναισθηματικής υποστήριξης, συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης και αντίστροφα, (β) οι νοσηλεύτριες της εντατικής και των ιατρικών μονάδων αντιμετώπιζαν συχνότερα και πιο έντονα παράγοντες που δημιουργούσαν στρες από ότι οι νοσηλεύτριες των ψυχιατρικών μονάδων και των θαλάμων. (γ) Οι νοσηλεύτριες της εντατικής βίωναν σημαντικά περισσότερη επιβεβαίωση (δηλ. αναγνώριση από άλλους και θετική ανατροφοδότηση πληροφόρησης για τις ενέργειές τους) από τις νοσηλεύτριες των ψυχιατρικών μονάδων (δ) Καμία σημαντική διαφορά στην εξουθένωση δεν βρέθηκε στις τέσσερις ομάδες εργαζομένων.

Μια μεταγενέστερη έρευνα από τους Ackerley et al, εξέτασε το επίπεδο της εξουθένωσης σε δείγμα ψυχολόγων [154]. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περισσότερο από το ένα τρίτο των ψυχολόγων ανέφερε ότι βιώνει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης. Επίσης, 21% των ψυχολόγων ανέφερε ότι θα επέλεγε μια διαφορετική σταδιοδρομία εάν τους δίνονταν η ευκαιρία.

Οι Raqueras & Miller, εκπόνησαν μια μελέτη 68 ψυχοθεραπευτών του Τέξας με βάση την κλίμακα μέτρησης MBI [155]. Οι ψυχοθεραπευτές σε αυτήν τη μελέτη ανέφεραν χαμηλά και μέτρια επίπεδα εξουθένωσης.

Οι Melchior et al, στο άρθρο τους πραγματοποιούν μια μετα-αναλυτική διερεύνηση (meta-analysis) όλων των μεταβλητών που σχετίζονται με την εξουθένωση των νοσηλευτών σε ψυχιατρικές μονάδες [156]. Ο σκοπός ήταν η περιγραφή της σχετικής σπουδαιότητας των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν από διάφορους ερευνητές στην ερμηνεία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι μεταβλητές αυτές ανέρχονταν σε 43 στον αριθμό. Η μετα-αναλυτική διαδικασία έδειξε ότι η εξουθένωση συσχετίζεται αρνητικά με την εργασιακή ικανοποίηση και θετικά με την σύγκρουση ρόλων στον εργασιακό χώρο.

Τρεις ακόμη επικίνδυνοι παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη δημιουργία εξουθένωσης αποδείχθηκαν ότι είναι: η ομάδα ασθενών με τους οποίους δουλεύουν στο ψυχιατρείο οι νοσηλευτές, όπως ασθενείς με βαριά ψυχικά νοσήματα που τα διακρίνουν η επιθετικότητα και οι έντονες τάσεις αυτοκτονίας, η αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ των ασθενών και νοσηλευτών και ειδικότερα η ανταπόδοση των ασθενών στις προσπάθειες των νοσηλευτών, και τέλος οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες των νοσηλευτών που αφορούν κυρίως τις δυνατότητες που έχουν οι ασθενείς να αποκατασταθεί η ψυχική τους υγεία.

Η εργασία των Prosser et al, εξέτασε 121 εργαζόμενους σε ψυχιατρικές μονάδες ανιχνεύοντας αρχικά τους εργασιακούς παράγοντες που ερμηνεύουν το στρες και την εργασιακή ικανοποίηση [157]. Οι παράγοντες αυτοί εισήλθαν σε μοντέλα παλινδρόμησης ως ερμηνευτικές μεταβλητές. Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν τη σπουδαιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος για την ψυχική υγεία των εργαζομένων, την εξουθένωση και την ικανοποίηση. Ειδικότερα, το στρες που πηγάζει από τον υπερβολικό φόρτο εργασίας παρουσιάστηκε ως σημαντική μεταβλητή στην επιρροή της συναισθηματικής εξάντλησης και της ψυχικής υγείας. Το στρες που προέρχεται από την επαφή με τους ασθενείς σχετίστηκε με την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων. Η υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση παρουσιάστηκε να συσχετίζεται με τον τρόπο διοίκησης της μονάδας και γενικότερα με τη συνεργασία με τους συναδέλφους. Τέλος, η συναισθηματική εξάντληση και τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας των εργαζομένων φάνηκε ότι επηρεάζονται αισθητά από την ικανοποίηση που αντλούν οι εργαζόμενοι από την επαγγελματική τους καριέρα

Το 1998 οι Ζιώγου και συν., δημοσίευσαν ένα άρθρο με τίτλο «επαγγελματική φόρτιση στο ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό» [158]. Πρόκειται για μελέτη που έγινε σε νοσηλεύτες και νοσηλεύτριες του ψυχιατρικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και διερευνά τη σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την ψυχική υγεία και την προσωπικότητα των νοσηλευτών. Στην έρευνά τους συμμετείχαν 147 νοσηλεύτες, άνδρες και γυναίκες. Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το αποτέλεσμα της έρευνας το οποίο έδειξε ότι το φύλο και η προσωπικότητα παίζουν σημαντικό ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα, το φύλο έπαιξε σημαντικό ρόλο στην κλίμακα της αποπροσωποποίησης και η συναισθηματική εξουθένωση συσχετίστηκε με την εκπαίδευση. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τα αποτελέσματα για να παραθέσουν προτάσεις που θα βελτιώσουν την κατάσταση υγείας των εργαζομένων.

Οι Jeanneau και Armelius, διεξήγαγαν έρευνα σε 754 νοσηλεύτες ψυχιατρικών μονάδων στη Σουηδία με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εξουθένωσης και της εικόνας του εαυτού (self image) των νοσηλευτών[13]. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει έντονη σχέση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων με την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους οι νοσηλεύτες. Η σχέση αυτή παρουσιάστηκε πιο χαλαρή με την αποπροσωποποίηση των νοσηλευτών. Σε γενικές γραμμές η ομάδα των παραμέτρων που αφορούσαν στις αρνητικές εντυπώσεις που έχουν οι νοσηλεύτες για τον εαυτό τους είχε μεγαλύτερη σχέση με την εξουθένωση από ότι η ομάδα με τις παραμέτρους που αφορούσαν σε θετικές εντυπώσεις. Αυτό αποτελεί σημάδι ότι η εξουθένωση εμφανίζεται πιο εύκολα σε άτομα που έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία τους οδηγούν στο να έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Kilfeder et al, η οποία εξέτασε την επαγγελματική εξουθένωση σε 510 νοσηλευτές σε ψυχιατρική μονάδα της Σκωτίας [159]. Στην έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκαν, εκτός των ατομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών, μια σειρά από παράγοντες που προκαλούν εργασιακό στρες και που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά ή θετικά την εξουθένωση όπως η κατανόηση, η προγνωστικότητα και ο έλεγχος γεγονότων που προκαλούν στρες, η σύγκρουση ρόλων, η ασάφεια ρόλων, η προοπτική της εργασίας και άλλοι παράγοντες. Στους παράγοντες περιλαμβάνονταν και η ικανοποίηση από την εργασία, η οποία μετρήθηκε με τις 16 ερωτήσεις της κλίμακας Warr. Τα ευρήματα της εν λόγω έρευνας έδειξαν χαμηλά και μέσα επίπεδα στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μόνο το 2% των νοσηλευτών έδειξε υψηλά επίπεδα. Η ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε ότι οι ερμηνευτικές μεταβλητές (στρεσογόνοι παράγοντες) ερμήνευσαν τη συναισθηματική εξάντληση κατά 41,9%, την αποπροσωποποίηση κατά 16,4% και τα προσωπικά επιτεύγματα κατά 25,6%. Η εργασιακή ικανοποίηση βρέθηκε να σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με την συναισθηματική εξάντληση και τα προσωπικά επιτεύγματα και σε μικρότερο με την αποπροσωποποίηση των νοσηλευτών.

Οι Kee et al, σε έρευνα που διεξήγαγαν για τους ψυχολόγους που εργάζονται σε αγροτικές περιοχές βρήκαν ότι το 20,8% αυτών ανέφερε υψηλά επίπεδα εξουθένωσης και το 42,8% μέτρια επίπεδα. Από τις τρεις διαστάσεις που απαρτίζουν την επαγγελματική εξουθένωση (MBI) η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση κυριάρχησαν έναντι του αισθήματος των προσωπικών επιτευγμάτων [5].

Οι Αδαλή και συν., δημοσιεύουν ένα άρθρο με θέμα «επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού»[94]. Σκοπός της έρευνας τους ήταν να μελετήσουν την επαγγελματική εξουθένωση σε προσωπικό ψυχιατρικών. Το δείγμα τους ήταν 199 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού από πέντε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Για την έρευνά τους χρησιμοποίησαν το μοντέλο Maslach, αξιολόγησαν το εργασιακό περιβάλλον με την κλίμακα Moos και Insel, ενώ χρησιμοποίησαν τη γραμμική παλινδρόμηση για τη στατιστική ανάλυσή τους. Ενδιαφέρον αποτέλεσμα της μελέτης τους αποτελεί το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών τμημάτων γενικών νοσοκομείων είχε υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχιατρικών νοσοκομείων. Σε γενικά πλαίσια βρήκαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση βρίσκεται σε μέτρια επίπεδα.

Οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν σε συγκεκριμένα εργασιακά συστήματα στον τομέα υγείας στην Ιαπωνία ώθησε τους Imai et al, να εξετάσουν εάν η εξουθένωση των νοσηλευτών που εργάζονται σε ψυχιατρικά ιδρύματα είναι μεγαλύτερη από εκείνη των

νοσηλευτών γενικής υγείας που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία [160]. Η εν λόγω μελέτη θα μπορούσε να ειπωθεί ότι σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις αναζητήσεις της παρούσης διδακτορικής διατριβής. Η μεγάλη ωστόσο διαφορά έγκειται στο ότι στην ερευνητική τους προσπάθεια οι ερευνητές δεν χρησιμοποίησαν την κλίμακα MBI αλλά την κλίμακα εξουθένωσης του Pines. Επιπλέον, οι ερευνητές έθεσαν ως δεύτερο στόχο την ταυτοποίηση των παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών που πιθανόν να συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση.

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν την επικράτηση της εξουθένωσης στους νοσηλευτές του ψυχιατρείου (59,2%) έναντι των άλλων νοσηλευτών γενικής υγείας (51,5%). Η έλλειψη του εργασιακού ελέγχου από την πλευρά των νοσηλευτών στα ψυχιατρεία και η αυξανόμενη συχνότητα των επειγόντων περιστατικών που προκαλούσαν υπερωρίες, παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες συσχέτισης με την εξουθένωση. Ωστόσο, αυτή η σχέση δεν παρουσιάστηκε σημαντική για το νοσηλευτικό προσωπικό στα υπόλοιπα τμήματα (γενικής υγείας).

2.7 Εξουθένωση και κατάθλιψη.

Αν και σήμερα η έννοια της εξουθένωσης καθορίζεται με αρκετά σαφή τρόπο φαίνεται ότι υπάρχει κάποιας μορφής σύγχυση για τη διαφορά μεταξύ της εξουθένωσης και της κατάθλιψης. Ο λόγος για αυτή τη σύγχυση έγκειται κυρίως στο γεγονός ότι η κατάθλιψη και η εξουθένωση έχουν κοινά χαρακτηριστικά [59]. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία, συμπεριλαμβάνει αισθήματα λύπης, ψυχικού κενού, απελπισίας, αισθήματα δυσφορίας και χαμηλή σωματική και πνευματική ενέργεια που οδηγούν αντίστοιχα σε πνευματική και σωματική εξουθένωση. Το τελευταίο αυτό στοιχείο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αποτέλεσε και το εφαλτήριο για την εκτίμηση ότι η εξουθένωση και η κατάθλιψη αλληλοκαλύπτονται [14].

Τα συμπτώματα της εξουθένωσης όπως έχει προαναφερθεί είναι η πνευματική και συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Επιπλέον, τα συμπτώματα δυσφορίας, όπως η κούραση (σωματική και πνευματική), η συναισθηματική εξάντληση καθώς και τα συναισθήματα κατάθλιψης, θεωρούνται ως τα χαρακτηριστικότερα συμπτώματα της εξουθένωσης [59].

Υποτίθεται ότι ο πυρήνας της εξουθένωσης, δηλαδή η μείωση των ενεργητικών πόρων του εργαζομένου, είναι ευδιάκριτος στο περιεχόμενο και στο νομολογικό του δίκτυο από την κατάθλιψη και από την ανησυχία (anxiety), όπως καταδεικνύεται από τους Corrigan et al και από τους Leiter και Durum [162,18].

Οι μετρήσεις της κατάθλιψης, όπως η κλίμακα του BECK, περιλαμβάνουν στοιχεία των οποίων το περιεχόμενο μετρά την παθητικότητα και τη σχετική

ανικανότητα του εργαζομένου να δραστηριοποιηθεί προς την επίτευξη των στόχων του. Επιπλέον, οι πιο πρόσφατες φάσεις της εξουθένωσης μπορούν να συνοδευτούν από καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αυτά τα επιχειρήματα παρέχουν μια εύλογη θεωρητική εξήγηση του συχνά αναφερόμενου υψηλού θετικού συσχετισμού μεταξύ της εξουθένωσης και των μετρήσεων της κατάθλιψης [161]. Με βάση αυτά τα θεωρητικά επιχειρήματα, αναμένεται η εξουθένωση να είναι εννοιολογικά ευδιάκριτη από την κατάθλιψη. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι σύνθετη και περιλαμβάνει την έλλειψη ευχάριστων εμπειριών, που συνοδεύεται από τα συναισθήματα του θυμού, της ενοχής, της ανησυχίας και των συμπτωμάτων της σωματικής κούρασης, στοιχεία που δεν διακρίνουν την επαγγελματική εξουθένωση.

Επιπλέον, οι γνωστικές (cognitive) απόψεις για την κατάθλιψη θεωρούν ότι συσχετίζεται πρωτίστως με την προσωπική απαισιοδοξία, τις ικανότητες και το μέλλον [163]. Σύμφωνα με τους Brenningmeyer et al, σε σύγκριση με τα καταθλιπτικά άτομα, τα άτομα με υψηλή επαγγελματική εξουθένωση: (1) είναι πιο ζωτικά στη συμπεριφορά τους και δείχνουν να απολαμβάνουν πράγματα και καταστάσεις, αν και στερούνται την απαιτούμενη ενέργεια, (2) σπάνια χάνουν βάρος ή σπάνια έχουν σκέψεις αυτοκτονίας, (3) έχουν πιο ρεαλιστικά συναισθήματα ενοχής, όταν τα αισθάνονται, (4) τείνουν να αποδώσουν, σε αντίθεση με τα καταθλιπτικά άτομα, την αναποφασιστικότητα και την αδράνειά τους στην κούρασή τους παρά στην ασθένειά τους και (5) συχνά έχουν δυσκολίες στον ύπνο, ενώ τα καταθλιπτικά άτομα τείνουν να ξυπνούν πάρα πολύ νωρίς [9].

Αρκετά στοιχεία για το διαχωρισμό κατάθλιψης και εξουθένωσης δίνονται και από τους Glass & McKnight οι οποίοι ερεύνησαν τη διάκριση μεταξύ εξουθένωσης και κατάθλιψης πραγματοποιώντας βιβλιογραφική ανασκόπηση 18 μελετών [17]. Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων σε αυτές τις μελέτες υπερέβη τους 4800. Στις περισσότερες από τις μελέτες η εξουθένωση μετρήθηκε με την κλίμακα MBI, ενώ χρησιμοποιήθηκαν διάφορες κλίμακες για τη μέτρηση της κατάθλιψης. Το συμπέρασμα της ανασκόπησης ήταν ότι η κατάθλιψη και η εξουθένωση δεν είναι ίδιες, αν και τα συμπτώματα των δύο καταστάσεων υγείας και ειδικότερα η συναισθηματική εξάντληση παρουσιάστηκαν να συσχετίζονται θετικά με την κατάθλιψη.

Ωστόσο, υπάρχουν θεωρητικές εκτιμήσεις οι οποίες υποστηρίζουν ότι ένα τμήμα των διακυμάνσεων της εξουθένωσης και της κατάθλιψης είναι κοινό. Οι δύο αυτές εννοιολογικές οντότητες έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες. Για παράδειγμα το χρόνιο άγχος επηρεάζει αμφότερες την κατάθλιψη και την εξουθένωση. Επίσης η καταθλιπτική συμπτωματολογία, θεωρείται ως ένα από τα συστατικά των πέντε σημαντικών παραγόντων που διαμορφώνουν την νευρωσική προσωπικότητα, η οποία έχει

αποδειχθεί ότι σχετίζεται στενά με την εξουθένωση [164]. Οι Leiter και Durum υποστήριξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση, η οποία αποτελεί ένα από τα τρία συστατικά του MBI, επικαλύπτει τη χαμηλή ενεργητικότητα του ατόμου και τα χρόνια συμπτώματα κούρασης, που θεωρήθηκαν ως συμπτώματα της κατάθλιψης (δυσθυμική διαταραχή) [18]. Οι ίδιοι ερευνητές υποστήριξαν περαιτέρω ότι η αποπροσωποποίηση ως συστατικό του MBI υπονοεί την κοινωνική απόσυρση και την απελπισία, που θεωρούνται ως βασικά στοιχεία των καταθλιπτικών καταστάσεων. Οι εργαζόμενοι σε μια προσπάθεια να αναρρέσουν τα συναισθήματα εξάντλησης, απομακρύνονται από τους παραλήπτες των υπηρεσιών τους και αποσύρονται ψυχολογικά από τα καθήκοντα της εργασίας τους. Αυτό μπορεί να εξηγήσει το συχνό σύνδεσμο μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και του κυνισμού [165].

Η εξουθένωση μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σε κάθε πτυχή της ατομικής ζωής του ανθρώπου. Μπορεί να έχει επιβλαβή επίδραση σε διαπροσωπικές και οικογενειακές σχέσεις και μπορεί να οδηγήσει σε μια γενικότερη αρνητική στάση απέναντι στη ζωή. Από αυτήν την άποψη, η εξουθένωση αναμένεται να έχει κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα με την κατάθλιψη [6]. Οι Leiter και Durum υποστήριξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση ως συστατικό της εξουθένωσης είναι συνυφασμένη με τη χαμηλή ενεργητικότητα του ατόμου και τα χρόνια συμπτώματα κούρασης, τα οποία θεωρούνται και συμπτώματα της κατάθλιψης και συγκεκριμένα της δυσθυμικής (dysthymic) διαταραχής [18]. Οι ίδιοι ερευνητές υποστήριξαν περαιτέρω, ότι η αποπροσωποποίηση ως συστατικό της κλίμακας MBI υπονοεί την απόσυρση και την απελπισία, που θεωρούνται επίσης βασικά στοιχεία που περιγράφουν τις καταθλιπτικές καταστάσεις.

Άλλες μελέτες εστιάζονται στη σύγκριση της εξουθένωσης και της κατάθλιψης. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Bakker και Schaufeli μελετήθηκε η επίπτωση της εξουθένωσης και της κατάθλιψης μεταξύ των δασκάλων στα σχολεία [8]. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η έλλειψη αμοιβαιότητας στις σχέσεις με τους σπουδαστές συνιστά το βασικό παράγοντα πρόβλεψης της κατάθλιψης, αλλά όχι της εξουθένωσης. Επίσης, η έλλειψη αμοιβαιότητας στις σχέσεις με τους συνεργάτες βρέθηκε να προβλέπει την κατάθλιψη αλλά όχι την εξουθένωση.

Ενώ η εξουθένωση και η κατάθλιψη έχουν κοινά συμπτώματα (π.χ. δυσφορία, χαμηλή ενεργητικότητα, κούραση, ανικανότητα συγκέντρωσης) και επομένως βρέθηκαν εμπειρικά να σχετίζονται μεταξύ τους, υπάρχουν στοιχεία και μαρτυρίες στη διεθνή έρευνα που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη και η εξουθένωση είναι στην πραγματικότητα δυο διακριτές και διαφορετικές καταστάσεις υγείας.

Οι Iacovides et al, [6] στην προσπάθειά τους να προσεγγίσουν τις σχέσεις των εννοιών της εξουθένωσης, της κατάθλιψης και του εργασιακού στρες παραθέτουν σωρεία εμπειρικών μελετών των οποίων τα ευρήματα δείχνουν ότι:

- Το ιατρικό προσωπικό σε σημαντικά ποσοστά μπορεί να πάσχει από κατάθλιψη και ειδικότερα οι γιατροί αμύνονται κατά της επερχόμενης κατάθλιψης με προσφυγή τους στον αλκοολισμό, στη χρήση φαρμάκων ή και στα δύο.
- Το αρνητικό εργασιακό περιβάλλον μπορεί να σχετίζεται με την κατάθλιψη, η οποία με την σειρά της σχετίζεται με τάσεις αυτοκτονίας.
- Όσο το εργασιακό σύστημα είναι ισχυρό στην υποστήριξη του εργαζόμενου τόσο μικρότερη είναι η τάση αυτού προς την κατάθλιψη. Στα υψηλότερα εργασιακά κλιμάκια οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι έχουν μικρότερη υποστήριξη από εκείνους που βρίσκονται σε χαμηλόβαθμες θέσεις εργασίας.
- Οι περισσότερες μελέτες που διερευνούν τη σχέση της εξουθένωσης και της κατάθλιψης καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι είναι δύο διαφορετικές νοσολογικές οντότητες.
- Τα υψηλά επίπεδα ψυχολογικών απαιτήσεων, τα χαμηλά επίπεδα ικανού εύρους λήψης αποφάσεων των εργαζομένων, τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης και η υψηλή ψυχολογική πίεση λόγω ακατάλληλων εργασιών, είναι σημαντικοί προάγγελοι μιας επερχόμενης κατάθλιψης.
- Δεν ανιχνεύτηκαν συσχετισμοί μεταξύ των χαρακτηριστικών που διέπουν την εργασία και της συναισθηματικής κλίμακας που επιδρά στην κατάθλιψη. Οι λόγοι θα πρέπει πιθανόν να αναζητηθούν στις στρατηγικές που υιοθετούνται από τους εργαζόμενους για την αντιμετώπιση δυσάρεστων καταστάσεων. Οι στρατηγικές αυτές φαίνεται ότι διαμορφώνονται και επηρεάζονται από τα μακροχρόνια εκπαιδευτικά προγράμματα που παρακολουθούν οι εργαζόμενοι, τα οποία σε συνδυασμό με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, αλλά και με τις ελάχιστες εργασιακές εναλλακτικές που ενδεχομένως να διαθέτουν, τους ωθούν στη διαμόρφωση των εν λόγω στρατηγικών.

Ένα άλλο τμήμα της διεθνούς έρευνας εστιάζεται στη μορφή, αλλά και στην κατεύθυνση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ της κατάθλιψης και της εξουθένωσης. Το ζητούμενο είναι κατά πόσο η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί αποτέλεσμα της εξουθένωσης ή το αντίθετο.

Διάφορες μελέτες έχουν συγκρίνει και έχουν αξιολογήσει την εξουθένωση και την κατάθλιψη. Σε μελέτη που διεξήχθη από τους Glass et al σε νοσηλευτές, διαπιστώθηκε ότι υπό ορισμένους όρους η εξουθένωση μπορεί να αναπτυχθεί μέσα στην κατάθλιψη [166]. Εντούτοις, σε μεταγενέστερη μελέτη, οι Glass & McKnight διαπίστωσαν ότι η

εξουθένωση και η κατάθλιψη συσχετίζονται αμφίδρομα, δηλαδή ότι η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει εξουθένωση αλλά και το αντίθετο [17].

Όμως στην έρευνα των Iacovides et al παρουσιάστηκε ότι οι νοσηλευτές που υπέφεραν από το σύνδρομο της εξουθένωσης δεν εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης [167]. Στην εν λόγω έρευνα προτάθηκε ότι ένα άτομο μπορεί να υποφέρει από κατάθλιψη δίχως ταυτόχρονα να διακατέχεται από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Εξαιρεση φαίνεται να αποτελούν οι νεότεροι σε ηλικία. Επίσης, αυτοί που πάσχουν από εξουθένωση έχουν υψηλές πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης αλλά ήπιας μορφής.

Πέρα από τον παράγοντα ηλικία, η προσωπικότητα του ατόμου και ειδικότερα ο τομέας εκείνος που σχετίζεται με την εσωστρεφή ή εξωστρεφή αντιμετώπιση των προβλημάτων στο εργασιακό πεδίο, φαίνεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Οι ερευνητές Firth και Britton εξέτασαν την «επαγγελματική κατάθλιψη», την εξουθένωση και την προσωπικότητα των νοσηλευτών που εργάζονται με μακροχρόνιες συμβάσεις. Διαπίστωσαν, ότι διάφορες διακριτές εξουθενωτικές αντιδράσεις ήταν εμφανείς μεταξύ του προσωπικού, συμπεριλαμβανομένου όχι μόνο της «επαγγελματικής κατάθλιψης» και της αποπροσωποποίησης, αλλά και της αποφυγής των προβλημάτων και των αποφάσεων [168]. Η ασάφεια στις προσδοκίες των προϊσταμένων σχετικά με τις εργασίες του προσωπικού και ο βαθμός επιτυχίας με στόχο την ικανοποίηση αυτών των προσδοκιών, συνδέθηκαν με τα αποτελέσματα που είχε κάθε μία από τις αντιδράσεις (μεταβλητές). Η προσωπικότητα εμφανίστηκε να σχετίζεται με τις αντιδράσεις του προσωπικού. Ειδικότερα, το προσωπικό που είχε εσωστρεφή στάση απέναντι στις διάφορες αφιμαχίες φάνηκε να διατηρεί απόσταση από ενδεχόμενα προβλήματα και αποφάσεις. Τα άτομα που διέπονταν από εξωστρεφή στάση έδειξαν ότι είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκθέσουν τους εαυτούς τους στην αποπροσωποποίηση. Οι ερευνητές καταλήγουν, ότι όπως και να έχει, και οι δύο διαδικασίες μπορούν να έχουν επιπτώσεις στη φροντίδα των ασθενών με διαφορετικούς τρόπους αλλά και στις σχέσεις με τους άλλους επαγγελματίες συναδέλφους.

Υπάρχουν στη διεθνή έρευνα αρκετές μελέτες που επικεντρώνονται στα στοιχεία που μετρούν την κατάθλιψη και την εξουθένωση. Αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι οι δύο κλινικές καταστάσεις επηρεάζονται από διαφορετικούς παράγοντες (μεταβλητές). Αξιοσημείωτη είναι η μελέτη των Glass και McNight που προτείνει ότι οι καταθλιπτικές επιπτώσεις και η εξουθένωση δύνανται να έχουν κοινή αιτιολογία και ότι η διαφορά τους μπορεί να οφείλεται στην ταυτόχρονη εξέλιξη τους [17].

2.8 Περίληψη-Συμπεράσματα.

Τα τελευταία 20 χρόνια η λέξη εξουθένωση έγινε αρκετά δημοφιλής. Ωστόσο, οι μελέτες δείχνουν ότι το σύνδρομο δεν έχει καθοριστεί με απόλυτη σαφήνεια. Οι προσπάθειες της Maslach για τον προσδιορισμό της εξουθένωσης φαίνεται να έχουν ευδοκιμήσει, αφού το σύνολο της ακαδημαϊκής κοινότητας εμφανίζεται να έχει αποδεχθεί την εξίσωση της εξουθένωσης με τα τρία συστατικά της δηλαδή τη συναισθηματική εξάντληση, τα συναισθήματα χαμηλών προσωπικών επιτευγμάτων και την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων [1,47]. Κατά πόσο αυτά τα τρία συστατικά της εξουθένωσης, τα οποία από πολλούς ερευνητές θεωρούνται και συμπτώματα, μπορούν να διακριθούν από άλλες συναφείς έννοιες, όπως το εργασιακό στρες, την κατάθλιψη και τη δυσαρέσκεια από την εργασία, ίσως να αποτελεί ένα συνεχές ζητούμενο.

Ο κυριότερος ίσως λόγος για την πληθώρα των ερευνών για την εξουθένωση είναι οι αρνητικές επιπτώσεις της. Αυτές οι επιπτώσεις έχει αποδειχθεί εμπειρικά ότι είναι τεράστιες σε οικονομικό κόστος και σε ανθρώπινο δυναμικό για τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις και επομένως και για την κοινωνική ευημερία των κρατών. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι αρκετοί ορισμοί της εξουθένωσης, έχουν εστιαστεί στις επιπτώσεις της [127]. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια, οι μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει ανάγκη για υιοθέτηση μέτρων που θα λειτουργούν προληπτικά στην εμφάνιση της εξουθένωσης, ώστε να μετριάζονται οι επιπτώσεις της σε όλα τα επίπεδα.

Σύμφωνα με τη διεθνή έρευνα, η εξουθένωση και η κατάθλιψη φαίνεται ότι έχουν κοινά συμπτώματα όπως δυσφορία, χαμηλή ενεργητικότητα, κούραση, ανικανότητα συγκέντρωσης και επομένως βρέθηκαν εμπειρικά να σχετίζονται μεταξύ τους. Εντούτοις υπάρχουν στοιχεία και εμπειρικές μαρτυρίες που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη και η εξουθένωση είναι στην πραγματικότητα δυο διακριτές και διαφορετικές καταστάσεις υγείας.

Θεωρητικά οι δύο έννοιες της κατάθλιψης και της εξουθένωσης διαφέρουν από την άποψη ότι η κατάθλιψη δηλώνει ένα γενικευμένο κίνδυνο που απλώνεται και καλύπτει σχεδόν όλες τις πτυχές της ζωής, ενώ η εξουθένωση τοποθετείται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, δεδομένου ότι αναφέρεται στη μείωση των αποθεμάτων πνευματικής και σωματικής ενέργειας του εργαζόμενου ή σε ένα σύνολο συλλογιστικών τοποθετήσεων που σχετίζονται με την εργασία του ατόμου (π.χ. MBI).

Πέρα από τις καταστάσεις υγείας η έμφαση φαίνεται να δίνεται και στις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν στις μονάδες υγείας, καθώς και στην επιρροή που μπορεί να ασκήσουν στα επίπεδα εξουθένωσης. Δεν είναι επίσης λίγες οι μελέτες που συνδυάζουν και την επαγγελματική ικανοποίηση, καθότι συνιστά καθοριστικό παράγοντα για υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Λίγες είναι σχετικά οι μελέτες που εξετάζουν τα επίπεδα εξουθένωσης σε μονάδες ψυχικής υγείας. Υπάρχει ωστόσο η πεποίθηση ότι το προσωπικό σε αυτές τις μονάδες βιώνει υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από ότι εκείνο που απασχολείται σε μονάδες υγείας. Οι κυριότεροι λόγοι είναι η φύση των προβλημάτων των ασθενών (π.χ. ψυχικές διαταραχές) που απαιτεί συχνότερη και στενότερη επαφή με το απασχολούμενο προσωπικό.

Η έρευνα στον τομέα ψυχικής υγείας αποκτά μεγαλύτερη σπουδαιότητα με δεδομένο τη συνεχή αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των ανθρώπων, λόγω των στρεσογόνων συνθηκών ζωής. Επομένως, ακόμη και αν τα επίπεδα εξουθένωσης δεν βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα σήμερα, δεν σημαίνει ότι στο κοντινό μέλλον θα παγιωθεί μια τέτοια κατάσταση. Η λήψη μέτρων και η υιοθέτηση στρατηγικών και τακτικών διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να έχουν προληπτικό χαρακτήρα, ώστε να περιοριστούν φαινόμενα (π.χ. εξουθένωση, ηθικό περίθλαψης) που μπορεί να οδηγήσουν σε δυσμενείς συνθήκες, όχι μόνο σε συγκεκριμένες μονάδες ψυχικής υγείας αλλά και στο ίδιο το σύστημα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στον κλάδο της υγείας και η σχέση της με την επαγγελματική εξουθένωση.

3.1 Εισαγωγή.

Οι αρνητικές επιπτώσεις της εξουθένωσης στο κόστος και στο ύψος της παρεχόμενης ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης έχουν ευρέως τεκμηριωθεί τόσο σε ερευνητικό όσο και σε θεωρητικό επίπεδο. Παρά τη φύση της εξουθένωσης να κυριαρχεί ως ένα δαπανηρό πρόβλημα, έχει υπάρξει λίγη σχετικά έρευνα που να αφιερώνεται στην παρουσίαση και ιδιαίτερα στην αξιολόγηση των στρατηγικών προγραμμάτων παρέμβασης που έχουν ως σκοπό να τη μειώσουν [59].

Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντώνται σε γενικές γραμμές δύο προσεγγίσεις στα προγράμματα παρέμβασης, ώστε να μειωθεί η εξουθένωση. Η πρώτη αφορά την προσπάθεια να αλλάξουν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι, ώστε μέσω νέων δεξιοτήτων που θα αποκτήσουν να μπορούν να αντιμετωπίσουν το εργασιακό στρες, το οποίο οδηγεί στην εξουθένωση. Η δεύτερη προσέγγιση ενσωματώνει την προσπάθεια να αλλάξει η οργάνωση, όπως αλλαγές των εργαζομένων στα τμήματα, στα καθήκοντά τους, περισσότερα διαλείμματα κ.τ.λ..

Η πρώτη προσέγγιση φαίνεται να είναι η πιο διαδεδομένη, ίσως λόγω της πεποίθησης ότι η εξουθένωση προκαλείται από προσωπικά ζητήματα ή ίσως υποτίθεται ότι είναι ευκολότερο να αλλάξουν τα άτομα, παρά ένας οργανισμός [98]. Σε γενικές γραμμές, και όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία (βλ. παρακάτω), αυτού του τύπου οι προσεγγίσεις δεν φαίνεται να επιφέρουν μόνιμα αποτελέσματα στη μείωση της εξουθένωσης. Δεν είναι λίγοι αυτοί που πιστεύουν ότι το εργασιακό περιβάλλον θα πρέπει να αλλάξει, ώστε η μείωση της εξουθένωσης να είναι επιτυχέστερη. Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια δίνεται έμφαση στο ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού προς την κατεύθυνση μιας καθοριστικής μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στο επίκεντρο του παρόντος κεφαλαίου τοποθετούνται οι πολιτικές διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού και ειδικότερα εκείνες που αφορούν την υποκίνηση των εργαζομένων, την ενδυνάμωση, την εμπιστοσύνη και την ηγεσία .

3.2 Στρατηγικές αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης και πρόληψης για την εξουθένωση θεωρούνται απαραίτητες [98,93]. Οι Lazarus and Folkman βασισμένοι στη «συναλλακτική»

προσέγγιση (transactional approach) για το στρες, προσδιόρισαν τη λέξη «αντιμετώπιση» ως το σύνολο των γνωστικών και συμπεριφορικών προσπαθειών που αναπτύσσονται με σκοπό τη διαχείριση εξωτερικών ή εσωτερικών απαιτήσεων, οι οποίες κρίνονται ότι υπερβαίνουν τις δυνατότητες του ατόμου [34,169].

Οι στρατηγικές πρόληψης έκαναν την παρουσία τους σχετικά αργά και εστιάστηκαν αρχικά στο ίδιο το προσωπικό και στις στρατηγικές που μπορούν οι εργαζόμενοι να χρησιμοποιήσουν από μόνοι τους [93]. Η διαδοχική διάταξη της εμφάνισης και της ανάπτυξης των τριών διαστάσεων του συνδρόμου της εξουθένωσης και η αιτιολογία της ως απάντηση στην επαγγελματική ψυχολογική πίεση (στρες) στους επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών, έχουν αναδείξει σημαντικές ερωτήσεις για την επάρκεια προληπτικών παρεμβάσεων, όπως και για τα διάφορα επεξηγηματικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί.

Οι Lee και Ashforth, [43] στη μελέτη τους, σύγκριναν δύο μοντέλα των Golembiewski et al και των Leiter και Maslach [114,96]. Το πρώτο υποστηρίζει ότι η εξουθένωση αρχίζει με τη μειωμένη αίσθηση αποπροσωποποίησης και κατόπιν με τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ το δεύτερο προτείνει ότι αρχίζει πρώτα με τη συναισθηματική εξάντληση, η οποία οδηγεί στην αποπροσωποποίηση και κατόπιν με τα προσωπικά επιτεύγματα. Η σύγκριση των δύο αυτών μοντέλων στην εν λόγω μελέτη, έδειξε ότι υπερισχύει το δεύτερο μοντέλο των Leiter και Maslach [96]. Αναφέρεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η συναισθηματική εξάντληση τόσο πιο πιθανό είναι για τους εργαζόμενους να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές που ταυτίζονται με ένα παθητικό τρόπο αντιμετώπισης της εξουθένωσης [169]. Αυτός ο τρόπος περιλαμβάνει στρατηγικές που αφενός βασίζονται στην πνευματική και συμπεριφορική αποσύνδεση του εργαζομένου από τις δυσμενείς καταστάσεις που έχουν δημιουργηθεί στον εργασιακό χώρο και αφετέρου στην επικέντρωσή τους περισσότερο στα συναισθήματα και στην εκδήλωσή τους, όταν έρχονται αντιμέτωποι με στρεσογόνες καταστάσεις.

Συνήθως, οι παλαιότερες έρευνες φαίνεται να δίνουν έμφαση στην προσωπικότητα του ατόμου και στο συναισθηματικό του κόσμο και λιγότερο στις συνθήκες εργασίας ή στους παράγοντες που πηγάζουν από αυτές. Για παράδειγμα, οι Plana et al, [169] αναφέρουν σημαντικούς συγγραφείς οι οποίοι διαχωρίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε εκείνες που εστιάζονται στην διαχείριση του προβλήματος που δημιουργεί καταστάσεις πίεσης και σε εκείνες που στοχεύουν στη βελτίωση των συναισθημάτων που δημιουργούν οι εν λόγω καταστάσεις [34]. Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι σύμφωνα με διάφορες μελέτες οι στρατηγικές που προσανατολίζονται στο πρόβλημα είναι πιο αποτελεσματικές από εκείνες που επικεντρώνονται στα συναισθήματα των εργαζομένων. Επιπλέον, οι μελέτες υποδεικνύουν ότι η

αποτελεσματικότητα των στρατηγικών που προσανατολίζονται στο πρόβλημα εξαρτάται από τον αποτελεσματικό έλεγχο των αιτιολογικών παραγόντων του στρες, αλλά και των συναισθημάτων των εργαζομένων. Από την άλλη πλευρά, όταν υπάρχουν λίγες δυνατότητες ελέγχου ή μεταβολής αυτών των παραγόντων άγχους, η επίμονη χρήση των στρατηγικών που προσανατολίζονται στο πρόβλημα μπορεί να επιδεινώσει τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της πίεσης που πηγάζει από την εργασία. Στη διεθνή έρευνα συναντώνται και άλλα μοντέλα αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων που μπορεί να οδηγήσουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Παραδείγματος χάριν, το μοντέλο που αναφέρεται στην καλή προσαρμογή της προσωπικότητας του ατόμου στο εργασιακό περιβάλλον, υποστηρίζει ότι υπάρχουν δύο τύποι προσαρμογής [169]. Ο πρώτος περιλαμβάνει το βαθμό με τον οποίο οι δεξιότητες και οι δυνατότητες του ατόμου ταιριάζουν με τις απαιτήσεις της εργασίας. Ο δεύτερος τύπος περιλαμβάνει το βαθμό στον οποίο το εργασιακό περιβάλλον καλύπτει τις ανάγκες του ατόμου. Εάν εμφανίζεται ένας κακός συνδυασμός αυτών των δύο τύπων, η ευημερία του ατόμου απειλείται, με επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου λόγω στρες [169].

Είναι προφανές αλλά και τεκμηριωμένο ότι η ενίσχυση του δικτύου υποστήριξης του ατόμου και η διαμόρφωση αλλαγών στα διάφορα οργανωτικά επίπεδα, όπως οι διοικητικές αποφάσεις και οι αλλαγές πολιτικής του οργανισμού ή της επιχείρησης, συμβάλλουν στη μείωση της εξουθένωσης των εργαζομένων και στη συγκράτησή της σε χαμηλά επίπεδα. Σύμφωνα με τους Pines και Aronson, υπάρχουν έξι περιοχές της κοινωνικής υποστήριξης που συμβάλλουν στην πρόληψη της εξουθένωσης [93]. Η πρώτη περιέχει την ανάγκη των εργαζομένων να δεχθούν υποστήριξη από κάποιον που μπορεί ενεργά να τους ακούσει, ο οποίος δεν είναι απαραίτητο να τους παρέχει συμβουλές, αλλά απλά να είναι σε θέση να εκτιμήσει και να υποστηρίξει τα επιτεύγματα στην εργασία τους. Δεύτερον, χρειάζονται κάποιον που θα τους ωθήσει διαμέσου προκλήσεων να βελτιωθούν και να τους ενθαρρύνει, ώστε να έχουν περισσότερες επιτυχίες. Ένα αποτελεσματικό σύστημα υποστήριξης πρέπει να παρέχει στους υπαλλήλους συναισθηματική υποστήριξη κατά τη διάρκεια των δύσκολων καταστάσεων, αλλά και να τους βοηθάει να βρουν λογικές λύσεις στα προβλήματα. Τέλος, οι εργαζόμενοι πρέπει να έχουν κάποιον στον οποίο να μπορούν να στηρίζονται με εμπιστοσύνη και ο οποίος θα τους δείχνει κατά πόσο πηγαίνουν καλά στην δουλειά τους ⁶.

Ο Raffi και οι συνεργάτες του, στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν τους παράγοντες που εμπλέκονται στις αντιδράσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στην εξουθένωση βρήκαν ότι η κοινωνική υποστήριξη απαλύνει τις αρνητικές επιδράσεις της

⁶ Αυτές οι έξι δράσεις της κοινωνικής υποστήριξης σύμφωνα με του Pines & Aronson 1988 καλούνται ως εξής: a) listening, (b) technical support, (c) technical challenge, (d) emotional support, (e) emotional challenge, and (f) sharing social reality.

εξουθένωσης δίχως όμως να την μειώνει σε μεγάλο βαθμό, καθότι δεν φαίνεται να στοχεύει στη «ρίζα» του προβλήματος [170]. Μπορεί, όπως σημειώνουν οι ερευνητές, απλά να αλλάξει προς το καλύτερο τις συναισθηματικές αντιδράσεις και κάποιες πτυχές που αφορούν τη στάση των νοσηλευτών όσον αφορά την αντίδρασή τους στην εξουθένωση.

Τέλος, ένα σημαντικό στοιχείο που συνδέει την κοινωνική υποστήριξη με την εξουθένωση φαίνεται να είναι η δημιουργία και η ύπαρξη γόνιμης επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων, ανεξαρτήτου ιεραρχικής θέσης. Οι έξι λειτουργίες των Pines & Aronson που προαναφέρθηκαν για την κοινωνική υποστήριξη, ουσιαστικά, υπονοούν ότι οι εργαζόμενοι χρειάζονται αποτελεσματικά συστήματα υποστήριξης, τα οποία θα πρέπει να περιέχουν μια δυναμική αλληλεπιδραστική επικοινωνιακή επαναπληροφόρηση και όχι απλά ένα μηχανισμό μονόδρομης κοινωνικής υποστήριξης [93]. Άλλωστε τα ανοικτά και γόνιμα κανάλια επικοινωνίας ανάμεσα σε υφιστάμενους και προϊστάμενους, αλλά και μεταξύ εργαζομένων γενικότερα, αποτελούν ένα βασικό γνώρισμα των νοσοκομείων εκείνων που αποκαλούνται «μαγνήτες» [171].

3.3 Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στον κλάδο υγείας- Μαρτυρίες από τη διεθνή έρευνα.

Οι δημογραφικές αλλαγές, η οικονομική και πνευματική άνοδος και η τεχνολογική επανάσταση στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, έχουν αλλάξει τόσο τη ζήτηση όσο και τις δαπάνες λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών. Αυτές οι νέες προκλήσεις που διαμορφώνονται από ένα συνεχές δυναμικό περιβάλλον έχουν συχνά προτρέψει τους οργανισμούς υγείας και τα συστήματα των υγειονομικών υπηρεσιών να προχωρούν σε ριζικές αλλαγές στις εισροές τους, ώστε η εκροή (ικανοποίηση των ασθενών) να βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο. Σε αυτήν την προσπάθεια βελτίωσης ο άνθρωπος παράγοντας διαδραματίζει βασικό ρόλο. Ένα καλά υποκινούμενο και κατάλληλα ειδικευμένο εργαζόμενο δυναμικό είναι κρίσιμο για την επιτυχία παροχής της υγειονομικής φροντίδας.

Στη δεκαετία του '90 η σημασία της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού στην επιτυχία ή την αποτυχία της απόδοσης των συστημάτων υγείας είχε αγνοηθεί [10]. Κατά τη διάρκεια εκείνης της δεκαετίας οι μεταρρυθμίσεις του τομέα υγείας εστίαζονταν σε δομικές αλλαγές του συστήματος, στη συγκράτηση δαπανών, τη διερεύνηση των μηχανισμών αγοράς και της καταναλωτικής επιλογής των πολιτών δίχως να εξετάζονται οι πτυχές της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού [10]. Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια, έχει ευρέως αναγνωριστεί ότι οι πολιτικές διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να είναι στον πυρήνα οποιασδήποτε βιώσιμης λύσης που έχει στόχο την απόδοση των

συστημάτων υγείας [172]. Είναι σχεδόν πλέον κοινά αποδεκτό το γεγονός ότι το ανθρώπινο δυναμικό είναι αυτό που καθορίζει την επιτυχία ή την αποτυχία του μετασχηματισμού στον τομέα υγείας. Ένας διαρκώς αυξανόμενος αριθμός ακαδημαϊκών ερευνητών καθώς επίσης και φορείς χάραξης πολιτικής αναγνωρίζουν σε όλο τον κόσμο το γεγονός ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι ένα ανθρώπινο σύστημα και ότι οι μεταρρυθμίσεις πρέπει να έχουν ως στόχο το προσωπικό που επανδρώνει τις αντίστοιχες υπηρεσίες [173]

Πολλές μελέτες έχουν αναφέρει ότι το υψηλότερο, ποσοτικά και ποιοτικά, επίπεδο του προσωπικού στις μονάδες υγείας συσχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επίσης, η πρόσληψη, τα κίνητρα και η διατήρηση των εργαζομένων στις μονάδες υγείας εμφανίζονται να τοποθετούνται στον πυρήνα των στρατηγικών για το ανθρώπινο δυναμικό. Σύμφωνα με τους Dussault & Dubois πολλοί αναλυτές υποστηρίζουν ότι ο κύριος λόγος για την αποτυχία των πολιτικών υγείας είναι η ανεπαρκής προσοχή που δίνεται στα ζητήματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού [172]. Σε πολλές μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας, υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ της μεγάλης προσοχής που δίνεται στα ζητήματα της χρηματοδότησης και του δομικού μετασχηματισμού και της χαμηλής προσοχής που δίνεται στα ζητήματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, τα οποία αντιμετωπίζονται συχνά ως ένας ακόμη συντελεστής παραγωγής. Οι δε επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων στο ανθρώπινο δυναμικό των μονάδων υγείας, εξετάζονται συχνά ετεροχρονισμένα. Συνήθως εξετάζονται μόνο όταν προκύψει από τον προτεινόμενο σχεδιασμό ότι οι μεταρρυθμίσεις (α) δεν μπορούν να εφαρμοστούν λόγω του υπερβολικά υψηλού κόστους δαπανών προσωπικού, (β) αντιτάσσονται στις επαγγελματικές ομάδες, (γ) αποδεικνύονται να είναι μη ρεαλιστικές λαμβάνοντας υπόψη την τρέχουσα κατάσταση ή (δ) απαιτούν τροποποιήσεις στην οργάνωση των εργασιών, που είναι πάρα πολύ δύσκολες, λαμβάνοντας υπόψη την τρέχουσα οργανωτική ικανότητα ή την πολιτική αποδοχής των τροποποιήσεων. Όπως σημειώνεται από τους Dussault & Dubois το χαμηλό ενδιαφέρον για τα ζητήματα του ανθρώπινου δυναμικού προκαλεί έκπληξη εάν ληφθεί υπόψη και εξεταστεί ο κρίσιμος ρόλος που διαδραματίζει το εργαζόμενο δυναμικό υγείας στα διάφορα στάδια για την επίτευξη των στόχων που τίθενται από τις πολιτικές υγείας [172].

Σε μια μεγάλη μελέτη στην Αμερική που πραγματοποιήθηκε για το Αμερικανικό Κέντρο Πιστοποίησης Νοσηλευτών (American Nurses Credentialing Center-ANCC) βρέθηκαν δεκατρείς σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά για τις μονάδες υγείας που καλούνται "μαγνήτες" [171]. Αυτό το όνομα δόθηκε επειδή οι συγκεκριμένες μονάδες υγείας ήταν γνωστές για τις επιτυχίες τους στην πρόσληψη, στην υποκίνηση και στη διατήρηση του προσωπικού υγείας. Η έρευνα

διήρκεσε περισσότερο από είκοσι έτη και ανέδειξε τη θετική σύνδεση μεταξύ των σωστών πρακτικών της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού με τα χαρακτηριστικά που εμφανίζει το προσωπικό και με τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης.

Ένα από τα σημαντικά στοιχεία και συμπεράσματα αυτής της έρευνας είναι ότι μεταξύ των δεκατριών χαρακτηριστικών που καταδεικνύουν τους αποκαλούμενους "μαγνήτες", δύο από αυτά, αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση. Το πρώτο αφορά την παρουσία μειωμένων ποσοστών εξουθένωσης στους εργαζομένους και το δεύτερο αφορά την παρουσία χαμηλής πιθανότητας για την εμφάνιση εξουθένωσης. Ωστόσο, η έλλειψη επαγγελματικής εξουθένωσης από έναν οργανισμό δεν αποτελεί αποκλειστικά πόλο έλξης για άλλους εργαζομένους. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες, όπου η ύπαρξη εξουθένωσης σε υψηλά επίπεδα αποτελεί τον ουσιαστικό δείκτη της χαμηλότερης ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, που συμβάλλει στη συνέχεια στη μείωση της απόδοσης των εργαζομένων.

Σε μια αναθεώρηση της έρευνας για τα νοσοκομεία «μαγνήτες», αναφέρεται ότι το κοινωνικό κλίμα που επικρατεί σε αυτά έχει χαρακτηριστικά τα οποία επιδρούν θετικά στην περίθαλψη των ασθενών [174]. Η διοίκηση στα νοσοκομεία «μαγνήτες» περιγράφεται ως ενθαρρυντική προς το προσωπικό, επιθυμεί και εκτιμά την επαγγελματική ανάπτυξη του, είναι ξεκάθαρη και ορατή, και διατηρεί ανοικτές γραμμές επικοινωνίας. Σε αυτά τα νοσοκομεία το νοσηλευτικό προσωπικό έχει θετικές σχέσεις και σχέσεις συνεργασίας με τους γιατρούς, ενώ του παρέχεται το δικαίωμα να συμμετέχει στη χάραξη πολιτικής των οργανισμών τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης και αισθάνεται περισσότερο ικανοποιημένο από την εργασία του, σε σχέση με νοσηλευτές από αντίστοιχα νοσοκομεία που δεν ανήκουν στην αποκαλούμενη κατηγορία των «μαγνητών». Επίσης, έχει παρατηρηθεί, ότι σε αυτό το εργασιακό περιβάλλον, όπου μεταξύ άλλων η ενδυνάμωση των εργαζομένων είναι κυρίαρχο στοιχείο, εκλείπουν οι παραιτήσεις των εργαζομένων και επιπλέον τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών είναι πιο μικρά [174].

Τα τελευταία χρόνια οι μαρτυρίες που βασίστηκαν στα αποκαλούμενα νοσοκομεία «μαγνήτες» έχουν πληθύνει. Το βασικό μήνυμα που αναδύεται από τις διάφορες μελέτες είναι ότι ο «μαγνητισμός» αυτών των μονάδων υγείας φαίνεται να σχετίζεται με την καλύτερη απόδοση του προσωπικού και με τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τον Buchan, [10] αλλά και με άλλους ερευνητές αποδίδεται στη συνεχή εφαρμογή μιας "δέσμης" παρεμβάσεων στο πλαίσιο της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού [174]. Οι παρεμβάσεις αυτές συμφωνούν με τις προτεραιότητες που έχει θέσει ο οργανισμός υγείας, υποστηρίζουν την εργασιακή αυτονομία, επιτρέπουν τη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, διευκολύνουν

την επαγγελματική εξέλιξη και επιτρέπουν στο προσωπικό να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά δεξιότητες υψηλού επιπέδου.

Όπως έχει προαναφερθεί η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού μόλις τα τελευταία χρόνια κατάφερε να βρει γόνιμο πεδίο, ώστε να αναπτυχθεί στο χώρο της υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) εξέδωσε έναν οδηγό-μελέτη με αποκλειστική αναφορά στη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στις μονάδες ψυχικής υγείας [175].

Στην εν λόγω μελέτη δίνεται έμφαση στις διάφορες πτυχές της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού ενώ αφιερώνεται ένα κεφάλαιο στη σύνδεση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης, ηγεσίας και υποκίνησης⁷. Στις ενότητες που ακολουθούν αναπτύσσεται ο σπουδαίος ρόλος της υποκίνησης και της ηγεσίας.

3.4 Ο ρόλος της υποκίνησης σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση στον τομέα υγείας και ψυχικής υγείας.

Η υποκίνηση συνιστά τη βασικότερη ίσως τροφοδοτική δύναμη που μπορεί να ασκείται σε έναν εργαζόμενο, ώστε να δραστηριοποιηθεί εθελοντικά προς την επίτευξη του στόχου που ενέχει μια διεργασία. Η υποκίνηση βρέθηκε στο στόχαστρο πολλών ερευνητών, ιδιαίτερα την τελευταία εικοσαετία, στο γνωστικό πεδίο του μάνατζμεντ και συνιστά αναπόσπαστο τμήμα της γενικότερης θεωρίας της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού. Ωστόσο, στο χώρο της υγείας κάνει την εμφάνισή της (η υποκίνηση) μόλις τα τελευταία πέντε χρόνια. Στο εξώφυλλο της προαναφερόμενης μελέτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δηλώνεται το εξής : «Το ανθρώπινο δυναμικό είναι το πολυτιμότερο στοιχείο μιας μονάδας υπηρεσιών ψυχικής υγείας [175]. Μια υπηρεσία που αφορά την ψυχική υγεία στηρίζεται στις ικανότητες και στα κίνητρα (motivations) που έχει το προσωπικό της, ώστε να προάγει την υγεία των ψυχικά πασχόντων, να αποτρέπει τυχόν διαταραχές της και να παρέχει περίθαλψη στους ασθενείς».

Σε γενικές γραμμές, το βασικό στοιχείο με το οποίο αναμένεται να είναι εφοδιασμένο το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό μιας μονάδας είναι η ικανότητα για παροχή φροντίδας υγείας. Και οι δύο ομάδες εργαζομένων έχουν ηθικό καθήκον να περιθάλπουν και να φροντίζουν τους ασθενείς με επαγγελματικό τρόπο. Ωστόσο, αυτοί οι κανόνες συνοδεύονται και από τον αγώνα των εργαζομένων να αντιμετωπίσουν πολλά σύνθετα προβλήματα, τα οποία παρουσιάζονται κατά την άσκηση των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων.

Η πασιφανής έλλειψη εργαζομένου δυναμικού στον τομέα υγείας έχει βρεθεί στο επίκεντρο πολλών διεθνών μελετών, καθότι πέρα των προβλημάτων που δημιουργούνται

⁷Human Resources and Training in Mental Health ,(Mental Health Policy and Service Guidance Package), WHO 2005 ch. 4.

λόγω της απουσίας προσωπικού, παρουσιάζονται και αρνητικές επιπτώσεις στο ηθικό του υπάρχοντος εργαζόμενου προσωπικού [176]. Ο υψηλός αριθμός παραιτήσεων και η έλλειψη επαρκούς προσωπικού συνδέονται στενά με τη μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, με τη χαμηλή ποιότητα περίθαλψης και με τις φτωχότερες εκβάσεις της υγείας των ασθενών [177,178]. Παρά τις προκλήσεις που υπάρχουν σήμερα στο χώρο περίθαλψης και τις δυσκολίες που πλαισιώνουν τα συστήματα υγείας, ένα μεγάλο μέρος του εργαζόμενου προσωπικού ξεπερνά ή προσπαθεί να ξεπεράσει τα προβλήματα οργάνωσης και υποκινείται με στόχο τη φροντίδα και την περίθαλψη των ασθενών. Ωστόσο, η κατανόηση των συγκεκριμένων παραγόντων που υποκινούν το προσωπικό μιας μονάδας υγείας για την καθιέρωση μιας εποικοδομητικής σχέσης νοσηλείας-ασθένειας είναι αρκετά δύσκολη και μάλιστα σε ένα πλαίσιο υγειονομικής περίθαλψης που γίνεται όλο και πιο πολύπλοκο.

Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάται ποικιλία ορισμών για την υποκίνηση. Η υποκίνηση σύμφωνα με την άποψη των Montana et al, είναι η διαδικασία κινητοποίησης ενός ατόμου σε ενέργειες με σκοπό την εκπλήρωση μιας ανάγκης ή την επιτυχία ενός επιθυμητού στόχου [179]. Ένας πιο πλήρης ορισμός για την υποκίνηση δίνεται από τους Janssen et al, οι οποίοι την προσδιορίζουν ως το βαθμό με τον οποίο ο εργαζόμενος θέλει να αποδώσει καλά στη δουλειά του προς επίτευξη εσωτερικής (intrinsic) ικανοποίησης [180].

Σημαντικοί συσχετισμοί έχουν βρεθεί μεταξύ της υποκίνησης των νοσηλευτών και των χαρακτηριστικών της εργασίας τους, όπως η αυτονομία που τους παρέχεται, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα εποπτείας από τους ανωτέρους τους καθώς και οι σχέσεις που έχουν μεταξύ τους [181,180].

Ο Edgar στην έρευνά του, άντλησε με εμπειρικό τρόπο από τις αναφορές των νοσηλευτών τέσσερα στοιχεία, τα οποία βρέθηκαν σημαντικά για την εσωτερική υποκίνηση (intrinsic motivation) των νοσηλευτών [181]. Τα στοιχεία αυτά αφορούν τα άριστα επίπεδα :

- του χρόνου που έχουν για να παρέχουν φροντίδα,
- της αυτονομίας που τους διατίθεται για να λαμβάνουν αποφάσεις,
- της ανοικτής επικοινωνίας και
- της δυνατότητας να διαχειριστούν την πολυπλοκότητα της εργασίας τους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας του Edgar ελεξηγούν την επιρροή των σημαντικών αυτών μεταβλητών (χρόνος, αυτονομία, επικοινωνία και πολυπλοκότητα) στην εσωτερική υποκίνηση των νοσηλευτών [181].

Επιπλέον, η έρευνα έδειξε επίσης ότι η εσωτερική υποκίνηση των νοσηλευτών, προκειμένου να διαχειριστούν τις παρεμβάσεις παροχής φροντίδας υγείας, επηρεάζεται

από εσωτερικές ψυχολογικές καταστάσεις. Συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό που ανέφερε ότι έφερε σε πέρας τις διεργασίες φροντίδας και περίθαλψης με επιτυχία, είχε εκείνες τις θετικές εσωτερικές ψυχολογικές καταστάσεις που δημιουργήθηκαν από το γεγονός ότι οι συγκεκριμένες διεργασίες είχαν νόημα για αυτούς, και επιπλέον ότι είχαν επίγνωση της ευθύνης τους για τα αποτελέσματα σε σχέση με τη φροντίδα που προσφέρουν [181].

Η σχέση μεταξύ των ψυχολογικών καταστάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού και της υποκίνησης έχει επίσης επισημανθεί και από τη μελέτη των Janssen et al, η οποία έδειξε ότι η υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζεται σημαντικά και αρνητικά από τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, την έλλειψη εκτίμησης από συναδέλφους και ανωτέρους, την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, την ατομική απομόνωση, τη δυσαρέσκεια για την επαγγελματική εξέλιξή τους και την αντίληψη ότι η παρεχόμενη φροντίδα είναι χαμηλού επιπέδου [180].

Το γενικό συμπέρασμα, το οποίο φαίνεται ότι εξάγεται από τις θεωρίες της εσωτερικής υποκίνησης, είναι ότι η υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζεται με το νόημα που αποκτάται από τον εργαζόμενο ασκώντας τις παρεμβάσεις φροντίδας και από τις συνθήκες εργασίας.

Η άποψη αυτή στηρίζεται ωστόσο και από τη θεωρία του αποκαλούμενου «ψυχολογικού συμβολαίου». Τα ψυχολογικά συμβόλαια διαχωρίζονται στα συνεργατικά και στα συναλλακτικά και αντιπροσωπεύουν το επίπεδο και τον τύπο της υποχρέωσης που υπάρχει, όπως την αντιλαμβάνεται ο εργοδότης και ο εργαζόμενος. Ένα «συνεργατικό» συμβόλαιο αναπτύσσεται μέσα από τα συναισθήματα της αμοιβαίας υποχρέωσης των δύο μελών να στηρίξουν ο ένας με τον άλλον τα ενδιαφέροντά τους, να ενθαρρύνουν την αμοιβαία εμπιστοσύνη, την προσήλωση και την αφοσίωσή τους [182]. Αντίθετα, ένα «συναλλακτικό» ψυχολογικό συμβόλαιο κατευθύνεται από στερεότυπες ή οικονομικές υποχρεώσεις μεταξύ εργοδότη και εργαζόμενου [182]. Στην εργασία των Rousseau και Tijorwala, αναφέρεται ότι το ψυχολογικό συμβόλαιο σε νοσηλευτικές μονάδες επηρεάζει θετικά την υποκίνηση του προσωπικού [182]. Σημαντικό ρόλο επίσης στη δημιουργία της υποκίνησης διαδραματίζει και το επίπεδο εμπιστοσύνης που περιβάλλει την ηγεσία. Η εμπιστοσύνη πηγάζει από την ενεργή επεξεργασία πληροφοριών και από την ανάμιξη στις επιλογές, οι οποίες θα πρέπει να βασίζονται στην νομιμοφροσύνη, στην καλή λειτουργία και στην εποικοδομητική διαδικασία λήψης αποφάσεων των ηγετών [182]. Το εσωτερικό κίνητρο του νοσηλευτικού προσωπικού ενισχύεται εάν καθιερωθούν υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης μεταξύ του εργοδότη και του εργαζόμενου [182]. Αυτή η εμπιστοσύνη είναι τόσο σημαντική που προωθεί την υποκίνηση των νοσηλευτών ακόμη και σε περιπτώσεις που διεξάγονται μέσα στη μονάδα υγείας σημαντικές οργανωτικές

αλλαγές και αναδομήσεις [182]. Συμπερασματικά και σύμφωνα με τους Rousseau και Tjorjwala, τόσο τα συνεργατικά ψυχολογικά συμβόλαια, όσο και τα υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης, υποστηρίζουν με θετικό τρόπο τα εσωτερικά κίνητρα του νοσηλευτικού προσωπικού [182].

3.5 Ο ρόλος της ηγεσίας

Στον κόσμο των επιχειρήσεων είναι ευρύτατα διαδεδομένο ότι η ηγεσία αποτελεί ένα κρίσιμο συστατικό της «συνταγής» για επιχειρησιακή αποτελεσματικότητα. Οι αντιλήψεις σχετικά με την ηγεσία έχουν επηρεάσει όχι μόνο τη λειτουργία συγκεκριμένων οργανισμών και επιχειρήσεων, αλλά και ολόκληρη τη σφαίρα του πολιτικού συστήματος, το εκπαιδευτικό σύστημα, ακόμη και τη λειτουργία των κυβερνήσεων.

Στο χώρο της υγείας φαίνεται ότι υπάρχει ένας κοινός σύνδεσμος μεταξύ της εξουθένωσης και της ηγεσίας. Ο Cherniss, έχει προσδιορίσει ότι η χαμηλού επιπέδου ηγεσία συνιστά κρίσιμο παράγοντα, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει την εξουθένωση στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών υγείας [19,88]. Σύμφωνα με την έρευνα των Krogstad et al, σε εργαζόμενους νοσοκομείων η ενθάρρυνση και η στήριξη από τους ηγέτες είναι ενέργειες που εκτιμούνται ιδιαίτερα από το προσωπικό [184].

Η ηγεσία θα μπορούσε να οριστεί ως η διαδικασία επηρεασμού των ενεργειών και της συμπεριφοράς των ατόμων από τον ηγέτη τους, ώστε εθελοντικά και αυθόρμητα να συνεργαστούν για να υλοποιήσουν τους στόχους [185].

Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάται μεγάλος αριθμός θεωριών περί ηγεσίας. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια πολλοί θεωρητικοί έχουν ασχοληθεί με τη διαφορά μεταξύ της Ηγεσίας (Leadership) και του Μάνατζμεντ (Management). Ο Kotter, διακρίνει τις δύο δραστηριότητες, αν και τις θεωρεί σε σημαντικό βαθμό συμπληρωματικές [186]. Το μάνατζμεντ ασχολείται κυρίως με την πλοκή των διαφόρων πρακτικών και διαδικασιών που υιοθετεί ένα οργανισμός, όπως για παράδειγμα είναι ο σχεδιασμός (στρατηγικός, χρηματοοικονομικός κ.τ.λ.). Συγκεκριμένα, μέσα από το μάνατζμεντ αναπτύσσεται η ικανότητα να επιτευχθεί ο σχεδιασμός, χάρη στη σωστή επάνδρωση και οργάνωση του υλικοτεχνικού και ανθρώπινου δυναμικού. Επιπλέον, σε αυτό ανήκει ο καταμερισμός ευθυνών και εργασιών σε άτομα με τις απαιτούμενες δεξιότητες και η επικοινωνία και η υιοθέτηση συστημάτων ελέγχου της πορείας των διεργασιών με βάση το σχεδιασμό [186]. Από την άλλη πλευρά η ηγεσία επικεντρώνεται στην προετοιμασία του οργανισμού για επικείμενες αλλαγές και βοηθά στην αντιμετώπιση τυχόν δυσκολιών που θα προκύψουν στην πορεία προς τους στόχους που έχει χαράξει ο σχεδιασμός [186]. Ο Abraham Zaleznik, εστιάζει στα πρόσωπα και αναφέρει ότι οι μάνατζερς τείνουν να υιοθετούν μία περισσότερο απρόσωπη, αν όχι παθητική, συμπεριφορά απέναντι στους στόχους

[187]. Οι στόχοι των μάνατζερς προέρχονται περισσότερο μέσα από ανάγκες παρά από επιθυμίες και, επομένως, είναι στενά συνδεδεμένοι με την ιστορία και την κουλτούρα των επιχειρήσεων που διοικούν. Οι ηγέτες είναι ενεργητικοί παρά ανακλαστικοί, προτιμούν να διαμορφώνουν ιδέες, παρά να ανταποκρίνονται σε αυτές. Οι ηγέτες υιοθετούν μία προσωπική και εντελώς ενεργητική συμπεριφορά απέναντι στους στόχους.

Ο Peter Drucker (Handy 1988, σελ. 115) είχε πει «Οι μάνατζερς είναι άτομα που κάνουν τα πράγματα με το σωστό τρόπο, οι ηγέτες είναι οι άνθρωποι που κάνουν τα σωστά πράγματα» [103]. Μπορούμε να συνοψίσουμε λέγοντας πως ηγέτης είναι ο άνθρωπος που είναι ικανός να αναπτύξει και να επικοινωνήσει ένα όραμα, το οποίο δίνει νόημα στην εργασία των άλλων [103].

Ο Rensis Likert, διευθυντής του Ινστιτούτου Κοινωνικών Ερευνών του Πανεπιστημίου του Michigan, αναπτύσσει στη θεωρία του τέσσερα συστήματα ηγεσίας: το αυταρχικό-εκμεταλλευτικό, το καλοπροαίρετο-αυταρχικό, το συμβουλευτικό και το συμμετοχικό [188]. Από τα τέσσερα αυτά συστήματα ηγεσίας τα μοντέλο που υιοθετούν σήμερα πολλοί οργανισμοί είναι το συμβουλευτικό και το συμμετοχικό. Στο πρώτο οι ηγέτες έχουν σημαντική αλλά όχι πλήρη εμπιστοσύνη στους υφισταμένους τους. Είναι δυνατό να υπάρχει άτυπη οργάνωση που μπορεί είτε να υποστηρίζει είτε εν μέρει να αντιτίθεται στους σκοπούς της τυπικής οργάνωσης. Το γενικό πλαίσιο δράσης καθορίζεται από την κορυφή της πυραμίδας, αλλά τόσο τα μεσαία όσο και τα κατώτερα επίπεδα έχουν αρκετά περιθώρια λήψης ειδικών αποφάσεων. Η επικοινωνία είναι αμφίδρομη και υφίσταται ευρεία εξουσιοδότηση. Στο δεύτερο σύστημα, το συμμετοχικό, οι ηγέτες έχουν πλήρη εμπιστοσύνη στους υφισταμένους τους. Η τυπική και η άτυπη οργάνωση ταυτίζονται, ώστε τελικά όλες οι κοινωνικές δυνάμεις υποβοηθούν τις προσπάθειες για την επίτευξη των σκοπών (στόχων) της οργάνωσης. Το δικαίωμα λήψης αποφάσεων αναγνωρίζεται σε όλα τα επίπεδα της πυραμίδας, η επικοινωνία είναι τελείως ελεύθερη και επεκτείνεται και μεταξύ των συναδέλφων, τα άτομα υποκινούνται με διάφορες ανταμοιβές (οικονομικές και άλλες), καθορίζονται οι στόχοι και γίνεται προσπάθεια βελτίωσης των διαδικασιών. Μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων αναπτύσσονται φιλικές σχέσεις. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η εφαρμογή του συμμετοχικού συστήματος, που θεωρείται συνήθως και το αποτελεσματικότερο, δεν είναι καθόλου εύκολη· είναι όμως μια μορφή προς την οποία πρέπει να τείνει η διοίκηση, εφόσον το επιτρέπουν οι συνθήκες και εφόσον είναι πράγματι αποτελεσματική για το συγκεκριμένο περιβάλλον.

Αξιόλογη θεωρία περί ηγεσίας μπορεί να θεωρηθεί και το πρότυπο των Tannenbaum και Schimt [189]. Το πρότυπο αυτό βασίζεται στην ενδεχόμενη θεώρηση της ηγεσίας και παρουσιάζει διάφορες μορφές συμπεριφοράς ενός ηγέτη - προϊσταμένου, όπως αυτές εμφανίζονται κάτω από την επίδραση του εσωτερικού περιβάλλοντος της

οργάνωσης και του κοινωνικού περιβάλλοντος. Οι δύο ερευνητές δεν προτείνουν έναν τρόπο ηγετικής συμπεριφοράς, αλλά παρουσιάζουν διάφορες μορφές, οι οποίες (ενδεχομένως) αποδεικνύονται άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο αποτελεσματικές. Ως βασικά στοιχεία που πιθανόν επηρεάζουν τις μορφές αυτές ηγετικής συμπεριφοράς θεωρούνται: η προσωπικότητα του ηγέτη, η επίδραση των υφισταμένων, η κατάσταση που διαμορφώνεται κάθε φορά μέσα στην επιχείρηση (π.χ. το πνεύμα που διέπει την οργάνωση, η επίδοση των υφισταμένων, η φύση του προβλήματος, η πίεση του χρόνου κ.ά.), καθώς και οι διάφορες κοινωνικές επιδράσεις.

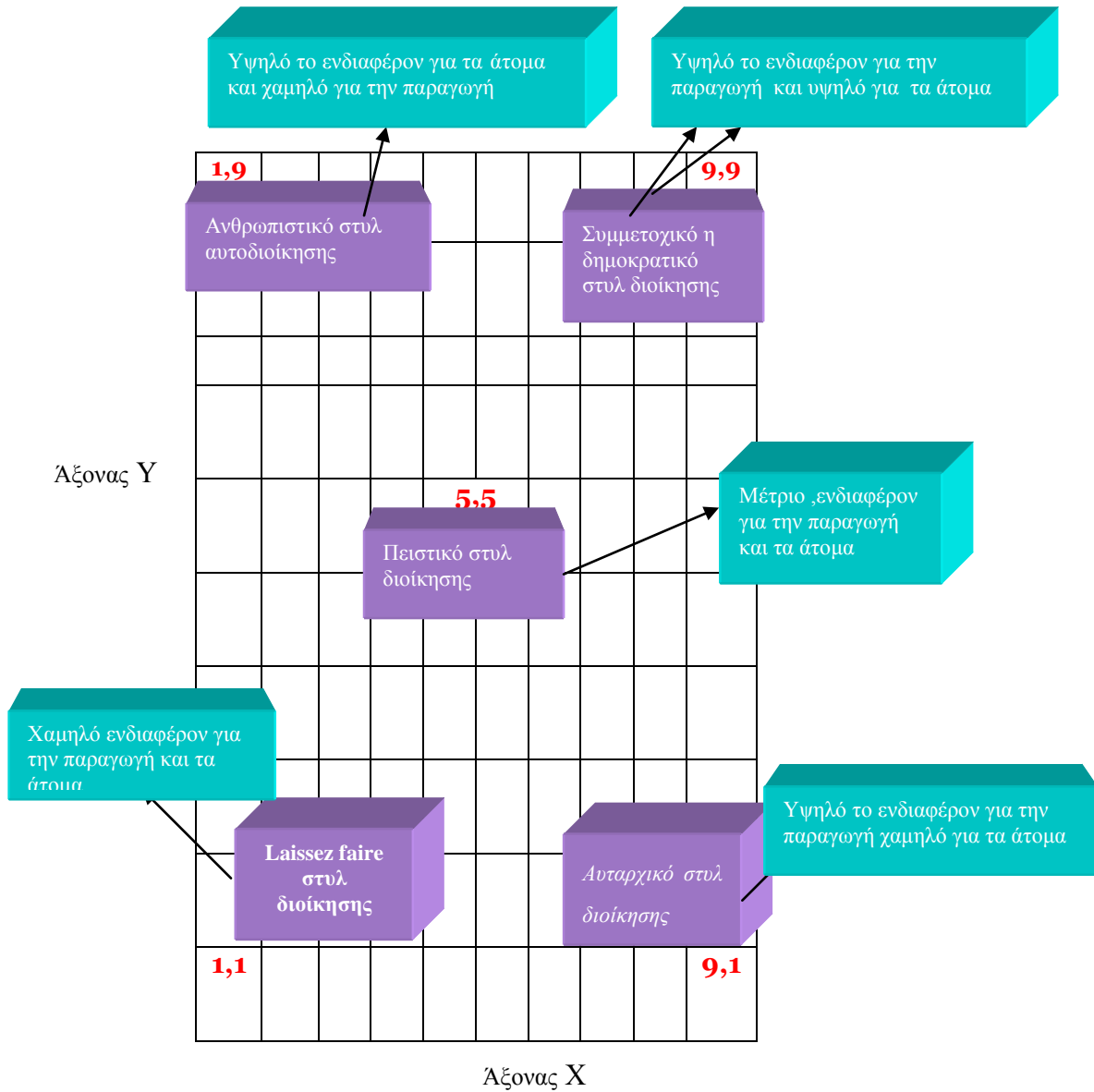
Σημαντική επίσης συνεισφορά στην αξιολόγηση του αποτελεσματικού ηγέτη μας δίνει η θεωρία της διοικητικής σχάρας των Blake-Mouton [190]. Σύμφωνα με αυτήν καθήκον του ηγέτη είναι να ενδιαφέρεται το ίδιο για το αποτέλεσμα της εργασίας και για τις ανθρώπινες σχέσεις που επικρατούν στην ομάδα. Η θεωρία τους βασίζεται σε δύο διαστάσεις που αντιστοιχούν στους άξονες της διοικητικής σχάρας, x και y . Στον άξονα των x αντιστοιχεί το ενδιαφέρον για την παραγωγή και στον άξονα των y το ενδιαφέρον για τους ανθρώπους. Βαθμολογούν από το 1 έως το 9.

Παρόλο ότι έχει δοθεί έμφαση στις τέσσερις γωνίες και στο κέντρο του «πλέγματος», οι 5 περιπτώσεις διοικητικών στελεχών που αναφέρονται σε αυτήν τη θεωρία είναι πολύ ακραίες και σπάνιες στην πράξη. Με άλλα λόγια, ένα διοικητικό στέλεχος θα έχει πιθανότατα το ύψος του στελέχους 8,3 ή 4,6 ή κάτι τέτοιο και όχι 9,1 ή 5,5 κ.λ.π.

Με τις έρευνες τους οι Blake και Mouton βρήκαν ότι τα στελέχη τείνουν να παρουσιάζουν ένα «κυρίαρχο ύψος» (dominant style) που το χρησιμοποιούν συχνότερα από οποιοδήποτε άλλο. Έχουν επίσης ένα εφεδρικό ύψος που το παρουσιάζουν στις ειδικές περιπτώσεις, όταν το άλλο ύψος τους δεν τα βγάζει πέρα. Έτσι π.χ. ένα στέλεχος με προσανατολισμό 9,1 που βλέπει ότι οι υφιστάμενοί του δεν υποτάσσονται στην εξουσία του, μπορεί να έχει ταυτόχρονα ένα εφεδρικό ύψος 5,5. Το ίδιο συμβαίνει όταν ένα στέλεχος 1,9 που θέλει να είναι γύρω του ο κόσμος ευτυχισμένος και θέλει να αποφύγει τις προσωπικές διενέξεις, αν δει ότι αυτό δεν αποδίδει ίσως οπισθοχωρήσει και μετακινηθεί προς την κατεύθυνση 9,1.

Ένα άλλο συμπέρασμα είναι ότι πολλά στελέχη νομίζουν ότι ανταποκρίνονται σε έναν από τους περιγραφόμενους τύπους, ενώ στην πραγματικότητα δεν συμβαίνει αυτό. Κάτι τέτοιο ανταποκρίνεται μάλλον σε αυτό που θα ήθελαν να είναι ή όπως θα ήθελαν να τους έβλεπαν οι υφιστάμενοί τους. Όταν τους ζητείται μια δεύτερη εκλογή του τύπου τους, τότε συνήθως δίνεται μια καλύτερη εικόνα για το πώς πραγματικά διοικούν. Τα στοιχεία κάθε τρόπου (ύψους) διοίκησης βρίσκονται, σε κάποιο βαθμό, μέσα σε κάθε διοικητικό στέλεχος. Ο τρόπος αυτός επηρεάζεται από έναν αριθμό παραγόντων, όπως

είναι π.χ. ο προϊστάμενος, το είδος των ανθρώπων που επιβλέπει, η κατάσταση στην οποία βρίσκεται και η ίδια η προσωπικότητά του. Όμως, ενώ είναι προφανές ότι ενθαρρύνεται κανείς να πλησιάζει τον τύπο 9,9, πρέπει να πούμε ότι ίσως δεν υπάρχει ένας τρόπος διοίκησης που είναι ο καλύτερος σε κάθε περίπτωση και σε κάθε πρόσωπο.



Οι Blake και Mouton πρόσθεσαν άλλη μια διάσταση στο «διοικητικό πλέγμα», η οποία αντιπροσωπεύει το βαθμό («το βάθος») ενός συγκεκριμένου ύφους (τρόπου) διοίκησης. Η διάσταση αυτή κλιμακώνεται από το 1 μέχρι το 9 και δείχνει πόσο χρόνο διατηρείται ένας τρόπος διοίκησης σε κάθε δεδομένη κατάσταση διεργασίας και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που ένα διοικητικό στέλεχος βρίσκεται κάτω από πίεση, που δημιουργεί η ένταση, η ματαιώση (παραίτηση από κάτι) ή η σύγκρουση. Εάν, το διοικητικό στέλεχος, στις περιπτώσεις που αντιμετωπίζει μια σύγκρουση που το απειλεί, μεταβάλλει το ύφος

(τον τρόπο) διοίκησης πολύ γρήγορα, αναφέρεται ότι το ύψος που έχει είναι «επιφανειακό» και όχι «βαθύ». Έτσι π.χ. εάν ο τρόπος (ύψος) διοίκησης είναι 9,9 αλλά το στέλεχος αυτό εγκαταλείπει τον τρόπο του με τη μικρότερη πίεση, τότε είναι 9,9,1, ενώ αν ένα άλλο στέλεχος, κάτω από την ίδια πίεση αντιστέκεται και παραμένει σταθερό, τότε είναι 9,9,9.

Στη βιβλιογραφία συναντώνται, εκτός των προαναφερθέντων μοντέλων, και άλλες μελέτες που σχηματοποιούν τον τύπο ή το στυλ της ηγεσίας, όπως για παράδειγμα αυτές του Campbell και των Kreitner και Kinicki, τα οποία ωστόσο φαίνεται να βασίζονται σε προγενέστερες θεωρίες [191,192]. Αρκετοί επίσης είναι οι συγγραφείς που επικεντρώθηκαν στα χαρακτηριστικά και στη στάση απέναντι στους συνεργάτες που θα πρέπει να έχει ένα ηγέτης. Η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας στον οδηγό πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε μονάδες ψυχικής υγείας κάνει ιδιαίτερη μνεία στον τρόπο άσκησης της ηγεσίας και συνοψίζει σε 10 σημεία τους κανόνες που θα πρέπει να υιοθετηθούν εκ μέρους της, στις σχέσεις με τους υφιστάμενους⁸. Οι κανόνες αυτοί, όπως σημειώνεται στον οδηγό, μπορούν να αποδειχθούν αποτελεσματικοί στη μείωση του στρες. Στην ενδεικτική σήμανση που ακολουθεί παρατίθενται οι δέκα κανόνες. Οι ηγέτες πρέπει :

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

⁸ Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (2002) . Burnout : «Πρόληψη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες», European Agency for Safety and Health at Work.

Βλέποντας τους παραπάνω κανόνες εύκολα μπορεί να διαπιστωθεί ότι ένας από τους στόχους αυτών είναι η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ του ηγέτη και των υφισταμένων του. Άλλωστε, στον ορισμό της ηγεσίας ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2005)[175] αναφέρει ανάμεσα σε άλλα ότι ο ηγέτης θα πρέπει να είναι σε θέση να κτίσει και να διατηρήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης (σελ. 57).

3.6 Ενδυνάμωση προσωπικού και ο ρόλος της δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης.

Η εμπιστοσύνη έχει αποδειχθεί ως το απαραίτητο συστατικό στην κουλτούρα που πρέπει να έχει ένα ίδρυμα ή ένας οργανισμός υγείας, ώστε το νοσηλευτικό του προσωπικό να αισθανθεί την εργασιακή ικανοποίηση, την αφοσίωση, τη σαφήνεια εργασιακών ρόλων και την ενδυνάμωση. Μια μελέτη που διεξήχθη από τους Laschinger και Sabiston, σε 412 νοσηλευτές σε νοσοκομεία της πόλης του Οντάριο στον Καναδά εξέτασε εάν η ενδυνάμωση έχει άμεση επίδραση στην εμπιστοσύνη [193]. Διαπίστωσαν ότι η ενδυνάμωση είχε άμεση επίδραση στη συναισθηματική εργασιακή υποχρέωση (εργασία υπαλλήλων επειδή το θέλουν) και στην ένδειξη εμπιστοσύνης στη διοίκηση. Διευθυντές και στελέχη των νοσοκομείων που δημιουργούσαν ένα εργασιακό περιβάλλον, το οποίο προωθούσε την ενδυνάμωση των εργαζομένων, είχαν περισσότερες πιθανότητες να «κερδίσουν» την εμπιστοσύνη των υπαλλήλων τους. Οι ισχυρότερες σχέσεις βρέθηκαν μεταξύ της εμπιστοσύνης στη διοίκηση και της αντιληπτής πρόσβασης των νοσηλευτών στις πληροφορίες και την υποστήριξη. Τα συμπεράσματα της έρευνας πρότειναν ότι όταν το προσωπικό θεωρεί ότι έχει ικανοποιητική πρόσβαση στην υποστήριξη, στους πόρους, και στις πληροφορίες, είναι πιθανότερο να έχει εμπιστοσύνη στους διευθυντές του και να αισθάνεται περισσότερο δεσμευμένο και προσηλωμένο στους στόχους και τις πολιτικές που χαράζει το νοσοκομείο.

Οι Ray και Marion, χρησιμοποίησαν στην έρευνα τους την υποστηρικτική θεωρία (grounded theory) για να ανακαλύψουν με ποιον τρόπο τα νοσοκομεία φροντίζουν για τους υπαλλήλους τους, ενώ ταυτόχρονα λάμβαναν υπόψη το κόστος και τις δαπάνες [194]. Η έρευνα έδειξε ότι υπάρχει απώλεια εμπιστοσύνης από τους εργαζόμενους προς τη διοίκηση όταν η μονάδα υγείας καθοδηγείται από οικονομικά κίνητρα. Η επαναλαμβανόμενη έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση, η έλλειψη σεβασμού προς το νοσηλευτικό προσωπικό, η ανάγκη για αποτελεσματική επικοινωνία και περισσότερη διαφάνεια στα διοικητικά, καθώς και η επιθυμία για περισσότερη ανάμειξη των νοσηλευτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, αποτέλεσαν τη βασική κατηγορία παραγόντων που δημιουργούν εμπιστοσύνη.

Σε μελέτη που διεξήχθη από τους Laschinger et al, εξετάστηκαν οι επιπτώσεις των αποκαλούμενων νοσοκομείων «μαγνητών» στο νοσηλευτικό τους προσωπικό (n=3016) [193]. Διαπιστώθηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας, ελέγχου και συνεργασίας συνδέονται με πιο υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης προς τη διοίκηση, η οποία οδηγούσε στη συνέχεια προς υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία. Τα θετικά χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος συνδέθηκαν με χαμηλότερη συναισθηματική εξάντληση και υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία καθώς και με τις αντιλήψεις των εργαζομένων για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Το σημαντικότερο ίσως συμπέρασμα στην εν λόγω έρευνα ήταν ότι το περιβάλλον εργασίας που δημιουργείται από εργαζόμενους που τους έχει δοθεί το στοιχείο της ενδυνάμωσης, επιφέρει χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η ενδυνάμωση του προσωπικού και η δυνατότητα που του παρέχεται να συμμετέχει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων έχουν αποδειχθεί από διάφορες μελέτες που διεξήχθησαν τα τελευταία χρόνια ότι σχετίζονται θετικά με τη μείωση των επιπέδων της εξουθένωσης. Σε μια μεγάλη έρευνα των Hochwalder & Brucefors, νοσηλεύτριες/τες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια που μετρούσαν (με κλίμακα) την ενδυνάμωση που τους παρέχεται στο εργασιακό περιβάλλον [12]. Η ενδυνάμωση συσχετίστηκε (ανάλυση παλινδρόμησης) με οκτώ δείκτες⁹ που αφορούσαν την υγεία, ανάμεσα τους η βαριά κατάθλιψη, η ανησυχία, η αϋπνία (anxiety & insomnia) και η εξουθένωση, όπως αυτή αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο MBI. Η εισαγωγή της ενδυνάμωσης ως επεξηγηματική μεταβλητή εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική και περισσότερο στην περίπτωση της εξουθένωσης.

Οι θεωρητικοί της υποκίνησης όπως οι Locke και Latham, δίνουν έμφαση στον πρωτεύοντα ρόλο της ελευθερίας της σκέψης και της επιλογής που μπορεί να έχει ο εργαζόμενος [195]. Οι έννοιες όπως αυτονομία και ενδυνάμωση, οι οποίες θα πρέπει να ταυτίζονται με τον απώτερο σκοπό του νοσηλευτικού προσωπικού, δηλαδή της παροχής περίθαλψης και φροντίδας, συμβάλλουν στη διατήρηση της εσωτερικής εργασιακής υποκίνησης. Η ενδυνάμωση δύναται να καθοριστεί ως ένα θεωρητικό πλαίσιο που περιλαμβάνει την παροχή ισχύος, δυνατοτήτων και δραστηριοποιήσεων προς τους εργαζομένους [12].

Σύμφωνα με τους Laschinger and Sabiston, η δυνατότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να ασκήσει το επάγγελμά του σύμφωνα με τα επαγγελματικά πρότυπα και τις αξίες, συνιστά βασικό καθοριστικό παράγοντα για την ικανοποίησή του, αλλά και μια δέσμευση προς το επάγγελμα και προς τον οργανισμό υγείας [193]. Οι προσεγγίσεις

⁹ Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ28) το οποίο αναπτύχθηκε από τους Goldberg & Hiller (1979) και περιγράφεται πλήτως από τους Goldberg & Williams (1991) (αν. Hochwalder & Brucefors, 2005).

ενδυνάμωσης στους εργασιακούς χώρους, όπως η συμμετοχική διοίκηση και η κοινή διαχείριση, συνιστούν καινοτομίες προς τη σωστή κατεύθυνση για τη δημιουργία της εργασιακής ικανοποίησης σε μία μεγάλη ομάδα εργαζομένων στο χώρο της υγείας, όπως αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ύπαρξη ενδυνάμωσης στον εργασιακό χώρο επιτρέπει στους εργαζόμενους να λαμβάνουν πρωτοβουλίες και να δίνουν λύσεις αν παραστεί ανάγκη, σε καταστάσεις που μπορεί να τοποθετούνται και πέρα από τα όρια των ευθυνών τους.

Ο Kanter, (αναφ. στη Raiger 2005) αναφέρει ότι ο καθορισμός της εργασίας ενός ατόμου και οι συνδέσεις του μέσα στον οργανισμό όπου εργάζεται επηρεάζουν την πρόσβασή του στις σχετικές με την απασχόληση δομές ενδυνάμωσης [196]. Η πρόσβαση σε αυτές τις δομές ενδυνάμωσης οδηγεί σε αύξηση της αποτελεσματικότητας του ατόμου στην εργασία του, σε αύξηση της αυτονομίας του, σε αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης και σε μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Δημιουργώντας ένα εργασιακό περιβάλλον που επιτρέπει την ενδυνάμωση των εργαζομένων δίνεται η δυνατότητα πρόσβασης των εργαζομένων στην πληροφόρηση (καλύτερη επικοινωνία), στην υποστήριξη και στην πρόσβαση σε περισσότερες ευκαιρίες εξέλιξης και μάθησης.

Ο καθορισμός της εργασίας που προαναφέρθηκε καθώς και οι συνδέσεις του ατόμου με τον οργανισμό προσφέρουν στον εργαζόμενο την αποκαλούμενη επίσημη ισχύ (formal power) και άτυπη ισχύ (informal power) αντίστοιχα¹⁰. Η πρόταση του Kanter, ότι η πρόσβαση που μπορεί να έχει ο εργαζόμενος στην ισχύ (power) και στις ευκαιρίες προσωπικής του ανάπτυξης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης, εξετάστηκε σε μια περιγραφική μελέτη συσχέτισης από τους Hatcher και Laschinger (αναφ. στη Raiger 2005) [196]. Τα αποτελέσματα της εν λόγω μελέτης έδειξαν ότι υπάρχει σημαντικός συσχετισμός μεταξύ της συνολικής εργασιακής ενδυνάμωσης και της εξουθένωσης. Οι Laschinger et al, βρήκαν στην έρευνά τους ότι 38% της διακύμανσης της ικανοποίησης από την εργασία και της πίεσης (stress) που δέχονται οι εργαζόμενοι οφείλεται στην ψυχολογική ενδυνάμωση του νοσηλευτικού προσωπικού [193]. Η συγκεκριμένη μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι όταν οι εργαζόμενοι αισθάνονται ψυχολογικά και δομικά ενδυναμωμένοι¹¹ τότε τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης είναι μεγαλύτερα και η πίεση που αισθάνονται είναι χαμηλότερη.

¹⁰ Για το ρόλο της σχέσης της ισχύος που μπορεί και πρέπει να έχει ο εργαζόμενος με την ενδυνάμωση βλ. σχετικό άρθρο των Appelbaum S.H., Hebert D. & Leroux S. (1999). Empowerment: power, culture and leadership – a strategy or fad for the millennium? *Journal of Workplace Learning: Employee Counselling Today*, vol. 11 (7), pp. 233-254.

¹¹ Με τον όρο δομημένη ενδυνάμωση (structural empowerment) νοείται η τυπική και άτυπη ισχύς που μπορεί να έχει ο εργαζόμενος, η πρόσβαση σε πληροφορίες και πόρους, και η υποστήριξη που δέχεται από το περιβάλλον του. Από την άλλη ο όρος ψυχολογική ενδυνάμωση (psychological empowerment) περιέχει τις έννοιες της αυτονομίας του εργαζόμενου, της αυτοπεποίθησης του, του νοήματος που έχει η εργασία για αυτόν και την επίδραση που μπορεί να έχει η συγκεκριμένη εργασία στο κοινωνικό σύνολο.

3.7 Περίληψη-Συμπεράσματα.

Το παρόν κεφάλαιο ασχολήθηκε με έναν ιδιαίτερο τομέα που συνδέεται άμεσα με την επαγγελματική εξουθένωση. Είναι ιδιαίτερος από την άποψη ότι ο τομέας της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού βρίσκει πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη του στον χώρο της υγείας μόνο τα τελευταία χρόνια. Ο ρόλος της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού και οι πολυποικίλες και αλληλένδετες πτυχές του δεν θα πρέπει να λειτουργήσουν συμπληρωματικά σε οποιαδήποτε εφαρμογή στρατηγικής αντιμετώπισης της εξουθένωσης. Αντιθέτως, ο ρόλος της θα πρέπει να είναι πρωταγωνιστικός και να αποτελέσει το υποστηρικτικό πλέγμα, πάνω στο οποίο θα στηριχθούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης. Αν και η κοινωνική υποστήριξη δεν εντάσσεται στο πλαίσιο της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, δεν σημαίνει ότι δεν συνδέεται με αυτό. Άλλωστε μεγάλο τμήμα της υποστήριξης προέρχεται από το εργασιακό περιβάλλον- από τους συναδέλφους των εργαζομένων- γεγονός που δημιουργεί συνθήκες, «βάση» για την καλύτερη ανάπτυξη της διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού. Δεν είναι τυχαίο ότι σε συνεντεύξεις νοσηλευτών τονίζεται η υποστήριξη των προϊσταμένων και η θετική στάση τους στη δημιουργία υποκίνησης και απόδοσής τους [170]

Η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να συμβάλει με πολλούς τρόπους στην καλύτερη λειτουργία του ανθρώπινου δυναμικού. Η ηγεσία, η υποκίνηση, η ενδυνάμωση και η εμπιστοσύνη είναι τέσσερις σημαντικές πτυχές προς αυτήν την κατεύθυνση. Η αποτελεσματική ηγεσία είναι εκείνη που λαμβάνει υπόψη της τόσο τις προσδοκίες των εργαζομένων και τα κίνητρα της συμπεριφοράς τους, όσο και τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Ο απώτερος στόχος της ηγεσίας είναι να υποκινήσει και να ενδυναμώσει τους εργαζόμενους, βασιζόμενη σε συγκεκριμένες μεθόδους που θα βοηθήσουν στη βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων δίχως να διαταραχτεί η ψυχοσύνθεσή τους. Σημείο αναφοράς για την αποτελεσματική ηγεσία είναι η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης με τους εργαζόμενους. Δίχως αυτό πολλές από τις προσπάθειες της ηγεσίας θα είναι αποτυχημένες. Τέλος η ενδυνάμωση του προσωπικού συμβάλει θετικά στην υγεία των εργαζομένων. Η ενδυνάμωση μπορεί να θεωρηθεί ως ένας ακόμη παράγοντας που είναι σε θέση να λειτουργήσει ως ασπίδα και να παράσχει προστασία ενάντια στην επαγγελματική εξουθένωση, προάγοντας γενικότερα την ψυχική υγεία των εργαζομένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ειδικό μέρος : Μεθοδολογία-Έρευνα

4.1 Εισαγωγή

Το παρόν τμήμα της διδακτορικής διατριβής περιλαμβάνει την εμπειρική έρευνα. Ο κορμός αυτού του τμήματος απαρτίζεται από τέσσερις βασικές ενότητες που αφορούν κατά σειρά την περιγραφή του δείγματος, τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και την ερμηνεία τους. Αρχικά, πραγματοποιείται αναφορά στο σχεδιασμό και στο σκοπό της έρευνας.

4.2 Σχεδιασμός και σκοπός της έρευνας.

Σκοπός του ειδικού μέρους ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης εργαζομένων του τομέα υγείας και του τομέα ψυχικής υγείας, καθώς και η διερεύνηση της κατάστασης ψυχικής υγείας αυτών των εργαζομένων. Στόχος ήταν επίσης να διερευνηθεί η τυχόν επιρροή που μπορεί να ασκήσουν διάφοροι παράγοντες που υπάρχουν, τόσο στον τομέα υγείας όσο και στον τομέα ψυχικής υγείας, στην επαγγελματική εξουθένωση. Σε ένα σύστημα υγείας στο επίκεντρο του οποίου βρίσκεται η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων θα ήταν δυνατό να χαρακτηρισθούν ως παράγοντες (μεταβλητές) επιρροής οι συνθήκες εργασίας των εργαζομένων και τα προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία τους (βλ. κεφ. 2)

Προσδοκάται, με έρεισμα τη σχετική βιβλιογραφία, (βλ. κεφ. 2) ότι η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων και η κατάσταση της ψυχικής τους υγείας μπορεί να είναι αποτέλεσμα αυτών των παραγόντων ή να επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από αυτούς. Αν πράγματι υπάρχουν αυτοί οι παράγοντες που μπορεί να επιδρούν στο επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κατάστασης ψυχικής υγείας, τότε προς χάριν της αναζητήσής τους θα πρέπει να διατυπωθούν τα ακόλουθα ερωτήματα τα οποία αντιπροσωπεύουν το βασικό στόχο της έρευνας. Αυτά αφορούν και τους δύο τομείς (υγείας και ψυχικής υγείας) και έχουν ως εξής :

1^ο Ερώτημα: Υπάρχει διαφορά στο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα υγείας και στον τομέα ψυχικής υγείας;

2^ο Ερώτημα: Υπάρχουν προσωπικοί και δημογραφικοί παράγοντες που ασκούν επίδραση στην επαγγελματική εξουθένωση; Αν υπάρχουν ποιοι είναι αυτοί και τι είδους επίδραση ασκούν, θετική ή αρνητική;

3^ο Ερώτημα: Οι συνθήκες εργασίας μπορούν να επηρεάσουν την επαγγελματικής εξουθένωση; Ποιες είναι αυτές οι συνθήκες που μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση σε αυτή και με ποια κατεύθυνση, θετική ή αρνητική;

Τα προαναφερθέντα ερωτήματα μπορούν να διατυπωθούν και ως στατιστικές υποθέσεις και να διερευνηθούν με τη χρήση στατιστικών εργαλείων (π.χ. ανάλυση παλινδρόμησης, έλεγχος t).

Όσον αφορά το επίπεδο υγείας (ερωτηματολόγιο SRSDA) που ενδεχομένως να παρουσιάζουν οι δύο ομάδες εργαζομένων τα ερωτήματα έχουν ως εξής:

4^ο Ερώτημα: Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων των εργαζομένων στην κατάσταση της ψυχικής τους υγείας (SRSDA);

Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα θα εμφανίσει αν οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας είναι σε καλύτερη κατάσταση ή σε χειρότερη από ότι στον τομέα ψυχικής υγείας.

Ωστόσο, το μείζον ζήτημα είναι κατά πόσο η κατάσταση υγείας τους συσχετίζεται με το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης και συγκεκριμένα με τις τρεις διαστάσεις που την αντιπροσωπεύουν. Επιπλέον, ζητείται όχι μόνο η ενδεχόμενη επιρροή αλλά και ποιες από τις τρεις διαστάσεις επηρεάζουν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό την υγεία των εργαζομένων. Επομένως τίθεται το ακόλουθο ερώτημα.

5^ο Ερώτημα: Ποιες από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζουν την κατάσταση υγείας των εργαζομένων (επαυξημένο BDI) στους δύο τομείς, υγείας και ψυχικής υγείας, ξεχωριστά;

Αν και η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (BECK 13, BECK 21) και της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν είναι ξεκάθαρη, υπάρχουν μελέτες για την εργασιακή κατάθλιψη που καθοδηγήθηκαν από τη θεωρία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Θεωρείται στην παρούσα έρευνα, ότι υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης επιφέρουν αλλαγές στη στάση και στη συμπεριφορά των εργαζομένων δημιουργώντας προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα που μπορεί να διαταράξουν την ισορροπία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων [42]. Με βάση αυτή τη συλλογιστική υιοθετείται η άποψη ότι η επαγγελματική εξουθένωση ενδέχεται να επηρεάζει την ψυχική κατάσταση υγείας των εργαζομένων. Επομένως, οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης δύναται να συνιστούν προσδιοριστικούς παράγοντες της κατάθλιψης, αλλά και των άλλων ψυχικών καταστάσεων όπως αυτές εκφράζονται από το ερωτηματολόγιο SRSDA.

Ας σημειωθεί ότι το παραπάνω ερώτημα θα πρέπει να ικανοποιηθεί τόσο στο συνολικοποιημένο (aggregated) επίπεδο του όσο και στο αποσυνολικοποιημένο (disaggregated). Δηλαδή για το σύνολο της κατάστασης υγείας αλλά και για κάθε μία κατάσταση (κατάθλιψη, μελαγχολία κ.τ.λ.) ξεχωριστά.

Η παρούσα έρευνα μπορεί να θεωρηθεί ως ποσοτική δεδομένου ότι οι στόχοι διαμορφώνονται σύμφωνα με την υπάρχουσα σχετική θεωρία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι ποσοτικές ερευνητικές μέθοδοι περιλαμβάνουν βασικά τις ακριβείς

μετρήσεις των μεταβλητών, οι οποίες συνήθως υπόκεινται σε στατιστική ανάλυση. Οι ποσοτικές μέθοδοι κυμαίνονται από τις έρευνες και τα ερωτηματολόγια ως τις δομημένες (structured) συνεντεύξεις, και ακόμη και ως τις ημι-δομημένες (semi-structured) συνεντεύξεις. Για να επιτύχει τους στόχους της η παρούσα μελέτη υιοθέτησε μια έρευνα ερωτηματολογίων (ανώνυμα ερωτηματολόγια) για να ανιχνεύσει τις πιθανές σημαντικές στατιστικές διαφορές και αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των μεταβλητών. Το μείζον τμήμα των διεθνών ερευνών αξιολογεί την επαγγελματική εξουθένωση με τη χρησιμοποίηση του εργαλείου (ερωτηματολογίου) MBI [15]. Η ανάγκη να υπολογιστούν οι αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης με άλλες μεταβλητές οδήγησε στην επέκταση του ερωτηματολογίου με προσωπικές, δημογραφικές μεταβλητές, αλλά και ερωτήσεις σχετικά με την ειδικότητα των εργαζομένων και τις συνθήκες εργασίας τους.

Βέβαια, οι έρευνες και τα ερωτηματολόγια έχουν τους περιορισμούς τους, δεδομένου ότι δεν είναι σε θέση να παρέχουν πλήρη και αξιόπιστη θα λέγαμε πληροφόρηση για ένα πολύπλευρο φαινόμενο. Ωστόσο, μέσω των διαφόρων δευτερογενών πηγών πληροφόρησης που κυρίως απαρτίζονται από επιστημονικά περιοδικά, τεκμηριώνεται αλλά και διασφαλίζεται σε μεγάλο βαθμό η εγκυρότητα (validity) και η αξιοπιστία (reliability) του ερωτηματολογίου¹². Όσον αφορά την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου αυτή τεκμηριώνεται από το ερωτηματολόγιο-μοντέλο, γνωστό ως MBI (Maslach Burnout Inventory). Ωστόσο, ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στις ερωτήσεις σχετικά με τις συνθήκες εργασίας, που έπρεπε να καταρτιστούν με τρόπο που να μετρούν ότι ισχυρίζονται ότι θα μετρήσουν. Η γλώσσα και η σύνταξη έπρεπε να είναι ξεκάθαρη και σαφής.

Οι περισσότερες μελέτες που εξέτασαν την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου MBI έχουν εκτιμήσεις για τον συντελεστή Cronbach's alpha να υπερβαίνει την τιμή 0,70 γεγονός που υποδεικνύει ότι υπάρχει διαχρονική συνέπεια των αποτελεσμάτων (εκτιμήσεων) της έρευνας.

4.3 Το δείγμα της έρευνας και δειγματοληψία.

Το δείγμα στην παρούσα έρευνα αποτελείται από 240 εργαζομένους στον τομέα υγείας και 217 στον τομέα ψυχικής υγείας. Αν και ως δείγμα μπορεί να είναι αρκετά ικανοποιητικό (π.χ. $n > 30$) θεωρήθηκε ότι θα ήταν σκόπιμο και κυρίως για στατιστικούς λόγους να αναζητηθεί εκείνο το μέγεθος δείγματος, ώστε να υπάρχει πιθανότητα 95% το σφάλμα εκτίμησης να μην είναι μεγαλύτερο από 10%. Χρησιμοποιώντας τον σχετικό τύπο

¹² Με τον όρο αξιοπιστία νοείται ότι η μέθοδος επιφέρει αποτελέσματα που είναι συνεπή διαχρονικά. Με τον όρο εγκυρότητα νοείται ότι οι πληροφορίες και τα δεδομένα που θα εξαχθούν είναι σχετικά με τους στόχους και τα ερωτήματα της έρευνας.

$Z_{\alpha/2} = (e \sqrt{n} / \sigma)$ (Altman, 1991) και αποδεχόμενοι ότι μια απόκλιση της τάξης του 1,7 για τον πληθυσμό ($\sigma = 1,7$) κρίνεται ικανοποιητική τότε κάνοντας τις σχετικές υποκαταστάσεις στον παραπάνω τύπο, δηλαδή $Z=1,96$ (για $p=0,950$) και $e=10\%$ (όπου e είναι ο κίνδυνος σφάλματος) βρίσκουμε ότι $n = 152$. Αυτό σημαίνει ότι με σιγουριά 95%, αν πάρουμε ένα τυχαίο δείγμα μεγέθους 152 εργαζομένων, τότε η εκτίμηση του μέσου των καταχωρήσεων δεν θα διαφέρει από τον πραγματικό μέσο των καταγραφών (του πληθυσμού) περισσότερο από 10%. Με βάση τους μέσους του δείγματος μας το 10% του σφάλματος προσεγγίζει την τιμή 0,27. Επομένως εάν ο μέσος του πληθυσμού είναι 3 τότε το διάστημα εμπιστοσύνης θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ $\pm 3,27$.

Ας σημειωθεί ότι το παραπάνω μέγεθος, της τυπικής απόκλισης ($\sigma=1,7$) είναι κοντά στους μέσους των τυπικών αποκλίσεων των ερωτήσεων που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση στον τομέα υγείας ($\sigma=1,56$) και στον τομέα ψυχικής υγείας ($\sigma=1,8$). Χρησιμοποιήθηκε λοιπόν η εν λόγω τυπική απόκλιση καθώς η τυπική απόκλιση του πληθυσμού είναι άγνωστη.

Ως εναλλακτική μέθοδος για τη διερεύνηση του απαιτούμενου μεγέθους του δείγματος χρησιμοποιήθηκε το Νομόγραμμα του Altman (βλ. D.G. Altman, 1991, σελ. 455-458.). Έχοντας υπόψη την κατά προσέγγιση εκτίμηση της τυπικής απόκλισης ($\sigma=1,6$) του πληθυσμού και θεωρώντας ότι οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την επαγγελματική εξουθένωση μπορούν να θεωρηθούν σημαντικοί εάν την μεταβάλουν κατά μία κλίμακα (π.χ από «κάθε μέρα μου συμβαίνει» σε «αρκετές φορές την εβδομάδα» -βλ. κλίμακα ερωτηματολογίου) μπορεί τότε να υπολογιστεί το δείγμα. Σύμφωνα με τον Altman (σελ. 457) η τυποποιημένη διαφορά (standardized difference) ισούται με $1/1,7 = 0,59$. Χρησιμοποιώντας το σχετικό διάγραμμα και την αντίστοιχη τεχνική (Altman, 1991) τότε για $\alpha=5\%$ και ισχύ (power) 0,95 το δείγμα θα πρέπει να ανέρχεται σε 150 εργαζόμενους.

Παρατηρείται ότι αμφότερες οι τεχνικές δίνουν σχεδόν το ίδιο απαιτούμενο δείγμα. Με βάση την προαναφερθείσα ανάλυση θεωρήθηκε ότι τα μεγέθη του δείγματος στην παρούσα έρευνα είναι ικανοποιητικά. Επιπλέον, και αν ακόμη οι κατανομές του πληθυσμού είναι άγνωστες, το κεντρικό οριακό θεώρημα μπορεί να βεβαιώσει ότι οι παραμετρικές στατιστικές μέθοδοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια σε μεγάλα δείγματα ακόμη και αν ο πληθυσμός δεν είναι Gaussian.

Η δειγματοληψία έγινε με βάση τις αρχές της τυχαιότητας, δίχως κάποια μεροληπτική συμπεριφορά εκ μέρους του ερευνητή. Υιοθετήθηκε ηθική δεοντολογία σχετικά με τον τρόπο προσέγγισης των εν δυνάμει αποκρινόμενων όπως η ευγένεια, ο δημοκρατικός τρόπος προσέγγισης (δίχως πίεση, κάποια ανταμοιβή) και η ανάγκη για

τυχαιότητα επιλογής ώστε το δείγμα να ακολουθεί τον κανόνα της τυχαίας δειγματοληψίας.

Αν και τα ερωτηματολόγια ήταν αρκετά μεγάλα σε μέγεθος, δεν υπήρξαν προβλήματα στη ταχύτητα απόκρισης¹³. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στις παρακάτω μονάδες υγείας και ψυχικής υγείας. Οι αριθμοί εκπροσωπούν τον αριθμό των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν, ενώ οι αριθμοί στις παρενθέσεις εκπροσωπούν τον αριθμό των απεσταλμένων ερωτηματολογίων μέσω ταχυδρομείου (Τ).

14 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

50 ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗΣ

21 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

8 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ

50 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ

5 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ ΑΘΗΝΑ (10Τ)

27 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

30 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ (50Τ)

13 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΒΑΛΑΣ (20 Τ)

50 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΒΟΛΟΥ

35 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ

13 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΑΡΙΣΑΣ

10 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΟΖΑΝΗΣ

29 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ

35 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

35 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ ΑΘΗΝΑ (50 Τ)

15 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΡΗΤΗΣ (30Τ)

15 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΛΑΡΙΣΑΣ

23 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

¹³ Οι Hansen and Robinson (1980) βρήκαν ότι το μέγεθος του ερωτηματολογίου δεν έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ταχύτητα απόκρισης.

20 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΘΕΙΑΓΕΝΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

20 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

Σωστά συμπληρωμένα ήταν 457 ερωτηματολόγια, από σύνολο 600 ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν, 240 από εργαζόμενους σε μονάδες υγείας και 217 από εργαζόμενους σε μονάδες ψυχικής υγείας. Στις μονάδες της Αθήνας της Καβάλας και της Κρήτης τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν ταχυδρομικώς, ενώ στις υπόλοιπες η διανομή και η συλλογή τους διεξήχθη από ίδιο τον ερευνητή. Προηγήθηκε τηλεφωνική επαφή με τους διευθυντές και προϊσταμένους των τμημάτων για να καθορισθούν οι κατάλληλες ημερομηνίες (εργάσιμες ημέρες)¹⁴ για τη διανομή και κατόπιν συλλογή των ερωτηματολογίων. Το 72% των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε και συλλέχθηκε σε διαφορετικές ημερομηνίες την ίδια ημέρα (εκτός των ταχυδρομικών), ενώ το υπόλοιπο 28% των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων στάλθηκε ταχυδρομικώς. Σημειωτέον ότι 30 ερωτηματολόγια δεν επιστράφηκαν, τα οποία προέρχονταν από τις ψυχιατρικές μονάδες της Θεσσαλονίκης. Ένα ερωτηματολόγιο επεστράφη ταχυδρομικώς, αλλά ασυμπλήρωτο. Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δόθηκε άπλετος χρόνος στους εργαζόμενους, ώστε να επηρεαστεί όσο το δυνατόν λιγότερο η ποιότητα των απαντήσεων.

4.4 Περιγραφή Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στις μονάδες υγείας και στις μονάδες ψυχικής υγείας αποτελείται από 4 ομάδες ερωτήσεων.

Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν προσωπικά, επαγγελματικά και δημογραφικά στοιχεία των αποκρινόμενων (11 ερωτήσεις).

Η δεύτερη ομάδα συνίσταται από ερωτήσεις των οποίων οι απαντήσεις θα δώσουν το προφίλ των συνθηκών εργασίας (11 ερωτήσεις).

Η τρίτη ομάδα συνιστά το ερωτηματολόγιο «επαγγελματικής εξουθένωσης» της Maslach. Η εν λόγω ομάδα απαρτίζεται από τρεις επιμέρους ομάδες ερωτήσεων που εκφράζουν τη συναισθηματικής εξάντληση, τα προσωπικά επιτεύγματα και την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων.

Η τέταρτη ομάδα ενσωματώνει 42 ερωτήσεις, οι οποίες μετρούν την κατάσταση ψυχικής υγείας και το βαθμό κατάθλιψης που ενδεχομένως να διακατέχει τους εργαζόμενους. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο καλείται επαυξημένο BDI ή SRSDA [197] και περιλαμβάνει 21 και 13 ερωτήσεις για την κατάθλιψη του Beck, 12 ερωτήσεις για τη μελαγχολία, 12 για την ασθένεια, 14 για το άγχος (anxiety) και 5 ερωτήσεις που αφορούν

¹⁴ Προτιμήθηκε οι συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια του μεσημεριανού διαλείμματος, επειδή τείνουν να είναι πιο χαλαροί δίνοντας κατά συνέπεια μια πιο αληθινή εικόνα των συναισθημάτων τους.

τη μανία. Τα όρια ή αλλιώς τα άριστα σημεία κλίμακας που σηματοδοτούν την παρουσία ή απουσία των καταστάσεων υγείας είναι 14/15 για τις 21 ερωτήσεις του Beck, 7/8 για τις 13 όμως ερωτήσεις του Beck, 8/9 για τη μελαγχολία, 9/10 για την ασθένεια, και 10/11 για το άγχος.¹⁵ Τέλος στο ερωτηματολόγιο υπάρχει και η ερώτηση που αφορά την ικανοποίηση των εργαζομένων μέσα στο κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον που λειτουργούν.

Όσον αφορά τη διαδικασία προετοιμασίας του ερωτηματολογίου αρχικά καθορίστηκαν οι πληροφορίες που πρέπει να συλλεχθούν με βάση τη βιβλιογραφία. Έπειτα προσδιορίστηκε ο τύπος του ερωτηματολογίου που πρέπει να χρησιμοποιηθεί και αποφασίστηκε η σειρά των ερωτήσεων και η διάταξή τους (π.χ. πρώτα οι ερωτήσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και κατόπιν οι ερωτήσεις που αφορούν την κατάσταση ψυχικής υγείας). Τέλος, πραγματοποιήθηκε προέλεγχος και κατόπιν απαιτούμενων μικρών αναθεωρήσεων δόθηκε το τελικό ερωτηματολόγιο.

Ας σημειωθεί ότι το μείζον τμήμα των ερωτήσεων βρίσκονται σε στερεότυπη μορφή, όπως δίνονται από τη βιβλιογραφία (π.χ. ερωτηματολόγιο επαυξημένο BDI για την κατάθλιψη και ερωτηματολόγιο MBI για την επαγγελματική εξουθένωση). Επομένως, δεν απαιτήθηκε καθορισμός του περιεχομένου αλλά και του τύπου των ερωτήσεων. Επομένως, δεν τίθενται ερωτήματα για την αξιοπιστία (reliability) και την ισχύ (validity) των ερωτήσεων ¹⁶, αφού τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια έχουν αξιολογηθεί στη διεθνή έρευνα.

4.4.1 Δομή και κωδικοποίηση των Ερωτηματολογίων

Η σύνθεση του ερωτηματολογίου SRSDA έχει ως εξής :

1. Η εικοσιενός ερωτήσεων κλίμακα για την κατάθλιψη του Beck (Beck Depression Scale) περιλαμβάνεται στις ερωτήσεις 1, 8,11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29,31, 32, 34, 41. Αυτές βαθμολογούνται ως εξής : $\alpha = 0$, $\beta = 1$, $\gamma = 2$, $\delta = 3$.
2. Η δεκατριών ερωτήσεων κλίμακα για την κατάθλιψη του Beck περιλαμβάνει τις 1, 8,11, 13, 14, 19, 20, 22, 28, 29, 32, 34 41, που βαθμολογούνται και πάλι ως $\alpha = 0$, $\beta = 1$, $\gamma = 2$, $\delta = 3$.
3. Η δωδεκα ερωτήσεων υποκλίμακα για τη μελαγχολία (Melancholia Subscale) περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 8, 11,13, 17, 19, 20, 21, 22, 26, 29, 32 και 34. Βαθμολογία : $\alpha = 0$, $\beta = 1$, $\gamma = 2$, $\delta = 3$.

¹⁵ Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Κ.Ν. Φουντουλάκη το αντίστοιχο σημείο κλίμακας για την μανία δεν αξιολογήθηκε λόγω του μεγέθους του διαθέσιμου δείγματος και των σχετικών στατιστικών κριτηρίων ((Fountoulakis et al, 2003, σελ. 3)

¹⁶ Με τον όρο αξιοπιστία νοείται ότι η μέθοδος επιφέρει αποτελέσματα που είναι συνεπή διαχρονικά. Με τον όρο ισχύς νοείται ότι οι πληροφορίες και τα δεδομένα που θα εξαχθούν από τα δεδομένα είναι σχετικά με τους στόχους και τα ερωτήματα της έρευνας.

4. Η δώδεκα ερωτήσεων υποκλίμακα για την ασθένεια (Asthenia Subscale) περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 2, 5, 9, 17, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 32 και 38. Βαθμολογία : $\alpha = 0$, $\beta = 1$, $\gamma = 2$, $\delta = 3$.

5. Η δεκατεσσάρων ερωτήσεων υποκλίμακα για το άγχος περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 3, 4, 5, 12, 15, 17, 21, 24, 25, 27, 33, 39, 40 και 42. Βαθμολογία : $\alpha = 0$, $\beta = 1$, $\gamma = 2$, $\delta = 3$.

6. Η κλίμακα πέντε ερωτήσεων για τη μανία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 6, 10, 16, 30, 37. Βαθμολογία $\alpha = -1$, $\beta = 0$, $\gamma = 0$, $\delta = +1$

Το ερωτηματολόγιο «επαγγελματικής εξουθένωσης» της Maslach απαρτίζεται από τρεις επιμέρους ομάδες ερωτήσεων (τρεις παράγοντες) που εκφράζουν τη συναισθηματική εξάντληση, τα προσωπικά επιτεύγματα και την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων.

Οι οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι :

Πίνακας 1 Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική εξάντληση	≤ 20	21-30	≥ 31
Προσωπικά επιτεύγματα	≥ 42	41-36	≤ 35
Αποπροσωποποίηση	≤ 5	6-10	≥ 11

Πηγή: Αναγνωστόπουλος – Παπαδάτου 1992

Οι ερωτήσεις 5, 10, 11, 15, 22 αναφέρονται στην αποπροσωποποίηση, οι ερωτήσεις 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 στα προσωπικά επιτεύγματα και οι υπόλοιπες στη συναισθηματική εξάντληση.

Τα σκορ είναι για κάθε ερώτηση :

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

4.5 Μεθοδολογία

Αρχικά πραγματοποιήθηκε συνοπτική στατιστική περιγραφή των δεδομένων, η οποία περιλαμβάνει τα βασικά μέτρα διασποράς των δεδομένων (π.χ. μέσος τυπική απόκλιση), ενώ έγινε επίσης έλεγχος για τη διαφορά των μεταβλητών στους δύο τομείς υγείας. Χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα και θα

εξετάσει τη μηδενική υπόθεση, ότι οι μέσοι των δύο μεταβλητών είναι ίσοι έναντι της εναλλακτικής ότι δεν είναι ίσοι.

Επιπλέον διερευνήθηκαν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης και χρησιμοποιήθηκε ως βάση ο πίνακας κλίμακας που δίνεται από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου και δίνει τη δυνατότητα κατάταξης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή. Ο πίνακας αυτός παρουσιάζεται παρακάτω (πίνακας 6) [198].

Στην ανάλυση αυτή οι παρατηρήσεις μας πήραν τη μορφή μέσου όρου για κάθε ένα παράγοντα από του τρεις που εκφράζουν την επαγγελματική εξουθένωση. Το σύνολο των μέσων όρων όλων των παρατηρήσεων τοποθέτησαν τους εργαζόμενους στην αντίστοιχη κλίμακα, όπως αυτή εμφανίζεται στον πίνακα 6.

Στο επόμενο βήμα διερευνήθηκε το κατά πόσο τα ερωτήματα που έχουν διατυπωθεί μπορούν να απαντηθούν και σε πιο βαθμό.

Στο σημείο αυτό πραγματοποιήθηκε η διερεύνηση της σχέσης της συναισθηματικής εξάντλησης, των προσωπικών επιτευγμάτων και της αποπροσωποποίησης των εργαζομένων με εκείνους τους παράγοντες που εκπροσωπούν τα δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία των εργαζομένων (π.χ. ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, ειδικότητα, έτη προϋπηρεσίας) καθώς και με τις συνθήκες εργασίας.

Για τη διερεύνηση της σχέσης αυτών των τριών μεταβλητών με τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ανάλυσης παλινδρόμησης (Regression Analysis) με την τεχνική των ελαχίστων τετραγώνων (Ordinary Least Squares). Ειδικότερα, και ως πρώτο στάδιο διεξήχθησαν μονομεταβλητές παλινδρομήσεις, έχοντας ως εξαρτημένες μεταβλητές τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και ως ανεξάρτητες τους προσωπικούς-δημογραφικούς παράγοντες και τις συνθήκες εργασίας. Στόχος σε αυτό το στάδιο ήταν να βρεθούν οι μεμονωμένες ανεξάρτητες μεταβλητές που είναι στατιστικά σημαντικές για την ερμηνεία των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το δεύτερο στάδιο συνίσταται από έξι μοντέλα παλινδρομήσεων – τρία για κάθε τομέα υγείας – τα οποία περιλαμβάνουν μόνο εκείνες τις μεταβλητές που προέκυψαν ως σημαντικές από τις παλινδρομήσεις του πρώτου σταδίου.

Στόχος της ανάλυσης στο σημείο αυτό ήταν η ανεύρεση όλων εκείνων των δημογραφικών και περιβαλλοντικών (environmental) στοιχείων που επιδρούν στην επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων.

Ένα σημαντικό πρόβλημα που προέκυψε στην προαναφερθείσα ανάλυση αφορά την εμφάνιση συγγραμικότητας μεταξύ δύο επεξηγηματικών μεταβλητών που σχετίζονται με τον τομέα ψυχικής υγείας. Στο ερωτηματολόγιο του τομέα ψυχικής υγείας οι ερωτήσεις επτά και οκτώ αφορούν την ειδικότητα, το τμήμα η/και τον φορέα

αντίστοιχα. Οι δύο αυτοί επεξηγηματικοί παράγοντες όταν εισήχθησαν στις εξισώσεις εμφάνισαν σημάδια συγγραμικότητας, όπως για παράδειγμα υψηλές τιμές τυπικών σφαλμάτων για τους συντελεστές και εναλλαγή πρόσημων κατά την απόρριψη άλλων επεξηγηματικών μεταβλητών. Για παράδειγμα στην εξίσωση της συναισθηματικής εξάντλησης η διερεύνηση των τιμών του tolerance και του πληθωριστικού παράγοντα (Value Inflation Factor-VIF) έδειξαν ότι από την ομάδα 7, η ειδικότητα των Νευρολόγων-Ψυχιάτρων έλαβε τιμές (TOL=0,1 και VIF=7), ενώ από την ομάδα 8 (φορέα-τμήμα) το «νοσοκομείο ημέρας» (TOL=0,07 και VIF=13), η «κινητή μονάδα» (TOL=0,09 και VIF=11), ο «Ξενώνας – Οικοτροφείο» (TOL=0,07 και VIF=15) μπορεί να επιφέρουν το φαινόμενο της συγγραμικότητας στα μοντέλα παλινδρόμησης. Η ενδεχόμενη παρουσία συγγραμικότητας επιβεβαιώθηκε και από τα υψηλά (στατιστικώς σημαντικά) ποσοστά συσχέτισης (Pearson) που παρουσιάζουν μεταξύ τους οι μεταβλητές. Ο πίνακας 2 παρουσιάζει τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εκτίμηση του συντελεστή Pearson. Παρατηρούμε ότι εκτός από τις μεταβλητές που αφορούν το ΙΚΑ και το Νοσοκομείο Ημέρας, οι υπόλοιπες παρουσιάζουν αρκετά υψηλό βαθμό συσχέτισης μεταξύ τους. Με βάση τα προαναφερθέντα δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή κατά την εισαγωγή των εν λόγω ανεξάρτητων μεταβλητών στα μοντέλα παλινδρόμησης για πιθανούς συσχετισμούς μεταξύ τους, που μπορεί να επηρεάσουν την αξιοπιστία των στατιστικών αποτελεσμάτων. Το τελευταίο τμήμα της στατιστικής ανάλυσης ασχολείται με τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στις διάφορες καταστάσεις υγείας που ενδεχομένως παρουσιάζουν. Στο επίκεντρο αυτών των καταστάσεων τοποθετείται η κατάθλιψη.

Πίνακας 2. Συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ ειδικοτήτων και τομέα/φορέα.

Ερωτ. 7 Ερωτ. 8		Ψυχίατροι	Νευρολόγοι Ψυχίατροι	Ψυχολόγοι	Νοσηλεύτες	Εργοθεραπευ- τές	Κοινωνικοί Λειτουργοί	Άλλη Ειδικότητα
Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	Pearson Correlat.	0,281 (0,000) *	-0,065 (0,342)	-0,133 (0,051)*	0,037 (0,588)	-0,065 (0,342)	0,125 (0,069)*	-0,155 (0,023)*
Ψυχιατρικό Τμήμα	Pearson Correlat.	0,295 (0,000)*	0,118 (0,086)*	0,241 (0,000)*	-0,149 (0,030)*	0,025 (0,715)	-0,054 (0,43)	-0,198(0,004)*
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	Pearson Correlat.	-0,052 (0,447)	-0,022 (0,75)	-0,045 (0,514)	0,136 (0,046)*	-0,022 (0,75)	-0,036 (0,598)	-0,076 (0,265)
Κινητή Μονάδα	Pearson Correlat.	-0,028 (0,688)	-0,012(0,866)	-0,024 (0,731)	-0,029 (0,669)	-0,012 (0,866)	-0,019 (0,781)	0,036 (0,598)
Νοσοκομείο Ημέρας	Pearson Correlat.	0,087 (0,206)	-0,025 (0,712)	0,032 (0,639)	-0,004 (0,956)	0,139 (0,042)*	-0,042 (0,541)	-0,089 (0,196)
Ξενώνας Οικοτροφείο	Pearson Correlat.	-0,036 (0,6)	-0,055 (0,428)	-0,004 (0,953)	-0,074 (0,282)	-0,055 (0,428)	0,105 (0,125)	0,188 (0,006)*
Προστατευόμενο Διαμέρισμα	Pearson Correlat.	-0,003 (0,961)	-0,032 (0,646)	0,182 (0,008)*	-0,199 (0,004)*	-0,032 (0,646)	-0,052 (0,448)	0,242 (0,000)*
Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική	Pearson Correlat.	-0,136 (0,046)*	-0,057 (0,405)	-0,117 (0,088)*	0,281 (0,000)*	-0,057 (0,405)	-0,094 (0,168)	-0,131 (0,055)*
Ιδιωτικός Φορέας Ψυχικής Υγείας	Pearson Correlat.	-0,033 (0,629)	0,412(0,000)*	-0,028 (0,679)	0,087 (0,206)	-0,014 (0,839)	-0,023 (0,738)	-0,049 (0,479)
ΙΚΑ	Pearson Correlat.	-0,019 (0,777)	-0,008 (0,905)	-0,017 (0,808)	0,051 (0,459)	-0,008 (0,905)	-0,014 (0,844)	-0,028(0,678)
Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Στήριξης	Pearson Correlat.	-0,019 (0,777)	-0,008 (0,905)	0,281 (0,000)*	-0,092 (0,178)	-0,008 (0,905)	-0,014 (0,844)	-0,028 (0,678)
Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων	Pearson Correlat.	-0,072 (0,292)	-0,03 (0,659)	-0,062 (0,367)	-0,138 (0,043)*	0,136 (0,047)*	0,053 (0,44)	0,086 (0,212)
	N	214	214	214	214	214	214	214
*στατιστική σημαντικότητα για $\alpha=0,01$ έως $\alpha=0,10$.								

Ο κύριος στόχος στην παρούσα φάση είναι η διερεύνηση της επιρροής των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στις έξι καταστάσεις υγείας, όπως αυτές εκφράζονται από το ερωτηματολόγιο SRSDA (5^ο ερώτημα). Για τη διερεύνηση αυτή υιοθετήθηκε η ανάλυση παλινδρόμησης. Οι τρεις διαστάσεις συνιστούν τις επεξηγηματικές μεταβλητές ενώ οι έξι καταστάσεις υγείας τις εξαρτημένες. Στο παρόν ερευνητικό πλαίσιο οι επιμέρους στόχοι αφορούν τη σύγκριση των δύο τομέων υγείας, ώστε να αναδυθούν τυχόν διαφορές μεταξύ τους στις έξι καταστάσεις υγείας, αλλά και στο σύνολό τους (5^ο ερώτημα). Εδώ χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος *t* για μη συσχετισμένες τιμές, καθότι τα σύνολα τιμών προέρχονται από δύο διαφορετικά δείγματα ατόμων.

Ας σημειωθεί ότι ο εν λόγω στατιστικός έλεγχος χρησιμοποιήθηκε και στη συνοπτική παρουσίαση και περιγραφή των δεδομένων για να διερευνηθεί εάν οι δύο ομάδες είναι διαφορετικές όσον αφορά τα προσωπικά-δημογραφικά στοιχεία, τη γενική ικανοποίησή τους και την άποψη τους για τις συνθήκες εργασίας.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια του προγράμματος SPSS V15.

4.6 Περιγραφική στατιστική ανάλυση δεδομένων και έλεγχος *t*.

4.6.1. Δημογραφικά, επαγγελματικά και προσωπικά στοιχεία.

Ο πίνακας 3, παρουσιάζει συνοπτικά τα βασικά μέτρα διασποράς των στοιχείων καθώς και το στατιστικό έλεγχο *t*. Στα παραρτήματα Α (Τομέας Υγείας) και Β (Τομέας Ψυχικής Υγείας) παρουσιάζονται πίνακες και διαγράμματα με πιο λεπτομερείς πληροφορίες.

Ο μέσος όρος ηλικίας είναι σχεδόν ίδιος και στις δύο ομάδες-λίγο πιο κάτω από 42 έτη. Το 50% των εργαζομένων είναι κάτω από 41 έτη στον τομέα ψυχικής υγείας και πάνω από 42 έτη στον τομέα υγείας. Η επικρατούσα ηλικία και στις δύο ομάδες βρίσκεται κοντά στα 44 (υγείας) και 45 έτη (ψυχικής υγείας). Όσον αφορά το φύλο, οι άνδρες αποτελούν το 1/4 (25,5%) σχεδόν του συνόλου των εργαζομένων στον τομέα ψυχικής υγείας, ενώ το μερίδιο αυτό ελαττώνεται στο 1/5 (21,5%) επί του συνόλου των εργαζομένων στον τομέα υγείας (βλ. σχετικά διαγράμματα στα αντίστοιχα παραρτήματα)

Τα αποτελέσματα που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση δείχνουν ότι κατά μέσο όρο οι αποκρινόμενοι είναι παντρεμένοι (Έγγαμος/η =1) με ένα παιδί (πίνακας 3). Στον τομέα υγείας το 64,4% δήλωσε παντρεμένος/η, ενώ το ποσοστό αυτό στον άλλο τομέα ανέρχεται σε 60,2%. Το 33,8% των παντρεμένων στον τομέα υγείας δήλωσε ότι δεν έχει καθόλου παιδιά, ενώ στον τομέα ψυχικής υγείας το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 38,9%.

Πίνακας 3. Συνοπτικά περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα και έλεγχος της διαφοράς των μέσων (t-test)

Δημογραφικοί – Προσωπικοί Παράγοντες	Τομέας Υγείας			Τομέας Ψυχικής Υγείας			Έλεγχος για διαφορά στους μέσους	
	Missing	Μέσος	Τυπ. Απόκλιση	Missing	Μέσος	Τυπ. Απόκλιση	t	Sign.
Ετ. Γέννησης	11	1969	7,95	5	1970	8,19	-0,435	0,664
Φύλο	7	0,79	0,42	9	0,75	0,44	1,089	0,277
Οικ. Κατάσταση	1	0,97	1,64	6	0,94	0,88	0,230	0,818
Αριθμός Παιδιών	12	1,29	1,13	19	1,20	1,11	0,804	0,422
Πτυχίο	7	1,10	0,83	12	0,69	0,62	-4,666	0,000
Έτος Σπουδών	27	1994	8,19	24	1994	7,75	-0,769	0,443
Προυπ. στο επάγγελμα	8	18,34	7,65	16	9,31	7,50	4,683	0,000
Προυπ. στο χώρο	12	12,76	7,72	16	7,53	6,36	4,091	0,000
Προυπ. στο τμήμα	64	10,52	7,65	19	4,07	4,27	4,040	0,000
Επιλ. Επαγγέλματος {Α}	1	0,40	0,492	4	0,49	0,50	5,911	0,000
Επιλ. Επαγγέλματος {Β}	1	0,43	0,496	4	0,34	0,48	-1,799	0,073
Επιλ. Επαγγέλματος {Γ}	1	0,16	0,366	4	0,13	0,34	1,966	0,050
Επιλ. Επαγγέλματος {Δ}	1	0,26	0,441	4	0,25	0,43	0,812	0,417

Ο μέσος για το επίπεδο μόρφωσης (πτυχίο) λαμβάνει την τιμή 1,10 (Τ.Ε.Ι =1) στον τομέα υγείας, ενώ στον τομέα ψυχικής υγείας 0,69. Οι μισοί και παραπάνω (52,4%) κατέχουν πτυχίο ΤΕΙ, ενώ το ποσοστό αυτό είναι αρκετά μικρότερο (35,1%) στον τομέα ψυχικής υγείας, όπου τα σκήπτρα τα έχει η εκπαίδευση ΔΕ με ποσοστό 46,3%. Το επίπεδο μόρφωσης – αν κρίνεται από το πτυχίο – σε όρους ποσοστών στον τομέα υγείας είναι μεγαλύτερο από αυτό του τομέα ψυχικής υγείας, με το 74% να έχει ολοκληρώσει τις σπουδές του σε ΑΕΙ και ΤΕΙ στον τομέα υγείας, ενώ στον τομέα ψυχικής υγείας το αντίστοιχο ποσοστό μόλις προσεγγίζει το 47,5%. Η διαφορετικότητα των δύο ομάδων στο επίπεδο μόρφωσης τους επιβεβαιώνεται και από την υψηλή τιμή ($t=4,666 > 1,96$ για $\alpha=0,05$) που λαμβάνει και ο στατιστικός έλεγχος t.

Για το έτος κατά το οποίο οι εργαζόμενοι απόκτησαν τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών τα αποτελέσματα είναι ίδια και στις δύο ομάδες (1994). Όσον αφορά την ειδικότητα στον τομέα υγείας, το 80,3% ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ το 10% είναι γιατροί. Το αμέσως επόμενο ποσοστό (2,1%) ανήκει στην ειδικότητα της μαίας ενώ μικρό είναι το ποσοστό (1,7%) για τους τραυματιοφορείς. Υπάρχουν και άλλες ειδικότητες όπως βοηθός θαλάμου, βρεφοκόμος κ.τ.λ. αλλά τα ποσοστά που παρουσιάζουν είναι μικρότερα του 0,5%.

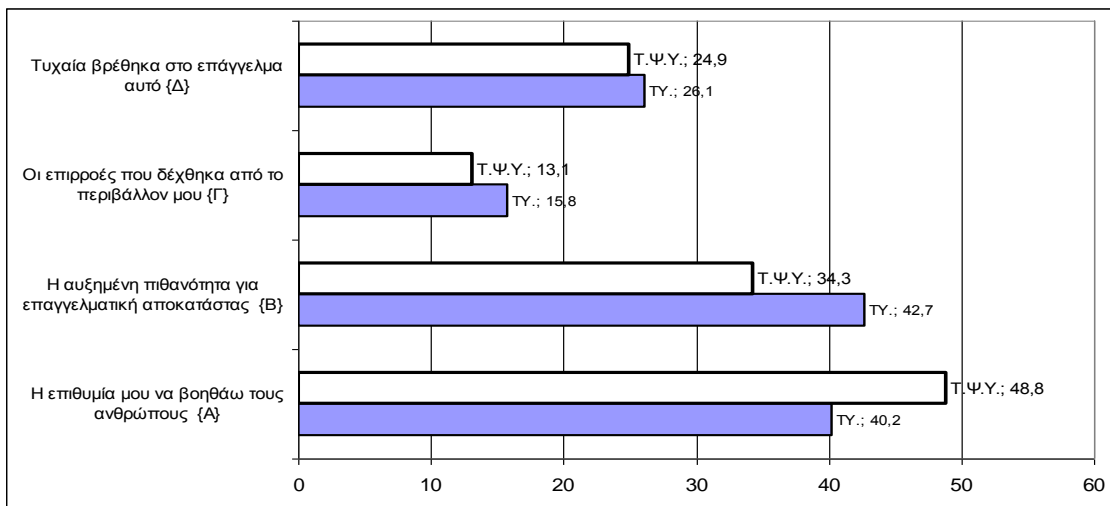
Τα ποσοστά σχετικά με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να διαφέρουν αισθητά στον τομέα ψυχικής υγείας. Το ιατρικό προσωπικό ανέρχεται σε 14,2%. Από αυτούς το 7,5% είναι ψυχίατροι και το 0,9% έχουν ειδικότητα νευρολόγου-ψυχιάτρου. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι 17% λιγότερο (63,2%) από ότι στον τομέα υγείας.

Εντύπωση πάντως προκαλεί το γεγονός ότι το ποσοστό για τους λογοθεραπευτές και τους ειδικούς παιδαγωγούς είναι μηδενικό. Σημαντικό ωστόσο μπορεί να θεωρηθεί το ποσοστό (15,1%) των εργαζομένων που δήλωσε άλλη ειδικότητα. Η προϋπηρεσία που έχουν τα μέλη του δείγματος του τομέα υγείας τόσο στο επάγγελμα όσο και στο χώρο και στο τμήμα, είναι σχεδόν διπλάσια σε έτη από την αντίστοιχη προϋπηρεσία εκείνων που εργάζονται στον τομέα ψυχικής υγείας. Στον τομέα ψυχικής υγείας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 57,1% εργάζεται στο δημόσιο, το 36,6% στον ιδιωτικό και ένα 6% σε αμφότερους δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Η μεγάλη διαφορά που έχουν οι δύο ομάδες σχετικά με την προϋπηρεσία τους επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου t.

Σχετικά με τις απαντήσεις που έδωσαν για τους λόγους που επέλεξαν το επάγγελμά τους (Επιλ. Επαγγέλματος) οι μέσοι όροι δεν φαίνεται να παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές αριθμητικά. Το διάγραμμα 1 απεικονίζει τις συχνότητες των απαντήσεων για κάθε τομέα ξεχωριστά. Οι πιο μεγάλες διαφορές στις συχνότητες παρουσιάζονται στην πρώτη (Α) και δεύτερη (Β) επιλογή (λόγο).

Διάγραμμα 1. Λόγοι για την επιλογή επαγγέλματος



ΤΨΥ: Τομέας Ψυχικής Υγείας , ΤΥ: Τομέας Υγείας.

Ωστόσο, ο στατιστικός έλεγχος t ανέδειξε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά στην πρώτη (Α) και στην τρίτη (Γ) επιλογή, ανάμεσα στις δύο ομάδες. Το ίδιο θα μπορούσε να ειπωθεί και για τη δεύτερη (Β) επιλογή, καθότι η τιμή που δέχεται ο έλεγχος t απορρίπτει τη μηδενική υπόθεση ότι οι μέσοι όροι είναι ίσοι σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Ο πίνακας 4 παρουσιάζει τα αποτελέσματα για την ερώτηση που αφορά την ικανοποίηση των εργαζομένων σε διάφορες πτυχές της ζωής τους. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι από λίγο (κλίμακα 4) ως πολύ (κλίμακα 5) ικανοποιημένοι. Ο συνολικός μέσος για τον τομέα υγείας είναι 4,5 (5= πολύ ικανοποιημένος/η) ενώ για τον τομέα ψυχικής υγείας είναι 4,8. Το αποτέλεσμα του ελέγχου t (4,55) έδειξε ότι οι δύο μέσοι διαφέρουν σημαντικά ($p < 0,01$) και επομένως οι δυο ομάδες εργαζομένων αισθάνονται διαφορετική ικανοποίηση για τη ζωή τους γενικά. Σε γενικές γραμμές οι τιμές που προσεγγίζουν την κλίμακα τέσσερα (λίγο ικανοποιημένος) στον τομέα υγείας, αφορούν την ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας (3,8), την ικανοποίηση από τον ελεύθερο χρόνο τους (3,8) και τα οικονομικά τους (3,8). Αρκετά χαμηλά μπορεί να θεωρηθεί και ο μέσος (4,2) που σχετίζεται με την ικανοποίηση των εργαζομένων από το περιβάλλον εργασίας τους.

Πίνακας 4 . Στατιστικά αποτελέσματα για την ικανοποίηση (γενική) των εργαζομένων.

Ικανοποίηση	Τομέας Υγείας			Τομέας Ψυχικής Υγείας			Έλεγχος για διαφορά στους μέσους	
	Missing	Μέσος	Τυπ. Απόκλιση	Missing	Μέσος	Τυπ. Απόκλιση	t	Sign.
Πόσο ικανοποιημένος είστε με:								
τη ζωή σας	13	5,0	0,9	11	5,1	0,7	1,388	0,166
τη συναισθημ. σας κατάσταση	10	4,9	1,0	10	5,0	0,9	1,201	0,145
τις σχέσεις σας με τους άλλους	18	4,7	1,0	18	4,9	0,9	2,022	0,045
την εργασία σας	8	4,3	1,1	12	4,7	0,9	4,000	0,000
τη σεξουαλική ζωή	13	4,8	1,3	14	5,0	1,0	2,224	0,027
το περιβάλλον της εργασίας	8	4,2	1,1	9	4,5	0,9	3,487	0,000
τις σχέσεις με συναδέλφους	10	4,6	1,1	12	4,8	0,8	2,913	0,004
τις σχέσεις με ασθενείς	7	4,7	1,0	11	5,0	0,7	4,124	0,000
τα οικονομικά σας	15	3,8	1,1	12	4,0	1,1	1,875	0,049
τις συνθήκες εργασίας	11	3,8	1,2	12	4,3	1,1	4,321	0,000
το ρόλο σας στην οικογένεια	8	5,1	0,9	9	5,2	0,8	1,039	0,151
την υγεία σας	6	4,8	1,0	9	5,1	0,9	2,365	0,020
τον ελεύθερο χρόνο σας	22	3,8	1,3	19	4,4	1,2	4,902	0,000
Σύνολο	3	4,50	0,69	8	4,77	0,55	4,547	0,000

Στον τομέα ψυχικής υγείας διατηρείται περίπου το ίδιο μοτίβο σχετικά με τις τέσσερις προαναφερθείσες πτυχές με τη διαφορά ότι οι μέσοι όροι είναι υψηλότεροι ξεπερνώντας την κλίμακα 4 (λίγο ικανοποιημένος).

Πάντως το γεγονός ότι και οι δύο ομάδες εργαζομένων είναι «λίγο» ικανοποιημένες από τις συνθήκες εργασίας (πίνακας 4) επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα των 11 ερωτήσεων που αφορούν αποκλειστικά το περιβάλλον και τις συνθήκες εργασίας (πίνακας 5). Ειδικότερα, στην ερώτηση 4 (συνθήκες εργασίας) οι μέσοι (1,31 και 1,58) τοποθετούνται ανάμεσα στην κλίμακα «λίγο» και «αρκετά».

Πίνακας 5. Στατιστικά αποτελέσματα για τις συνθήκες εργασίας.

Ερωτήσεις που διαγράφουν τις συνθήκες εργασίας (ΣΕ) των εργαζομένων.	Μέσος		Τυπική Απόκλιση		Έλεγχος t	Sign.
	T. Υ.	T. Ψ. Υ.	T. Υ.	T. Ψ. Υ.		
1. Με πόσα άτομα που χρειάζονται τις υπηρεσίες σας ασχολείστε καθημερινά;	2,41	2,68	0,72 9	0,639	-4,182	0,000
2. Πόσες νυχτερινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;	1,28	1,15	0,84 4	0,948	1,541	0,124
3. Πόσες απογευματινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;	1,52	1,57	0,94 6	1,021	-0,520	0,604
4. Είστε ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας σας (χώρος, υλικοτεχνική υποδομή, συνθήκες υγιεινής, κλπ.);	1,31	1,58	0,87 5	0,846	-3,375	0,001
5. Αισθάνεστε ικανοποιημένος από την αμοιβή σας (συγκριτικά με την προσφορά σας);	0,63	1,23	0,76 6	0,894	-7,543	0,000
6. Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό;	0,10	0,35	0,30 7	0,488	-6,280	0,000
7. Σας έχει εξηγηθεί κατανοητά ο ρόλος σας στο χώρο εργασίας;	1,54	1,89	0,88 6	0,867	-4,166	0,000
8. Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας;	1,21	1,33	0,71 6	0,813	-1,629	0,104
9. Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις του προσωπικού;	0,98	0,91	0,14 3	0,324	3,047	0,003
10. Θεωρείτε ότι η συνεργασία με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική;	1,94	1,95	0,63 8	0,637	-0,116	0,908
11. Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με τους ανωτέρους είναι ικανοποιητικές;	1,65	1,85	0,78 4	0,717	-2,945	0,003

Σε γενικές γραμμές οι δύο ομάδες εργαζομένων παρουσιάζονται διαφορετικές στις απόψεις τους για τις εργασιακές συνθήκες, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τις υψηλές τιμές που λαμβάνει ο έλεγχος t (πίνακας 5). Τα θέματα στα οποία οι απαντήσεις δεν

διαφέρουν είναι σχετικά με το κατά ποσό η συνεργασία με τους συναδέλφους είναι ικανοποιητική (ερ. 10, $t = -0,116$) και οι απογευματινές και νυχτερινές βάρδιες εργασίας. Θα πρέπει ωστόσο να αναφερθεί ότι μόνο όσον αφορά τη συνεργασία με τους συναδέλφους φαίνονται οι εργαζόμενοι να είναι αρκετά ικανοποιημένοι και στους δύο τομείς. Οι χαμηλές τιμές των μέσων φανερώνουν ότι οι δύο ομάδες εργαζομένων είναι λίγο έως καθόλου (π.χ. επάρκεια προσωπικού) ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας.

Για την επαγγελματική εξουθένωση η ανάλυση εστιάστηκε στην εκτίμηση των μέσων, όπως αυτή αναφέρεται στη μεθοδολογία και για τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (πίνακας 6). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6 και ταυτόχρονα συγκρίνονται με τις οριακές τιμές (βλ. μεθοδολογία) που δίνονται από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου [198].

Οι εκτιμήσεις των μέσων υποδεικνύουν ότι σε γενικές γραμμές η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων τοποθετείται σε μέτρια επίπεδα. Εξαιρέση αποτελεί η συναισθηματική εξάντληση στον τομέα ψυχικής υγείας, όπου η τιμή (18,46) είναι κοντά στο όριο της μέτριας κλίμακας (21-30), ωστόσο είναι κάτω από αυτό και επομένως μπορεί το επίπεδο της να θεωρηθεί χαμηλό. Όμως κοντά στο όριο της υψηλής τιμής (≤ 35) τοποθετούνται και οι τιμές που συνδέονται με τη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων, τόσο στον τομέα υγείας (36,70) όσο και στον τομέα ψυχικής υγείας (37,28). Το ίδιο ισχύει και για την αποπροσωποποίηση με τη διαφορά ότι οι τιμές των δύο ομάδων των εργαζομένων έχουν διαφορετική φορά. Η τιμή 9,81 που αφορά τους εργαζόμενους στον τομέα υγείας προσεγγίζει την τιμή 10 που είναι και το όριο της μέτριας προς την υψηλή κλίμακα αποπροσωποποίησης. Αντιθέτως, στον τομέα ψυχικής υγείας η τιμή (6,73) τοποθετείται πλησιέστερα στο όριο της χαμηλής αποπροσωποποίησης (5).

Πίνακας 6. Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης

	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική εξάντληση	≤ 20	21-30	≥ 31
Τομέας Υγείας		26,41	
Τομέας Ψυχικής Υγείας	18,46		
Προσωπικά Επιτεύγματα	≥ 42	41-36	≤ 35
Τομέας Υγείας		36,70	
Τομέας Ψυχικής Υγείας		37,28	
Αποπροσωποποίηση	≤ 5	6-10	≥ 11
Τομέας Υγείας		9,81	
Τομέας Ψυχικής Υγείας		6,73	

Σε γενικές γραμμές και σύμφωνα πάντα με την εικόνα που δίνουν τα αποτελέσματα, αλλά και σύμφωνα με την κλίμακα «βάση» που υιοθετείται, η επαγγελματική εξουθένωση και στους δύο τομείς εμπίπτει στην κατηγορία της μέτριας επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο τομέας υγείας εμφανίζεται να λαμβάνει μεγαλύτερες τιμές και επομένως θα ήταν εύλογο να ειπωθεί ότι το επίπεδο του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους του τομέα υγείας είναι υψηλότερο από εκείνο των εργαζομένων του τομέα ψυχικής υγείας.

Η παραπάνω άποψη επιβεβαιώνεται περαιτέρω και από τον αριθμό και τα ποσοστά των εργαζομένων που παρουσιάζουν χαμηλή, μέτρια και υψηλή επαγγελματική εξουθένωση όπως αυτή εκφράζεται από τις τρεις διαστάσεις της. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 7, ο αριθμός των εργαζομένων στον τομέα ψυχικής υγείας που παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης εμφανίζεται αρκετά μεγαλύτερος από εκείνον των εργαζομένων του τομέα υγείας. Ωστόσο, οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά υψηλού επιπέδου προσωπικών επιτευγμάτων.

Πίνακας 7. Αριθμός Εργαζομένων που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης

	Τομέας Υγείας			Τομέας Ψυχικής Υγείας		
	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική Εξάντληση	89 (37,1%)*	58 (24,2%)	93 (38,8%)	135 (63,1%)	51 (23,8%)	28 (13,1%)
Προσωπικά Επιτεύγματα	61 (25,4%)	83 (34,6%)	96 (40,0%)	65 (30,4%)	85 (39,7%)	64 (29,9%)
Αποπροσωποποίηση	73 (30,4%)	75 (31,3%)	92 (38,3%)	114 (53,3%)	44 (20,6%)	56 (26,2%)

*σε παρένθεση ποσοστά επί του συνόλου.

Ωστόσο με δεδομένο το διαφορετικό αριθμό παρατηρήσεων των δύο ομάδων μία λεπτομερέστερη διερεύνηση των αποτελεσμάτων μπορεί να επιβεβαιώσει την διαφορά ή την ομοιότητα του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους δύο τομείς (πίνακας 8). Με αυτόν τον τρόπο διερευνάται και το πρώτο ερώτημα της έρευνας.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο t (πίνακας 8) δείχνουν ότι οι δύο ομάδες εργαζομένων διαφέρουν στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση, ενώ δεν διαφέρουν όσον αφορά τα προσωπικά επιτεύγματα.

Πίνακας 8 . Στατιστικός έλεγχος t για τις τρεις διαστάσεις της Εξουθένωσης.

	t	Sign.
Επαγγελματική Εξουθένωση (σύνολο)	7,168	0,000
Συναισθηματική Εξάντληση	7,117	0,000
Προσωπικά Επιτεύγματα	-0,990	0,323
Αποπροσωποποίηση	5,040	0,000

Η διαφορετικότητα στις δύο ομάδες εργαζομένων που υποδεικνύει ο έλεγχος t για την αποπροσωποποίηση – σε αντίθεση με την κλίμακα – πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στους δύο τομείς τοποθετούνται στα δύο άκρα, δηλαδή κοντά στην τιμή 10 και κοντά στην τιμή 6 (βλ. πίνακα 6, κλίμακα «Μέτρια») με αποτέλεσμα ενώ βρίσκονται στην ίδια κλίμακα (Μέτρια) οι διαφορές τους να εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές. Συνοπτικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχουν διαφορές στους δύο τομείς στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση, αλλά δεν υπάρχουν στη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων. Γεννάται το τελικό ερώτημα κατά πόσο στο σύνολό τους οι τρεις διαστάσεις και άρα η επαγγελματική εξουθένωση, διαφέρουν. Η στατιστική t δέχεται την τιμή 7,168 η οποία είναι αρκετά υψηλή ($p < 0,01$) σε μέγεθος, ώστε να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση. Επομένως, εξαγάγουμε το συμπέρασμα ότι υπάρχει διαφορά στην επαγγελματική εξουθένωση στις δύο ομάδες εργαζομένων, παρόλο που αυτές εντάσσονται στο μείζον τμήμα τους στις ίδιες υποκλίμακες των διαστάσεών της.

Στους πίνακες 9α και 9β περιέχονται τα συνοπτικά περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα για το επαυξημένο ερωτηματολόγιο BDI (SRSDA), ενώ στον πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου t.

Ως μέτρο σύγκρισης μεταξύ των δύο ομάδων εργαζομένων χρησιμοποιείται κυρίως ο μέσος όρος. Στις 21 ερωτήσεις του Beck που αφορούν την κατάθλιψη ο μέσος όρος λαμβάνει μεγαλύτερη τιμή στους εργαζόμενους του τομέα ψυχικής υγείας από ότι στον τομέα υγείας. Ωστόσο δεν ισχύει το ίδιο για τις 13 ερωτήσεις του Beck όπου συμβαίνει το αντίθετο με το μέσο του τομέα υγείας να υπερβαίνει εκείνου του τομέα ψυχικής υγείας.

Πίνακας 9α. Συνοπτικά περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα στους δύο τομείς υγείας (SRSDA).

Beck –21 ερωτήσεις κατάθλιψης					Beck –13 ερωτήσεις κατάθλιψης					12 ερωτήσεις για τη μελαγχολία					12 ερωτήσεις για την ασθένεια				
		Μέσος		Τυπική Απόκλιση				Μέσος		Τυπική Απόκλιση				Μέσος		Τυπική Απόκλιση			
Ερωτ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.	Ερωτ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.	Ερωτ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.	Ερωτ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.
Δ1	0,17	0,22	0,51	0,56	Δ1	0,22	0,17	0,56	0,51	Δ8	0,31	0,25	0,54	0,54	Δ2	1,07	0,79	0,99	0,95
Δ8	0,25	0,31	0,54	0,54	Δ8	0,31	0,25	0,54	0,54	Δ11	0,37	0,14	0,79	0,45	Δ5	0,37	0,27	0,53	0,49
Δ11	0,14	0,37	0,45	0,79	Δ11	0,37	0,14	0,79	0,45	Δ13	0,11	0,08	0,39	0,33	Δ9	0,30	0,14	0,52	0,37
Δ13	0,08	0,11	0,33	0,39	Δ13	0,11	0,08	0,39	0,33	Δ17	0,59	0,42	1,01	0,85	Δ17	0,59	0,42	1,01	0,85
Δ14	0,22	0,38	0,48	0,63	Δ14	0,38	0,22	0,63	0,48	Δ19	0,56	0,39	0,69	0,58	Δ21	0,81	0,62	0,93	0,86
Δ17	0,42	0,59	0,85	1,01	Δ19	0,56	0,39	0,69	0,58	Δ20	0,31	0,23	0,62	0,51	Δ24	0,45	0,33	0,71	0,66
Δ18	0,41	0,39	0,87	0,80	Δ20	0,31	0,23	0,62	0,51	Δ21	0,81	0,62	0,93	0,86	Δ25	0,52	0,35	0,80	0,66
Δ19	0,39	0,56	0,58	0,69	Δ22	0,16	0,11	0,50	0,40	Δ22	0,16	0,11	0,50	0,40	Δ27	0,65	0,45	0,76	0,80
Δ20	0,23	0,31	0,51	0,62	Δ28	0,11	0,08	0,33	0,29	Δ26	0,28	0,22	0,54	0,53	Δ28	0,11	0,08	0,33	0,29
Δ21	0,62	0,81	0,86	0,93	Δ29	0,37	0,23	0,58	0,48	Δ29	0,37	0,23	0,58	0,48	Δ29	0,37	0,23	0,58	0,48
Δ22	0,11	0,16	0,40	0,50	Δ32	0,68	0,50	0,60	0,60	Δ32	0,68	0,50	0,60	0,60	Δ32	0,68	0,50	0,60	0,60
Δ23	0,27	0,43	0,72	0,86	Δ34	0,46	0,44	0,83	0,80	Δ34	0,46	0,44	0,83	0,80	Δ38	0,50	0,42	0,79	0,71
Δ25	0,35	0,52	0,66	0,80	Δ41	0,05	0,03	0,27	0,23	M.O	0,42	0,30	0,67	0,59	M.O	0,54	0,38	0,71	0,63
Δ26	0,22	0,28	0,53	0,54	M.O	0,31	0,22	0,56	0,48										
Δ27	0,45	0,65	0,80	0,76															
Δ28	0,08	0,11	0,29	0,33															
Δ29	0,23	0,37	0,48	0,58															
Δ31	0,69	0,71	0,69	0,66															
Δ32	0,50	0,68	0,60	0,60															
Δ34	0,44	0,46	0,80	0,83															
Δ41	0,03	0,05	0,23	0,27															
M.O	0,30	0,40	0,58	0,65															

Πίνακας 9β. Συνοπτικά περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα στους δύο τομείς υγείας (SRSDA).

12 ερωτήσεις για τη μελαγχολία					14 ερωτήσεις για το άγχος					5 ερωτήσεις για τη μανία				
Ερωτ.	Μέσος		Τυπική Απόκλιση		Ερωτ.	Μέσος		Τυπική Απόκλιση		Ερωτ.	Μέσος		Τυπική Απόκλιση	
	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.		Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.		Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.
δ8	0,31	0,25	0,54	0,54	δ3	0,41	0,35	0,77	0,93	δ6	-0,05	-0,06	0,31	0,24
δ11	0,37	0,14	0,79	0,45	δ4	0,48	0,34	0,74	0,65	δ10	-0,21	0,02	0,56	0,54
δ13	0,11	0,08	0,39	0,33	δ5	0,37	0,27	0,53	0,49	δ16	0,00	0,02	0,49	0,43
δ17	0,59	0,42	1,01	0,85	δ12	0,34	0,22	0,73	0,61	δ30	-0,17	-0,24	0,51	0,43
δ19	0,56	0,39	0,69	0,58	δ15	0,22	0,13	0,44	0,35	δ37	-0,03	-0,06	0,41	0,35
δ20	0,31	0,23	0,62	0,51	δ17	0,59	0,42	1,01	0,85	M.O	-0,09	-0,06	0,46	0,40
δ21	0,81	0,62	0,93	0,86	δ21	0,81	0,62	0,93	0,86					
δ22	0,16	0,11	0,50	0,40	δ24	0,45	0,33	0,71	0,66					
δ26	0,28	0,22	0,54	0,53	δ25	0,52	0,35	0,80	0,66					
δ29	0,37	0,23	0,58	0,48	δ27	0,65	0,45	0,76	0,80					
δ32	0,68	0,50	0,60	0,60	δ33	0,13	0,07	0,35	0,28					
δ34	0,46	0,44	0,83	0,80	δ39	1,00	0,84	0,86	0,80					
M.O	0,42	0,30	0,67	0,58	δ40	0,15	0,10	0,40	0,35					
					δ42	0,69	0,44	0,86	0,77					
					M.O	0,49	0,35	0,71	0,65					

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα των υπόλοιπων ερωτήσεων που αφορούν τη μελαγχολία, την ασθένεια, το άγχος και τη μανία εύκολα διαπιστώνεται ότι με βάση τις τιμές των μέσων οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το αποτέλεσμα του στατιστικού ελέγχου t, ο οποίος με την τιμή που λαμβάνει (3,51) απορρίπτει τη μηδενική υπόθεση ότι οι δύο μέσοι είναι ίσοι ($p < 0,01$)

Επομένως, ενώ οι εργαζόμενοι στον τομέα ψυχικής υγείας παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, σύμφωνα πάντα με το ερωτηματολόγιο του Beck-21, στις υπόλοιπες καταστάσεις υγείας, όπως η μελαγχολία κ.τ.λ. οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας είναι πιθανόν να βρίσκονται σε χειρότερα επίπεδα από την ομάδα εργαζομένων στον τομέα ψυχικής υγείας.

Πίνακας 10. Αποτελέσματα στατιστικού ελέγχου t για τις έξι καταστάσεις υγείας.

Ομάδες Ερωτήσεων στο SRSDA	Τομείς	Μέσος	Έλεγχος t	p (sign,)
Beck 21	Υγείας	0,30	3,51	0,00
	Ψυχ. Υγείας	0,40		
Beck 13	Υγείας	0,31	3,98	0,00
	Ψυχ. Υγείας	0,22		
Μελαγχολία	Υγείας	0,42	4,03	0,00
	Ψυχ. Υγείας	0,30		
Ασθένεια	Υγείας	0,54	4,54	0,00
	Ψυχ. Υγείας	0,38		
Άγχος	Υγείας	0,49	3,32	0,00
	Ψυχ. Υγείας	0,35		
Μανία	Υγείας	-0,09	-2,09	0,04
	Ψυχ. Υγείας	-0,06		
Σύνολο SRSDA	Υγείας	0,52	3,69	0,00
	Ψυχ. Υγείας	0,43		

Μελετώντας το σύνολο των καταστάσεων υγείας (μελαγχολία, κατάθλιψη κ.τ.λ), και εξάγοντας τους μέσους για το σύνολο των απαντήσεων, γίνεται ορατό (πίνακας 10) ότι ο μέσος είναι αισθητά μεγαλύτερος στον τομέα υγείας από ότι στον τομέα ψυχικής υγείας. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την υψηλή τιμή (3,69) που λαμβάνει ο έλεγχος t

υποδεικνύοντας ότι στο σύνολό τους οι δύο ομάδες διαφέρουν στη γενικότερη κατάσταση με πιθανότητα αυτοί που εργάζονται στον τομέα ψυχικής υγείας να είναι σε καλύτερη κατάσταση.

Μία άλλη προσέγγιση εκτίμησης της κατάστασης της υγείας των εργαζομένων σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο SRSDA είναι με τον υπολογισμό του αθροίσματος. Το άθροισμα αυτό αναφέρεται στο σύνολο που έχει η κάθε ερώτηση που αντιστοιχεί σε κάθε αποκρινόμενο.

Σημείο αναφοράς για την ανάλυση του επιπέδου για κάθε μία κατάσταση υγείας (κατάθλιψη, μελαγχολία κ.τ.λ.) αποτελούν τα ευρήματα της έρευνας του Κ.Ν. Φουντουλάκη και λοιπών, σχετικά με τα σημεία παρουσίας ή απουσίας μιας συγκεκριμένης κατάστασης υγείας (βλ. σχετική παράγραφο στην ενότητα της μεθοδολογίας) [197]. Ο πίνακας 11 παρουσιάζει τα συνοπτικά σχετικά αποτελέσματα της ανάλυσης για τις ερωτήσεις των καταστάσεων υγείας. Με βάση την κλίμακα του Κ.Ν. Φουντουλάκη και λοιπών, και με βάση τους μέσους όρους δεν παρουσιάζονται προβλήματα στις καταστάσεις υγείας και για τις δύο ομάδες εργαζομένων [197]. Ωστόσο, οι μέσοι είναι μεγαλύτεροι στους εργαζόμενους στον τομέα υγείας. Αυτό δείχνει ότι κατά μέσο όρο, αν και δεν υπάρχουν προβλήματα στην υγεία, οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας είναι σε χειρότερη κατάσταση από τους εργαζόμενους στον τομέα ψυχικής υγείας.

Η μεγαλύτερη διαφορά παρουσιάζεται στην κατάθλιψη (BECK-21), με σχεδόν δύο μονάδες.

Πίνακας 11. Συνοπτικά περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα για το ερωτηματολόγιο SRSDA.

SRSDA.	Κλίμακα F	Μέσος		Τυπ. Απόκλιση		Έλεγχος t	Sign.
		Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.	Τ. Υ.	Τ. Ψ. Υ.		
Beck-21	14	8,23	6,21	6,79	5,92	3,36	0,001
Beck13	7	3,96	2,83	4,26	3,41	3,13	0,002
Μελαγχ.	8	4,91	3,44	4,44	3,62	3,87	0,000
Ασθένεια	9	6,32	4,56	4,35	3,98	4,44	0,000
Άγχος	10	6,36	4,91	4,72	4,87	3,21	0,001

Αν και οι διαφορές στους μέσους στις δύο ομάδες εργαζομένων εμφανίζονται μάλλον μικρές, οι συχνότητες που υπολογίστηκαν δείχνουν σημαντικές διαφορές με σημεία αναφοράς την κλίμακα του Κ.Ν. Φουντουλάκη και λοιπών. Τα ποσοστά των

εργαζομένων που υπερβαίνουν αυτή την κλίμακα δεν είναι μεγάλα αλλά μπορούν να θεωρηθούν σημαντικά τουλάχιστον για τους εργαζόμενους στον τομέα υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στην ασθένεια (20,3%). Τα υπόλοιπα ποσοστά βρίσκονται μεταξύ του 14% και 18% (πίνακας12).

Πίνακας 12. Ποσοστά εργαζομένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα σύμφωνα με την κλίμακα του K.N. Φουντουλάκη και λοιπών (2003) [197]

	Κλίμακα F	Ποσοστά (%)	
		T. Υ.	T. Ψ. Υ.
Beck-21	>14	14,2	7,5
Beck13	>7	14,3	9,9
Μελαγχολία	>8	16,0	7,5
Ασθένεια	>9	20,3	10,3
Άγχος	>10	17,6	12,2

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι που υπερβαίνουν τα όρια και άρα παρουσιάζουν πρόβλημα υγείας είναι σχεδόν διπλάσιοι στον τομέα υγείας από ότι στον τομέα ψυχικής υγείας. Η μεγαλύτερη διαφορά τοποθετείται ανάμεσα στις δύο ομάδες, όταν πρόκειται για το επίπεδο μελαγχολίας, όπου στον τομέα ψυχικής υγείας το 7.5% των αποκρινόμενων φαίνεται να αντιμετωπίζει προβλήματα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον τομέα υγείας ανέρχεται σε 16%.

4. 7.Εμπειρικά Αποτελέσματα (Ανάλυση Παλινδρόμησης)

4.7.1. Διερεύνηση του επιπέδου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Η ανάλυση που ακολουθεί αναζητά απαντήσεις στο δεύτερο και στο τρίτο ερώτημα της έρευνας. Δηλαδή, διερευνάται εάν οι προσωπικοί-δημογραφικοί παράγοντες των εργαζομένων καθώς και οι συνθήκες εργασίας ασκούν επίδραση στην επαγγελματική εξουθένωση και με ποια κατεύθυνση, θετική ή αρνητική. Η εν λόγω διερεύνηση διεξήχθη με την υιοθέτηση της ανάλυσης παλινδρόμησης. Αρχικά εκτιμήθηκαν απλές παλινδρομήσεις (μονομεταβλητές), ώστε να ανιχνευτούν οι πιο στατιστικά σημαντικές (για $\alpha=0,10$ και για $\alpha=0,05$) μεταβλητές (παράγοντες) και κατόπιν

αυτές εισήχθησαν σε μια εξίσωση. Υιοθετήθηκε η μέθοδος *stepwise* για την ανεύρεση του τελικού μοντέλου παλινδρόμησης.

Τα αποτελέσματα από τις μονομεταβλητές παλινδρομήσεις και για τους δύο τομείς υγείας παρουσιάζονται στους πίνακες 13 και 14.

Στον τομέα υγείας (πίνακας 13) καμία από τις μεταβλητές, που εκπροσωπούν τους προσωπικούς και δημογραφικούς παράγοντες, δεν είναι παρούσα ως σημαντική μεταβλητή και στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης, με εξαίρεση τη μεταβλητή που αφορά την «Επιλογή επαγγέλματος από επιθυμία βοήθειας προς τους συνανθρώπους». Το ίδιο ωστόσο δεν συμβαίνει με τις μεταβλητές των συνθηκών εργασίας, όπου τουλάχιστον τέσσερις από αυτές παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές στην ερμηνεία των τριών διαστάσεων.

Η ερμηνευτική βαρύτητα των συνθηκών εργασίας συνεχίστηκε και στον τομέα ψυχικής υγείας που μαζί με τις μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν την ειδικότητα, την προϋπηρεσία και την ηλικία συνθέτουν το σύνολο των στατιστικά σημαντικών παραγόντων (πίνακας 14), οι οποίοι θα επιλεχθούν ως ανεξάρτητες μεταβλητές στην εκτίμηση του τελικού μοντέλου.

Οι πίνακες 15 και 16 παρουσιάζουν τα τελικά πολυμεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης που εκτιμήθηκαν με τη μέθοδο *stepwise*.

Ξεκινώντας από τον τομέα υγείας τα αποτελέσματα του ελέγχου *t-ratio* (πίνακας 15) δείχνουν ότι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το τμήμα στο οποίο ανήκουν οι εργαζόμενοι, ο αριθμός κλινών και η επιλογή εργασίας με σκοπό την επιθυμία βοήθειας προς τους συνανθρώπους αποτελούν τους πιο σημαντικούς δημογραφικούς και προσωπικούς παράγοντες επιρροής της συναισθηματικής εξάντλησης. Σε αυτούς τους παράγοντες επιρροής προστίθενται και τρεις μεταβλητές που αφορούν τις συνθήκες εργασίας.

Η πρώτη αφορά τις απογευματινές βάρδιες, η δεύτερη την ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας και η τρίτη αφορά κατά πόσο έχει εξηγηθεί με κατανοητό τρόπο ο ρόλος του εργαζομένου στο χώρο εργασίας. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν επίσης τα πρόσημα που δέχονται οι μεταβλητές και δείχνουν τη φορά επιρροής τους στη συναισθηματική εξάντληση.

Πίνακας 13. Τομέας Υγείας (μονομεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης)

Εξαρτημένες: Ανεξάρτητες:	Συναισθηματική Εξάντληση			Προσωπικά επιτεύγματα			Αποπροσωποποίηση		
	R ²	B	t(sign)	R ²	B	t(sign)	R ²	B	t(sign)
Φύλο	0,04	6,18	3,02 (0,00)	–	–	–	–	–	–
Οικογενειακή Κατάσταση	0,02	0,97	1,91 (0,06)	0,38	3,70	11,84 (0,00)	–	–	–
Πτυχίο	–	–	–	0,03	2,09	2,59 (0,01)	0,02	-1,30	-2,34 (0,02)
Ειδικότητα	0,01	-0,67	-1,69 (0,09)	–	–	–	–	–	–
Τμήμα	0,02	0,24	2,05 (0,04)	–	–	–	–	–	–
Συνολικά Χρόνια Προϋπηρεσίας στο επάγγελμα 9α	–	–	–	0,02	0,24	1,8 (0,07)	–	–	–
Συνολικά Χρόνια Προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα 9γ	0,03	-0,42	-1,70 (0,09)	0,02	-0,32	-1,72 (0,09)	–	–	–
Αριθμός Κλινών	0,02	2,77	2,30 (0,02)	–	–	–	–	–	–
Επιλογή επαγγέλματος από επιθυμία βοήθειας προς τους συνανθρώπους 11α	0,08	-7,18	-3,78 (0,00)	0,07	4,04	2,72 (0,01)	0,04	-3,97	-4,07 (0,00)
Επιλογή επαγγέλματος λόγω αυξημένης πιθανότητας επαγγελματικής αποκατάστασης 11β	–	–	–	0,07	-2,81	-1,94 (0,05)	0,04	2,59	2,70 (0,01)
Με πόσα άτομα που χρειάζονται τις υπηρεσίες σας ασχολείστε καθημερινά; σε12	–	–	–	–	–	–	0,01	1,12	1,81 (0,07)
Πόσες νυχτερινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε; σε13	–	–	–	0,02	-1,85	-2,27 (0,02)	–	–	–
Πόσες απογευματινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε; σε14	0,02	1,89	2,08 (0,04)	–	–	–	0,01	0,83	1,73 (0,09)
Είστε ικανοποιημένος από τις συνθήκες εργασίας σας; σε15	0,11	-4,80	-5,22 (0,00)	0,04	2,28	3,09 (0,00)	0,04	-1,49	-2,95 (0,00)
Αισθάνεστε ικανοποιημένος από την αμοιβή σας; σε16	0,08	-4,74	-4,43 (0,00)	–	–	–	0,03	-1,43	-2,47 (0,01)
Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό; σε17	0,03	-7,57	-2,73 (0,01)	–	–	–	–	–	–
Σας έχει εξηγηθεί ικανοποιητικά ο ρόλος σας στο χώρο εργασίας; σε18	0,05	-2,49	-3,32 (0,00)	0,32	5,07	10,32 (0,00)	0,02	-0,9	-2,24 (0,03)
Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας; σε19	–	–	–	0,03	2,35	2,58 (0,01)	0,08	-2,67	-4,43 (0,00)
Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις του προσωπικού; σε20	–	–	–	0,10	-24,21	-5,02 (0,00)	–	–	–
Θεωρείτε ότι η συνεργασία με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική; σε21	0,05	-4,66	-3,56 (0,00)	0,04	3,05	2,95 (0,00)	0,02	-1,57	-2,22 (0,03)
Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με τους ανωτέρους είναι ικανοποιητικές; σε22	0,02	-1,88	-2,30 (0,02)	0,40	6,1	12,33 (0,00)	0,02	-0,83	-1,93 (0,06)

* σε παρένθεση το επίπεδο σημαντικότητας

Το θετικό πρόσημο στις βάρδιες δείχνει ότι όσο περισσότερες είναι οι απογευματινές βάρδιες τόσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης. Αντίθετα, το αρνητικό πρόσημο του ρόλου στο χώρο εργασίας δείχνει ότι θα πρέπει να είναι ξεκάθαρος και κατανοητός, ώστε οι εργαζόμενοι να νιώθουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Το ίδιο ισχύει για τις συνθήκες εργασίας (υλικοτεχνικός εξοπλισμός κ.τ.λ), όπου όσο πιο ακατάλληλες είναι τόσο περισσότερο οι εργαζόμενοι θα υφίσταντο τις συνέπειες που θα προκύψουν από τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης.

Ας σημειωθεί ότι η κατανόηση του ρόλου στο χώρο εργασίας μαζί με τη μεταβλητή της επιθυμίας για βοήθεια προς τους συνανθρώπους συνιστούν τους σημαντικότερους παράγοντες επιρροής της επαγγελματικής εξουθένωσης, αφού εμφανίζονται στατιστικά σημαντικοί και στις τρεις εξισώσεις της. Οι βάρδιες εκτός από τη συναισθηματική εξάντληση φαίνεται ότι επηρεάζουν και την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων και όχι τα επίπεδα των προσωπικών επιτευγμάτων. Αυτά όπως και η αποπροσωποποίηση εμφανίζονται να δέχονται επιρροές από τις συναντήσεις του προσωπικού. Το αξιοπερίεργο ίσως είναι ότι ενώ οι συναντήσεις συμβάλλουν θετικά στο συναίσθημα του προσωπικού επιτεύγματος του εργαζομένου, η μεγαλύτερη συχνότητα αυτών, ωθεί σε υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησής τους. Πάντως η καλή συνεργασία ασκεί και καλές επιρροές στην αποπροσωποποίηση.

Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία το φύλο παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντικό μόνο για τη συναισθηματική εξάντληση. Το θετικό πρόσημο δεν βοηθά ιδιαίτερα στην ερμηνεία σε αυτή την περίπτωση σχετικά με τη διαφορετική στάση των δύο φύλων, καθότι η πλειονότητα των εργαζομένων που ρωτήθηκαν (78%) τυγχάνει να είναι γυναίκες. Πάντως δίχως επιφύλαξη μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι το φύλο συνιστά σημαντικό παράγοντα ερμηνείας της συναισθηματικής εξάντλησης με τις γυναίκες να έχουν το πρώτο λόγο σε αυτή. Η οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων αποδείχτηκε ότι παίζει ρόλο στη συναισθηματική εξάντληση και στα προσωπικά επιτεύγματα. Αν μας επιτραπεί η ερμηνεία του θετικού πρόσημου που λαμβάνει η επεξηγηματική μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης, το συμπέρασμα που θα εξαγόταν θα ήταν ότι όσο περισσότερο τείνουμε από την κλίμακα του άγαμου/ης στην κλίμακα του ή της διαζευγμένου/ης με άκρο τη συμβίωση, τόσο μεγαλύτερη είναι και η συναισθηματική εξάντληση και το επίπεδο των προσωπικών επιτευγμάτων.

Πίνακας 15. Τομέας Υγείας (Πολυμεταβλητά μοντέλα Παλινδρόμησης)

Ανεξάρτητες:	Εξαρτημένες:		Προσωπικά επιτεύγματα R ² =0,61		Αποπροσωποποίηση R ² =0,21	
	B	t	B	t	B	t
Σταθερά (Constant)	19,543	3,761 (0,000)	21,495	9,989 (0,000)	13,142	10,626 (0,000)
φύλο	6,401	2,986 (0,003)	-	-	-	-
Οικογενειακή Κατάσταση	1,044	2,346 (0,020)	4,124	14,115 (0,000)	-	-
τμήμα 8	0,354	2,891 (0,004)	-	-	-	-
Πόσα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας έχετε στο συγκεκριμένο τμήμα; 9γ	-0,467	-2,596 (0,010)	-	-	-	-
Ποια είναι η δυναμικότητα του νοσοκομείου σας σε κλίνες; 10	3,223	2,587 (0,011)	-	-	-	-
Επιλογή επαγγέλματος από επιθυμία βοήθειας προς τους συνανθρώπους 11α	-4,817	-2,553 (0,012)	3,697	3,140 (0,002)	-3,501	-4,018 (0,000)
Επιλογή επαγγέλματος λόγω αυξημένης πιθανότητας επαγγελματικής αποκατάστασης 11β	-	-	-	-	2,362	2,763 (0,006)
Πόσες απογευματινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;σε14	1,821	1,740 (0,084)	-	-	,802	1,743 (0,083)
Είστε ικανοποιημένος/ η από τις συνθήκες εργασίας σας; σε15	-3,677	-3,198 (0,002)	-	-	-	-
Σας έχει εξηγηθεί κατανοητά ο ρόλος σας στο χώρο εργασίας; σε18	-3,180	-3,054 (0,003)	2,347	3,361 (0,001)	-1,191	-2,440 (0,016)
Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας; σε19	-	-	1,769	2,074 (0,040)	-1,768	-2,952 (0,004)
Θεωρείτε ότι η συνεργασία με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική; σε21	-	-	2,091	2,246 (0,026)	-	-
*σε παρένθεση το επίπεδο σημαντικότητας						

Το τμήμα στο οποίο ανήκει ο εργαζόμενος καθώς και τα χρόνια προϋπηρεσίας του σε αυτό εμφανίστηκαν ως στατιστικά σημαντικές μεταβλητές μόνο στην εξίσωση της συναισθηματικής εξάντλησης. Το αρνητικό πρόσημο της προϋπηρεσίας δείχνει ότι όσο περισσότερα τα χρόνια του εργαζόμενου στο τμήμα, τόσο μικρότερα τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησής του. Ενδεχομένως, η εμπειρία που αποκτά ο εργαζόμενος

στο πέρασμα του χρόνου να βοηθά στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής εξάντλησης. Τέλος, ο μεγαλύτερος αριθμός κλινών εμφανίστηκε ότι συμβάλλει σε μεγαλύτερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αλλά δεν ασκεί επιρροή στις άλλες δύο συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στον τομέα της ψυχικής υγείας το σκηνικό όσον αφορά την ομάδα των ανεξάρτητων μεταβλητών που επηρεάζουν την εξουθένωση είναι αρκετά διαφορετικό από αυτό του τομέα υγείας (πίνακας 16). Ο κύριος λόγος έγκειται στην εισαγωγή του παράγοντα που εκπροσωπεί το τμήμα/ φορέα, στο οποίο απασχολείται ή και έχει απασχοληθεί προγενέστερα ο εργαζόμενος. Εννέα από τις δεκαοκτώ μεταβλητές που συνθέτουν το εν λόγω παράγοντα βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές τουλάχιστον σε μια από τις εξισώσεις που εκφράζουν την επαγγελματική εξουθένωση (πίνακας 16). Οι τέσσερις από αυτές αφορούν την τρέχουσα εργασία σε φορέα ή ίδρυμα και οι άλλες τέσσερις προγενέστερη εργασία. Το ενδιαφέρον σημείο σε αυτή τη μεταβλητή είναι ότι οι τέσσερις που σχετίζονται με την παρούσα εργασία βρέθηκαν όλες σημαντικές στην ερμηνεία της αποπροσωποποίησης. Ωστόσο, μόνο μια από αυτές βρέθηκε στατιστικά σημαντική στην εξίσωση των προσωπικών επιτευγμάτων (Παρούσα εργασία σε Ειδικό Ψυχιατρικό- Νοσοκομείο – Ενδονοσοκομειακή Νοσηλεία). Ένα άλλο αρκετά ενδιαφέρον σημείο είναι η παρουσία της μεταβλητής που αφορά την εργασία στο πρόγραμμα Ψυχαγωγίας II, η οποία παρουσιάστηκε σημαντική και στα δύο χρονικά επίπεδα (προγενέστερα και παρούσα). Σε προγενέστερο επίπεδο εργασίας επηρεάζει τα προσωπικά επιτεύγματα, ενώ σε τρέχον χρονικά επίπεδο την αποπροσωποποίηση. Και στις δύο περιπτώσεις και σύμφωνα με τα πρόσημα που δέχεται η μεταβλητή, η απασχόληση στο πρόγραμμα Ψυχαγωγίας II επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στα προσωπικά επιτεύγματα όσο και στην αποπροσωποποίηση.

Το ίδιο θα μπορούσε να λεχθεί και για το παράγοντα «Επιλογή επαγγέλματος από επιθυμία βοήθειας προς τους συνανθρώπους», ο οποίος εμφανίζει την ίδια στατιστική παρουσία και συμπεριφορά και συνακόλουθα την ίδια ερμηνεία ως προς την κατεύθυνση επιρροής στις δυο προαναφερθείσες συνιστώσες της εξουθένωσης. Δεν μπορεί ωστόσο να εξαχθεί το ίδιο συμπέρασμα για τον παράγοντα που συνδέεται με την προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο. Η προϋπηρεσία αυτή, όσο μεγαλύτερη είναι, έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην επαγγελματική εξουθένωση γενικότερα, αφού ο συγκεκριμένος παράγοντας εμφανίζεται στατιστικά σημαντικός και στις τρεις εξισώσεις.

Αυτό επιβεβαιώνεται και σε κάποιο βαθμό από το γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι, και άρα μεγαλύτερη προϋπηρεσία, υφίστανται τις επιπτώσεις από το συναίσθημα της αποπροσωποποίησης (βλ. σχετικό αποτέλεσμα για μεταβλητή «Ηλικία»). Σε αντίθεση με τα χρόνια προϋπηρεσίας στο χώρο, η προϋπηρεσία στο τμήμα όσο

Όσον αφορά την ειδικότητα από τις οκτώ που εισήχθησαν στα μοντέλα μόνο εκείνη του νοσηλευτή/νοσηλεύτριας παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική και μόνο στην εξίσωση της συναισθηματικής εξάντλησης.

Οι συνθήκες εργασίας, όπως και στον τομέα υγείας, φέρουν και αυτές ερμηνευτικό βάρος στην επαγγελματική εξουθένωση. Μια από τις δύο συνθήκες που είναι στατιστικά σημαντική και στους δύο τομείς είναι κατά πόσο θεωρεί ο εργαζόμενος ότι του έχει εξηγηθεί κατανοητά ο ρόλος του στο χώρο εργασίας του. Βέβαια στον τομέα υγείας εμφανίζεται σημαντική και στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης, ενώ στον τομέα ψυχικής υγείας επηρεάζει τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης· όσο πιο κατανοητός είναι ο ρόλος τόσο μικρότερα τα επίπεδα αυτών. Η άλλη συνθήκη είναι η ικανοποίηση που απορρέει από τη συνεργασία με τους συναδέλφους. Αυτή όπως και στον τομέα υγείας επηρεάζει τα προσωπικά επιτεύγματα και μάλιστα όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση τόσο μεγαλύτερο και το συναίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων.

Τέλος, ο βαθμός επάρκειας του μεγέθους του προσωπικού (αριθμός εργαζομένων) και η ικανοποίηση των εργαζομένων από την αμοιβή τους παρουσιάστηκαν ως σημαντικές μεταβλητές μόνο στη συναισθηματική εξάντληση.

4.7.2. Διερεύνηση της σχέσης επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάστασης υγείας (SRSDA) στον τομέα υγείας και στον τομέα ψυχικής υγείας.

Το συμπέρασμα που έχει εξαχθεί από την προγενέστερη ανάλυση είναι ότι η υγεία των εργαζομένων στον τομέα υγείας είναι σε χειρότερη κατάσταση από ότι στον τομέα ψυχικής υγείας, όπως αυτή εκφράζεται από το επαυξημένο ερωτηματολόγιο BDI. Εξαίρεση σε αυτό το συμπέρασμα αποτελεί η κατάσταση της υγείας που αφορά τα επίπεδα της μανίας.

Συγκρίνοντας αυτά τα αποτελέσματα με το γεγονός ότι το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μεγαλύτερο στους εργαζομένους του τομέα υγείας (βλ. παραπάνω σχετικά αποτελέσματα) γεννάται το ερώτημα κατά πόσο αυτό το επίπεδο, αλλά και σε πιο βαθμό μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο κατάθλιψης των εργαζομένων στους δύο τομείς.

Ο πίνακας 17 περιέχει τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από την ανάλυση παλινδρόμησης. Οι επεξηγηματικές μεταβλητές εκπροσωπούνται από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ οι εξαρτημένες αντιπροσωπεύονται από τις έξι καταστάσεις υγείας, όπως περιγράφονται από το επαυξημένο ερωτηματολόγιο BDI.

Από τον πίνακα 17, παρατηρείται η απουσία των προσωπικών επιτευγμάτων (Π.Ε.) ως επεξηγηματική μεταβλητή από τις εξισώσεις του τομέα ψυχικής υγείας. Σχεδόν

σε όλες τις περιπτώσεις η μηδενική υπόθεση, ότι ο συντελεστής της εν λόγω μεταβλητής είναι μηδέν, δεν απορρίφθηκε. Ωστόσο, τα προσωπικά επιτεύγματα εμφανίστηκαν στατιστικώς σημαντικά στην ερμηνεία του επιπέδου της μανίας. Αντίστοιχο φαινόμενο, περί απουσίας μεταβλητής, εμφανίζεται και στον τομέα υγείας αλλά εδώ αφορά την επεξηγηματική μεταβλητή της αποπροσωποποίησης των εργαζομένων (A.E.) Η συγκεκριμένη μεταβλητή (A.E.), απουσιάζει από όλες τις εξισώσεις στον τομέα υγείας υποδηλώνοντας ότι δεν έχει καμία συμμετοχή στην επιρροή των έξι καταστάσεων υγείας.

Η συναισθηματική εξάντληση (Σ.Ε.) ως ερμηνευτικός παράγοντας παρουσιάζεται ως ο σπουδαιότερος από τους υπολοίπους δύο (Π.Ε. και A.E.), διότι είναι στατιστικά σημαντικός σε όλες τις εξισώσεις που αφορούν και τους δύο τομείς. Το θετικό πρόσημο που λαμβάνει η συναισθηματική εξάντληση δείχνει ότι οι μεταβολές της επιφέρουν αντίστοιχες μεταβολές στις έξι καταστάσεις υγείας. Μάλιστα, αν κρίνουμε από τους συντελεστές, οι επιπτώσεις της μεταβλητής φαίνονται να είναι μεγαλύτερες στα επίπεδα ασθένειας και στο άγχος των εργαζομένων. Η μικρότερη επίπτωση παρουσιάζεται στην κατάθλιψη (Beck-21) των εργαζομένων στον τομέα ψυχικής υγείας. Σε γενικές γραμμές, μία σύγκριση των συντελεστών της συναισθηματικής εξάντλησης δείχνει ότι η επιρροή που ασκεί αν και σημαντική είναι μικρότερη στους εργαζόμενους του τομέα ψυχικής υγείας από ότι στον τομέα υγείας. Ενδεχομένως, κάτι τέτοιο να είναι συνυφασμένο με τα μικρότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης που εμφάνισαν οι απασχολούμενοι στις μονάδες ψυχικής υγείας. Εντύπωση μπορεί να προκαλέσει το αρνητικό πρόσημο που λαμβάνει η συναισθηματική εξάντληση στις εξισώσεις που αφορούν το επίπεδο μανίας και στους δύο τομείς. Αυτό υποδηλώνει ότι μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση επιφέρει μικρότερα επίπεδα μανίας. Η ερμηνεία για αυτό το ενδεχόμενο θα πρέπει να αναζητηθεί στη σφαίρα της ψυχιατρικής καθώς η μανία ως ασθένεια συνοδεύεται από συμπτώματα αυξημένης ή ευερέθιστη διάθεσης, πληθωρικής αυτοεκτίμησης κ.τ.λ.. Αυτά τα συμπτώματα έρχονται σε αντίθεση με τα συμπτώματα της κατάθλιψης (π.χ. κοινωνική απόσυρσης κ.τ.λ) και επομένως αυτή η αντίθετη επίδραση της συναισθηματικής εξάντλησης στη μανία σε σχέση με την κατάθλιψη, αλλά και με τις άλλες καταστάσεις υγείας (π.χ μελαγχολία, ασθένεια) να είναι αναμενόμενη. Επομένως ενώ τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης φαίνεται να οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, στην περίπτωση της μανίας επιφέρουν χαμηλότερα επίπεδα.

Πίνακας 17. Μονομεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης μεταξύ διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάστασης υγείας (SRSDA)

		T.Y	T.Ψ.Y.	T.Y	T.Ψ.Y	T.Y	T.Ψ.Y	T.Y	T.Ψ.Y	T.Y	T.Ψ.Y	T.Y	T.Ψ.Y
Εξαρτημένες:		Beck-21	Beck-21	Beck-13	Beck-13	Μελαγχολία	Μελαγχολία	Ασθένεια	Ασθένεια	Άγχος	Άγχος	Μανία	Μανία
Ανεξάρτητες:													
σταθερά	συντ.	0,53	0,07	0,66	-0,01	0,69	0,22	0,58	0,12	0,60	0,05	1,12	0,62
	t-ratio	4,67	2,10	5,08	-0,28	4,91	1,97	4,39	3,06	4,95	1,22	6,00	3,42
	sign,	0,00	0,04	0,00	0,78	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00
Σ.Ε	συντ.	0,09	0,05	0,09	0,06	0,08	0,07	0,11	0,08	0,10	0,09	-0,15	-0,15
	t-ratio	6,39	2,96	5,85	3,74	5,35	3,40	7,38	3,49	6,91	3,90	-7,08	-5,93
	sign,	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Π.Ε.	συντ.	-0,08		-0,13		-0,11	-0,04	-0,08		-0,08		0,13	0,24
	t-ratio	-4,14		-5,47		-4,57	-1,65	-3,48		-3,48		3,85	6,51
	sign,	0,00		0,00		0,00	0,10	0,00		0,00		0,00	0,00
A.E.	συντ.		0,09		0,07		0,07		0,07		0,09		
	t-ratio		4,91		4,46		3,58		3,36		4,26		
	sign,		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		

T.Y. = Τομέας Υγείας, και T.Ψ.Y. =Τομέας Ψυχικής Υγείας

Τα προσωπικά επιτεύγματα είναι στατιστικά σημαντική ερμηνευτική μεταβλητή σε όλες τις εξισώσεις που συνδέονται με τον τομέα υγείας. Στον τομέα ψυχικής υγείας, ασκεί επιρροή στη μελαγχολία σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10% και όχι 5% και επίσης επιδρά και στα επίπεδα μανίας. Η εν λόγω μεταβλητή λαμβάνει αρνητικό πρόσημο με εξαίρεση τις παλινδρομήσεις που εκφράζουν τη μανία. Το αρνητικό πρόσημο υποδεικνύει ότι αυξήσεις στο συναίσθημα του προσωπικού επιτεύγματος του εργαζομένου επιφέρει χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, μελαγχολίας, ασθένειας και άγχους. Τα προσωπικά επιτεύγματα, όπως προαναφέρθηκε δεν διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στον τομέα ψυχικής υγείας, εκτός από την περίπτωση της μελαγχολίας των εργαζομένων, όπου και εδώ η μεταβλητή δέχεται αρνητικό πρόσημο.

Στην περίπτωση της μανίας παρουσιάζεται το ίδιο φαινόμενο περί αλλαγής πρόσημου που παρουσιάστηκε και στη συναισθηματική εξάντληση. Με το θετικό πρόσημο υποδηλώνεται ότι υψηλότερο συναίσθημα προσωπικής επίτευξης στον εργαζόμενο συνδυάζεται και με υψηλότερα επίπεδα μανίας του. Τα προσωπικά επιτεύγματα, φαίνεται ότι ασκούν μεγαλύτερη επιρροή από ότι η συναισθηματική εξάντληση αν συγκρίνουμε τις τιμές που δέχονται οι συντελεστές. Στο σύνολό τους οι συντελεστές είναι αρκετά μεγαλύτεροι και επομένως τα προσωπικά επιτεύγματα επιδρούν σε μεγαλύτερο βαθμό στην κατάσταση υγείας των εργαζομένων στον τομέα υγείας.

Τέλος, όσον αφορά την τρίτη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων, τα αποτελέσματα έδειξαν τη συγκριτικά μικρή της επιρροή στις έξι καταστάσεις υγείας των εργαζομένων. Ειδικότερα, δεν ασκεί καμία επιρροή στους εργαζόμενους στον τομέα υγείας, ενώ στο τομέα ψυχικής υγείας δεν επηρεάζει καθόλου τα επίπεδα της μανίας. Το θετικό πρόσημο, όπως και στη συναισθηματική εξάντληση φανερώνει τη θετική σχέση της αποπροσωποποίησης με τα επίπεδα των έξι καταστάσεων υγείας. Το μέγεθος επιρροής της, κρίνοντας από τις τιμές των συντελεστών, φαίνεται να είναι το ίδιο με εκείνης της συναισθηματικής εξάντλησης.

Η εξέταση της επίδρασης των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης επεκτάθηκε και στο σύνολο των αποτελεσμάτων των καταστάσεων υγείας. Ο παρακάτω πίνακας (πίνακας 18) παρουσιάζει τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων με εξαρτημένες μεταβλητές το σύνολο των έξι καταστάσεων υγείας. Όπως και στις εξισώσεις παλινδρόμησης για κάθε μία κατάσταση υγείας ξεχωριστά, έτσι και στο σύνολο τους, η συναισθηματική εξάντληση είναι ο μοναδικός παράγοντας που παρουσιάζεται ως σημαντικός στην άσκηση επιρροής και στους δύο τομείς υγείας. Στον τομέα υγείας η επιρροή αυτή φαίνεται να είναι εντονότερη σύμφωνα πάντα με τις τιμές των συντελεστών.

**Πίνακας 18. Μονομεταβλητά μοντέλα παλινδρόμησης στο σύνολο
SRSDA**

		Τομέας Υγείας	Τομέας Ψυχικής Υγείας
Εξαρτημένες:		SRSDA	SRSDA
Ανεξάρτητες:			
σταθερά	συντ.	0,52	0,16
	t-ratio	5,56	1,84
	p	0,00	0,07
Συναισθηματική Εξάντληση	συντ.	0,06	0,04
	t-ratio	5,37	2,92
	p	0,00	0,00
Προσωπικά Επιτεύγματα	συντ.	-0,04	
	t-ratio	-2,65	
	p	0,01	
Αποπροσωποποίηση	συντ.		0,07
	t-ratio		4,22
	p		0,00

Τα προσωπικά επιτεύγματα είναι και αυτά σημαντικά στο να επιδρούν στο σύνολο των καταστάσεων υγείας αλλά αυτό ισχύει μόνο για τον τομέα υγείας, αφού η συγκεκριμένη μεταβλητή απορρίφθηκε από την αντίστοιχη εξίσωση που εκπροσωπεί τον τομέα ψυχικής υγείας.

Από την άλλη πλευρά η αποπροσωποποίηση των εργαζομένων ασκεί επιρροή στην κατάσταση υγείας των εργαζομένων που απασχολούνται στον τομέα ψυχικής υγείας και όχι στον τομέα υγείας.

4.8 Σύνοψη-Συμπεράσματα

Το παρόν κεφάλαιο συνιστά το ερευνητικό τμήμα της διατριβής. Στο επίκεντρο της τοποθετείται η επαγγελματική εξουθένωση και η σχέση της με τα προσωπικά-δημογραφικά στοιχεία των εργαζομένων, καθώς και με τις εργασιακές τους συνθήκες. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, το εργασιακό περιβάλλον διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση [93,119]. Με βάση αυτήν την παραδοχή, στην παρούσα έρευνα αναζητήθηκε το αν και κατά πόσο υφίσταται αυτή η επιρροή στις τρεις

διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Από τους δημογραφικούς παράγοντες, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκαν να έχουν σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση στον τομέα υγείας και συγκεκριμένα με τη συναισθηματική εξάντληση. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα της Αδαλή (2000) [134] με τη διαφορά ότι η οικογενειακή κατάσταση έχει σχέση με την αποπροσωποποίηση, ενώ στην παρούσα έρευνα η επιρροή της εν λόγω μεταβλητής επεκτείνεται εκτός της συναισθηματικής εξάντλησης και στα προσωπικά επιτεύγματα. Ωστόσο, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η μεταβλητή δείχνει ότι έχει διττή επίπτωση στη εξουθένωση. Αφενός, επηρεάζει αρνητικά τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης αφετέρου έχει ευεργετικές επιδράσεις στα προσωπικά επιτεύγματα. Αν χρησιμοποιηθεί ως κριτήριο βαθμού επιρροής το μέγεθος του συντελεστή στις δύο διαστάσεις, τότε η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει θετικά το σύνολο της επαγγελματικής εξουθένωσης καθότι ο συντελεστής στα προσωπικά επιτεύγματα (4,12) υπερβαίνει αρκετά αυτόν της συναισθηματικής εξάντλησης (1,04). Το συμπέρασμα αυτό έρχεται σε συμφωνία με την άποψη των Lemkau et al, σύμφωνα με την οποία το οικογενειακό περιβάλλον συχνά στηρίζει συναισθηματικά τους εργαζόμενους ενώ παράλληλα αυτοί που έχουν οικογένειες είναι συνήθως μεγαλύτεροι σε ηλικία με περισσότερη ωριμότητα και με πιο ρεαλιστικούς στόχους [123].

Στον τομέα της ψυχικής υγείας η μοναδική δημογραφική μεταβλητή που εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ήταν η ηλικία και μόνο για τη διάσταση της αποπροσωποποίησης. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντιπαράθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας σε ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό των Ζιώγου & Δημητρίου όπου το φύλο και η εκπαίδευση συσχετίστηκαν με την αποπροσωποποίηση και τη συναισθηματική εξάντληση. Ωστόσο, στην έρευνα της Αδαλή η ηλικία δεν φάνηκε να διαδραματίζει ιδιαίτερο ρόλο στην εξουθένωση [158, 134].

Το τμήμα στο οποίο απασχολούνται οι εργαζόμενοι καθώς και η επαγγελματική εμπειρία έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την εξουθένωση [137, 138]. Στην παρούσα έρευνα και συγκεκριμένα στον τομέα υγείας, το τμήμα και η προϋπηρεσία σε αυτό βρέθηκε να συσχετίζονται μόνο με τη συναισθηματική εξάντληση. Τα συναισθήματα εξάντλησης αυξάνονται επίσης όταν αυξάνεται και ο αριθμός κλινών.

Όσον αφορά στην προϋπηρεσία στο τμήμα το ίδιο αποτέλεσμα ισχύει και για τον τομέα ψυχικής υγείας. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο χρόνος προϋπηρεσίας του εργαζόμενου στο χώρο, αφού η συγκεκριμένη μεταβλητή είναι η μοναδική που βρέθηκε να συσχετίζεται και με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Το πρόσημό της υποδεικνύει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η προϋπηρεσία στο χώρο τόσο μεγαλύτερα τα επίπεδα της εξουθένωσης.

Εξίσου σημαντική με την προϋπηρεσία εμφανίστηκε και η επιλογή επαγγέλματος από επιθυμία βοήθειας προς τους συνανθρώπους. Όταν η επιλογή γίνεται με βάση αυτή την επιθυμία τα επίπεδα εξουθένωσης μειώνονται σημαντικά, ιδιαίτερα για τους εργαζόμενους στον τομέα υγείας.

Στη διεθνή έρευνα έχει επανειλημμένως ειπωθεί ότι οι εργασιακοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία των εργαζομένων από ότι οι προσωπικοί. Αυτό έρχεται να επιβεβαιωθεί και από πρόσφατη έρευνα των Mechteld et al [139]. Στη παρούσα έρευνα από το σύνολο των 12 εργασιακών παραγόντων, πέντε από αυτούς βρέθηκαν να συσχετίζονται με την εξουθένωση στον τομέα υγείας και τέσσερις στον τομέα ψυχικής υγείας, έχοντας θετική (+) ή αρνητική σχέση (-) με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης (πίνακας 19). Ο σημαντικότερος παράγοντας από όλους, όσον αφορά το εύρος επιρροής στις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι το να γνωρίζει ο εργαζόμενος το ρόλο του στο εργασιακό του περιβάλλον(ερ. 8).

Πίνακας 19. Συνθήκες εργασίας και επαγγελματική εξουθένωση

Ερωτήσεις που διαγράφουν τις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων.	Τομέας Υγείας			Τομέας Ψυχικής Υγείας		
	Σ.Ε.	Π.Ε.	ΑΠ.	Σ.Ε.	Π.Ε.	ΑΠ.
1. Με πόσα άτομα που χρειάζονται τις υπηρεσίες σας ασχολείστε καθημερινά;						
2. Πόσες νυχτερινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;						
3. Πόσες απογευματινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;	√+		√+			
4. Ποιο νομίζετε ότι πρέπει να είναι το βασικό κριτήριο για την τοποθέτηση σας σε ένα τμήμα του Νοσοκομείου;						
5. Είστε ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας σας (χώρος, υλικοτεχνική υποδομή, συνθήκες υγιεινής, κλπ.);	√-					
6. Αισθάνεστε ικανοποιημένος από την αμοιβή σας (συγκριτικά με την προσφορά σας);				√-		
7. Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό;				√-		
8. Σας έχει εξηγηθεί κατανοητά ο ρόλος σας στο χώρο εργασίας;	√-	√+	√-	√-		√-
9. Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας;		√+	√-			
10. Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις του προσωπικού;						
11. Θεωρείτε ότι η συνεργασία με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική;					√+	
12. Πιστεύετε ότι οι σχέσεις σας με τους ανωτέρους είναι ικανοποιητικές;		√+				

Η έρευνα, επεκτάθηκε και στην κατάσταση υγείας των εργαζομένων, όπως αυτή εκπροσωπείται από το επαυξημένο ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη (SRSDA). Εδώ το επίκεντρο ήταν και πάλι η επαγγελματική εξουθένωση με την αναζήτηση της επιρροής των τριών διαστάσεων της στην κατάσταση υγείας των εργαζομένων (SRSDA). Τα ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυση παλινδρόμησης έδειξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση (Σ.Ε.) ως παράγοντας επιρροής της ψυχικής υγείας των εργαζομένων παρουσιάζεται ως ο σπουδαιότερος από τους υπολοίπους δύο, προσωπικά επιτεύγματα και αποπροσωποποίηση (Π.Ε και ΑΠ). Η επιρροή που ασκεί αν και σημαντική είναι μικρότερη στους εργαζόμενους του τομέα ψυχικής υγείας από ότι στον τομέα υγείας. Ενδεχομένως, κάτι τέτοιο να είναι συνυφασμένο με τα μικρότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης που εμφάνισαν οι απασχολούμενοι στις μονάδες ψυχικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη έχει στο επίκεντρό της το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το υπόβαθρό της τοποθετείται στο πλαίσιο του θεωρητικού μοντέλου της συντήρησης πόρων (Conservation of Resource Theory), το οποίο στοχεύει στην ερμηνεία της αιτιολογίας της εξουθένωσης και των διαδικασιών που πιθανόν να συνοδεύουν και να συσχετίζονται με το χρόνιο στρες [199].

Η προστιθέμενη αξία της μελέτης επεκτείνεται σε τρεις άξονες. Ο πρώτος αφορά στη διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης σε εργαζόμενους στους τομείς της γενικής υγείας και της ψυχικής υγείας, ενώ ο δεύτερος συνδέεται με την εξέτασή του σε ένα πλέγμα ποικίλων διαστάσεων. Στις διαστάσεις αυτές υπάρχουν παράγοντες που αφορούν τις εργασιακές συνθήκες και τα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Οι δύο αυτοί άξονες επικοινωνούν μέσω της σύγκρισης του επίπεδου εξουθένωσης στους δυο τομείς απασχόλησης, αλλά και δια μέσω ενός επιτρεπόμενου¹⁷ βαθμού εξέτασης της διαφορετικότητας των παραγόντων που επηρεάζουν τους εργαζόμενους. Ο τρίτος άξονας στον οποίο επεκτάθηκε η έρευνα αφορά στη διερεύνηση της κατάθλιψης και άλλων καταστάσεων ψυχικής υγείας των εργαζομένων και πως αυτές μπορούν να επηρεασθούν από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματική εξουθένωσης.

Σε πρώτο επίπεδο διερευνήθηκαν τα επίπεδα της εξουθένωσης στις δύο ομάδες εργαζομένων με βάση την κλίμακα Αναγνωστόπουλου & Παπαδάτου [198]. Τα συμπεράσματα τα οποία εξήχθησαν σχετικά παρατίθενται συνοπτικά στην ενδεικτική αριθμητική σήμανση που ακολουθεί:

1. Τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στον τομέα υγείας όπως αυτή εκφράζεται από τις τρεις διαστάσεις της Maslach κινούνται στο σύνολό τους σε μέτρια επίπεδα¹⁸.

2. Τα αντίστοιχα επίπεδα στον τομέα της ψυχικής υγείας κινούνται και αυτά στα μέτρια επίπεδα, με εξαίρεση τη συναισθηματική εξάντληση, η οποία είναι χαμηλή αλλά κοντά στο όριο του μετρίου.

¹⁷ Λόγω του βαθμού διαφορετικότητας των ερωτήσεων που εκπροσώπησαν τους παράγοντες επιρροής στους δύο τομείς.

¹⁸ Σύμφωνα με την κλίμακα Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1992).

3. Στον τομέα υγείας το συναίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων είναι λίγο υψηλότερο από ότι στον τομέα ψυχικής υγείας.

4. Η διαφοροποίηση στους δύο τομείς έγκειται στη σημαντική διαφορά στο συναίσθημα της αποπροσωποποίησης, όπου παρά το γεγονός ότι οι τιμές και των δύο ομάδων βρίσκονται στο προκαθορισμένο εύρος του μέτριου επιπέδου, οι εργαζόμενοι στον τομέα ψυχικής υγείας έχουν πολύ χαμηλότερη αποπροσωποποίηση από τους εργαζόμενους στον τομέα υγείας.

5. Τα επίπεδα της αποπροσωποποίησης στον τομέα υγείας, αν και κατατάχθηκαν στην κλίμακα του μετρίου είναι πολύ κοντά στο όριο για θεωρηθούν υψηλά.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία **το γενικό επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης** παρουσιάζεται χαμηλότερο στους εργαζόμενους στον τομέα ψυχικής υγείας. Οι λόγοι μπορούν να αναζητηθούν τόσο στα ποιοτικά και ποσοτικά στοιχεία των εργαζομένων και του εργασιακού περιβάλλοντος, όσο και στα στοιχεία που σχετίζονται με αυτό κάθε αυτό το δείγμα. Ας σημειωθεί ότι η πέμπτη διαπίστωση μπορεί να αποτελέσει σημείο αναφοράς για την μελλοντική εξέλιξη και των άλλων συνιστωσών της εξουθένωσης, εάν γίνει αποδεκτή η άποψη των Golembiewski et al [114] ότι τα αισθήματα της αποπροσωποποίησης είναι αυτά που εμφανίζονται πρώτα όταν ο εργαζόμενος εισέρχεται στην φάση της επαγγελματικής εξουθένωσης¹⁹. Στον τομέα ψυχικής υγείας ωστόσο η αποπροσωποποίηση κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Σε υψηλό σημείο βρίσκεται το χαμηλό συναίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων, το οποίο σε συνδυασμό με τη χαμηλή συναισθηματική εξάντληση δημιουργεί ερωτήματα για το γενικότερο επίπεδο εξουθένωσης των εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας. Μια ερμηνεία για το υψηλό επίπεδο μειωμένων συναισθημάτων προσωπικού επιτεύγματος μπορεί να βρίσκεται στο ίδιο το εργασιακό περιβάλλον και συγκεκριμένα να έχει σχέση με τους προϊσταμένους των εργαζομένων που ενδεχομένως να μην προσφέρουν την ανάλογη επιβράβευση στους εργαζομένους για τις προσπάθειες τους. Ίσως μια καλύτερη ερμηνεία, η οποία προέρχεται από τη φύση των ασθενειών να είναι το γεγονός ότι ψυχικές ασθένειες θεραπεύονται αρκετά δύσκολα. Επομένως, οι εργαζόμενοι και κυρίως όσον αφορά την περίθαλψη και ίαση των ασθενών να έρχονται αντιμέτωποι με προβλήματα τα οποία είναι πέρα από τις δυνάμεις τους. Κάτι τέτοιο μπορεί να μεταδώσει την αίσθηση των χαμηλών προσωπικών επιτευγμάτων, δίχως ταυτόχρονα να είναι απαραίτητο τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης ή της αποπροσωποποίησης να είναι σε υψηλά ή ακόμη και σε μέτρια επίπεδα

¹⁹ Σε αντίθεση με τους Leiter and Maslach (1988) οι οποίοι προτείνουν ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι αυτή που αναπτύσσεται πρώτη, η οποία οδηγεί σε στάσεις αποπροσωποποίησης και κατόπιν σε χαμηλά αισθήματα προσωπικών επιτευγμάτων.

Ωστόσο και σε ένα γενικότερο πλαίσιο μία ανάλυση, η οποία θα έχει ως απώτερο στόχο τη σύγκριση των δύο ομάδων των εργαζομένων θα μπορούσε να αναδείξει με μεγαλύτερη ακρίβεια και ασφάλεια τις διαφορές. Μια τέτοια ανάλυση θα πρέπει να αποτελείται από όσο το δυνατό ομοιογενή δείγματα και η οποία θα λαμβάνει υπόψη την επιρροή των επεξηγηματικών παραγόντων ξεχωριστά (π.χ. εύρος ηλικίας , άνδρας-γυναίκα).

Η επιρροή των **δημογραφικών και προσωπικών δεδομένων** των εργαζομένων έχει επανειλημμένως τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία [200,201]. Είναι γεγονός ότι **η ηλικία** έχει συνδεθεί με την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα στην εργασία. Οι Gelderblom & Koning καθώς και οι Simoens & Denys, πρότειναν ότι οι γηραιότεροι εργαζόμενοι έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να ανταπεξέλθουν στο στρες που δημιουργούν συγκεκριμένες πτυχές της εργασίας, ενώ σε κάποιες άλλες οι διαφορές με τους νεότερους εργαζόμενους είναι μικρές ή και ακόμη λειτουργούν προς όφελος των μεγαλύτερων σε ηλικία [202,203].

Μερικές μελέτες έχουν βρει στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ κάποιων διαστάσεων της εξουθένωσης και της ηλικίας [204,205] ενώ κάποιες άλλες ανέδειξαν θετική σχέση [3]. Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας φαίνεται να συμφωνούν μερικώς με τα ευρήματα άλλων ερευνών, όπως αυτές των Hastings & Bham και του Rashidzadeh όπου η ηλικία αναφέρεται ως μη σημαντικά σχετιζόμενος παράγοντας με την επαγγελματική εξουθένωση [206,207]. Ειδικότερα, η ηλικία δεν εμφανίστηκε στα μοντέλα παλινδρόμησης που αφορούν τον τομέα υγείας στατιστικά σημαντικός παράγοντας. Ωστόσο, στον τομέα ψυχικής υγείας φαίνεται να ασκεί επιρροή και μάλιστα όσο μεγαλύτερη η ηλικία των εργαζομένων τόσο μικρότερα τα επίπεδα αποπροσωποποίησης και υψηλότερο το συναίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων.

Το φύλο αποδείχθηκε σημαντικό κυρίως στη σχέση του με τη συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης στον τομέα υγείας, ενώ στον τομέα της ψυχικής υγείας δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με καμία από τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Martin, αναφέρει ότι τίθεται ζήτημα φύλου στην εξουθένωση, κυρίως για λόγους που συνδέονται με τα συναισθήματα (emotions) [110]. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι «Οι επικρατούσες ερμηνείες για την επαγγελματική εξουθένωση δίνουν έμφαση σε θέματα που παραδοσιακά σχετίζονται με τον αυτάρκη και αυτοελεγχόμενο άντρα... αυτά τα θέματα περιλαμβάνουν την επιθυμία κάποιου να ελέγξει τα συναισθήματά του» (σελ. 212). Αναφέρεται επίσης στην έρευνα του Meyerson, στην οποία η εξουθένωση σχετίζεται με ζητήματα που τυπικά θεωρούνται θηλυκού γένους, ότι

οι άνδρες και οι γυναίκες μπορεί να διαφέρουν σε πολλά σημεία, τα οποία σχετίζονται άμεσα με την εμπειρία τους στο στρες και στην εξουθένωση [208].

Η οικογενειακή κατάσταση έχει βρεθεί στο επίκεντρο αρκετών ερευνών για το μέγεθος επιρροής της στην εξουθένωση. Τα αποτελέσματα ερευνών [91,112] έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι με μικρά παιδιά παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης από εκείνους τους εργαζόμενους που δεν έχουν παιδιά. Όπως έχει προαναφερθεί, η ύπαρξη οικογένειας μπορεί να έχει υποστηρικτικό ρόλο και να μετριάσει τις επιπτώσεις της ειδικότερα στους πιο ηλικιωμένους και ώριμους ανθρώπους με ρεαλιστικούς στόχους στη ζωή [113,1]. Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας σχετικά με τον ρόλο της οικογενειακής κατάστασης στην εξουθένωση ταυτίζονται αρκετά με αυτά που αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία. Ειδικότερα, ο παράγοντας «οικογενειακή κατάσταση» στον τομέα υγείας έδειξε στατιστική σημαντικότητα σε μεγάλο βαθμό για τη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ σε μικρότερο για τη συναισθηματική εξάντληση. Πιθανόν οι παντρεμένοι και κυρίως αυτοί με παιδιά να είναι περισσότερο προσηλωμένοι στην εργασία τους λόγω των οικογενειακών ευθυνών με αποτέλεσμα να αναλώνουν περισσότερη ενέργεια στα εργασιακά τους καθήκοντα. Ας σημειωθεί ότι η αποδοτικότητα του εργαζομένου δεν είναι απαραίτητο να σχετίζεται με την προσήλωσή του στις εργασιακές δραστηριότητες. Πάντως, το θετικό πρόσημο της εν λόγω μεταβλητής δείχνει ότι όσο ο παράγοντας «οικογενειακή κατάσταση» τείνει προς τους διαζευγμένους, χήρους/ες και σε εκείνους που συμβιώνουν η συναισθηματική εξάντληση τείνει να μεγεθύνεται, ενώ το αίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων αυξάνεται. Για τους εργαζόμενους στον τομέα ψυχικής υγείας ο εν λόγω παράγοντας δεν παρουσιάστηκε σημαντικός για καμία από τις συνιστώσες της εξουθένωσης. Ενδεχομένως, μία λεπτομερέστερη ανάλυση να φωτίσει σε μεγαλύτερο βαθμό το βάθος και το εύρος της επιρροής που μπορεί να ασκήσει στην εξουθένωση ο παράγοντας «οικογενειακή κατάσταση».

Η εμπειρία του εργαζομένου που συχνά αντιπροσωπεύεται από τα χρόνια προϋπηρεσίας του έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται στενά με την ικανοποίηση του εργαζομένου στο χώρο εργασίας του [209]. Η εργασιακή εμπειρία είναι πολύ σημαντική και κρίσιμη ειδικά τα επαγγέλματα υγείας όπως π.χ. αυτό του νοσηλευτή. Για παράδειγμα το νοσηλευτικό προσωπικό με μειωμένη εμπειρία δεν έχει μάθει να προσέχει τον εαυτό του, αφού από μόνη της η εκπαίδευση δεν είναι αρκετή για προφυλάξει το προσωπικό από τραυματισμούς ή ατυχήματα κατά την άσκηση των καθηκόντων του [210]. Οι νοσηλεύτριες, που έχουν σχετικά μικρότερη εμπειρία, έχουν την τάση να διακατέχονται

από μη ρεαλιστικές προσδοκίες για το εαυτό τους [209]. Πιστεύουν ότι οι γνώσεις τους για τα φάρμακα τις καθιστά ικανές να προστατευθούν και υιοθετούν συμπεριφορές συχνά υπερβολικής αυτοπεποίθησης με αποτέλεσμα να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο [211].

Στην παρούσα έρευνα η προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στους εργαζόμενους του τομέα υγείας και ψυχικής υγείας κυρίως όσον αφορά τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης. Σε αντίθεση με τον τομέα υγείας, η προϋπηρεσία στο χώρο στον τομέα ψυχικής υγείας εμφανίζεται να ασκεί έντονη επιρροή αφού παρουσιάστηκε σημαντική και για τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα διαφορετικά αποτελέσματα στους δύο τομείς μπορεί να οφείλονται, πέρα από την ίδια τη διαφορετικότητα των δύο τομέων και στα χαρακτηριστικά των μελών του δείγματος, αλλά και στο γεγονός ότι υπάρχει η πιθανότητα η αποπροσωποποίηση των εργαζομένων, που έχουν μεγάλη επαγγελματική εμπειρία στο χώρο, να λειτουργεί ως ασπίδα στις καταστάσεις που μπορεί να δημιουργήσουν συναισθηματική εξάντληση. Επιπλέον σε αυτή τη συλλογιστική θα πρέπει να προστεθεί και το γεγονός ότι τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης είναι χαμηλά στους εργαζόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας (βλ. σχετικό πίνακα στην ενότητα «αποτελέσματα»).

Στα μοντέλα παλινδρόμησης που αφορούν τους εργαζόμενους στον τομέα ψυχικής υγείας εισήχθησαν και οι 18 μεταβλητές που εκπροσωπούν το τμήμα/φορέα στο οποίο απασχολείται ή απασχολήθηκε προγενέστερα ο εργαζόμενος. Από τις 9 μεταβλητές που παρουσιάστηκαν σημαντικές οι περισσότερες ασκούν επιρροή στην αποπροσωποποίηση, ενώ μόνο μία μεταβλητή, η εργασία στο πρόγραμμα Ψυχαγωγός II παρουσιάστηκε σημαντική και στα δύο χρονικά επίπεδα εργασίας (παρούσα και προγενέστερη εργασία).

Σύμφωνα με τη Maslach, οι πτυχιούχοι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες κοινωνικής ωφέλειας παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης από εκείνους που είχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα, ενώ το αντίθετο εμφανίστηκε στα προσωπικά επιτεύγματα [91]. Μεταξύ άλλων οι Demira et al, βρήκαν ότι τα υψηλότερα **επίπεδα μόρφωσης** μειώνουν τα επίπεδα της εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό [138]. Στην παρούσα έρευνα η εν λόγω μεταβλητή δεν παρουσιάστηκε σημαντική και στις δύο ομάδες εργαζομένων. Ωστόσο, το μορφωτικό επίπεδο προσδιορίστηκε και από τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών των εργαζομένων, ο οποίος και αυτός δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντικός ερμηνευτικός παράγοντας της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι **διαφορετικές ειδικότητες** και τα **διαφορετικά τμήματα** στα οποία εργάζεται το προσωπικό έχει αποδειχθεί ότι επιδρούν στα επίπεδα της εξουθένωσης. Για παράδειγμα το τμήμα της εντατικής σε μία μονάδα υγείας μπορεί να έχει υψηλότερες απαιτήσεις από το προσωπικό του με αποτέλεσμα να καταβάλλεται μεγαλύτερη ποσότητα σωματικής ενέργειας αλλά και συναισθηματικής κατά την διάρκεια των διαφόρων διεργασιών [119]. Πράγματι, και από ότι δείχνουν τα αποτελέσματα της έρευνας το τμήμα στο οποίο απασχολείται ο εργαζόμενος στον τομέα υγείας έχει σημαντική επιρροή στα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης Αντίστοιχη είναι η σπουδαιότητα της ειδικότητας των εργαζομένων στις μονάδες ψυχικής υγείας, αφού τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι ανάμεσα στις διάφορες ειδικότητες (π.χ. ψυχίατροι, νευρολόγοι, ψυχολόγοι, κ.τ.λ.) μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό σχετίζεται με τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης. Επίσης το τμήμα που εργάζεται ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παίζει σημαντικό ρόλο, αφού έχει βρεθεί ότι οι νοσηλευτές στα επείγοντα έρχονται αντιμέτωποι με ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις(π.χ βίαια συμπεριφορά ασθενών) [124].

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα που σχετίζονται με **το αρχικό κίνητρο** των εργαζομένων να εμπλακούν ως απασχολούμενοι στο χώρο της υγείας. Η επιθυμία τους να βοηθούν τους ανθρώπους και η πιθανή επαγγελματική αποκατάσταση αποδείχθηκαν οι σημαντικότεροι παράγοντες «κίνητρα» στην ερμηνεία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, στον τομέα υγείας το πρώτο κίνητρο σχετίζεται και με τις τρεις διαστάσεις, με ευεργετικές επιδράσεις στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση και αρνητικές στο συναίσθημα των προσωπικών επιτευγμάτων. Ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα έχει το κίνητρο της επαγγελματικής αποκατάστασης στην αποπροσωποποίηση των εργαζομένων, καθότι το εν λόγω κίνητρο ως επεξηγηματική μεταβλητή δεν βρέθηκε να ασκεί επιρροή στα προσωπικά επιτεύγματα και στη συναισθηματική εξάντληση. Στον τομέα ψυχικής υγείας κανένα από τα δύο προαναφερθέντα κίνητρα δεν βρέθηκε να επηρεάζει τη συναισθηματική εξάντληση. Εντούτοις, και οι δύο έχουν ευεργετικές συνέπειες στις άλλες δύο διαστάσεις. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, είναι εύλογο να υποτεθεί η διαφορετικότητα των δύο κινήτρων, που ωστόσο το καθένα με το δικό του τρόπο, έχει θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα στις τρεις συνιστώσες της εξουθένωσης. Οι αντίρροπες δυνάμεις που ασκούν τα δύο αυτά κίνητρα πιθανόν να δημιουργούν και μια ισόρροπη κατάσταση στις επιπτώσεις των στην εξουθένωση.

Στον τομέα ψυχικής υγείας τόσο η επιθυμία για βοήθεια προς τους ανθρώπους όσο και ο προσανατολισμός προς την επαγγελματική αποκατάσταση φαίνεται να επιδρούν θετικά στη μείωση της αποπροσωποποίησης. Είναι αρκετά εμφανές ότι τα κίνητρα για την

απόφαση απασχόλησης σε μονάδες ψυχικής υγείας έχουν διαφορετικό αντίκτυπο. Είναι πολύ πιθανό να συνδέονται στενά με τις ιδιαιτερότητες του τομέα (ασθενών). Ακόμη και αυτοί που αποφασίζουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με βάση την επαγγελματική τους αποκατάσταση σε ασθενείς με ψυχικά ή ψυχολογικά προβλήματα, ενδόμυχα ή υποσυνείδητα να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι τόσο ψυχολογικά, όσο και πνευματικά στην αντιμετώπιση των συνθηκών με τις οποίες θα έρθουν αντιμέτωποι. Άλλωστε όπως έχει προαναφερθεί ένας από τους λόγους εμφάνισης της εξουθένωσης είναι και οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες των εργαζομένων, τόσο από τον εαυτό τους όσο και από τις συνθήκες εργασίας γενικότερα [157,88,144]. Επίσης αναμένεται στις μονάδες ψυχικής υγείας το προσωπικό να προσαρμόζεται στα δεδομένα του ασθενή ευκολότερα για τους λόγους που προαναφέρθηκαν (ξεκάθαρο τοπίο). Για παράδειγμα το προσωπικό που ασχολείται με ασθενείς που έχουν οξύτερες χρόνιες διαταραχές είναι πολύ πιθανό να γνωρίζει – είτε οι ίδιοι, είτε μέσω ενημέρωσης από τους προϊσταμένους- ότι τα ποσοστά αποκατάστασης της υγείας των ασθενών είναι μικρότερα από ότι σε καταστάσεις με ασθενείς που οι διαταραχές είναι ήπιες. Αυτού του είδους η προσαρμογή στην πραγματικότητα των συνθηκών περίθαλψης και των δυνατοτήτων των ασθενών να αποκατασταθεί η ψυχική τους υγεία μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην μετρίαση εμφάνισης της εξουθένωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι απουσίες του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του προσδιορίζονται σε σημαντικό βαθμό από τις ανεκπλήρωτες επαγγελματικές προσδοκίες του, όπως οι υψηλότερες αμοιβές, η ανάθεση ευθυνών και σε μικρότερο βαθμό η ποιότητα του περιεχομένου των εργασιακών δραστηριοτήτων [180].

Ερωτήματα όπως για το εάν το αρχικό κίνητρο στην απασχόληση στο χώρο της υγείας μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά ή ακόμη και να μετριάσει την εξουθένωση θα μπορούσαν να απαντηθούν, με μια πιο εμπειριστατωμένη μελέτη που θα έχει στο επίκεντρό της τα αρχικά κίνητρα των εργαζομένων.

Συνοψίζοντας θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν πολλές έρευνες, οι οποίες χρησιμοποίησαν στην διερεύνηση των αιτιών της εξουθένωσης μεταβλητές όπως η ηλικία, η μόρφωση, η οικογενειακή κατάσταση και η εργασιακή εμπειρία. Ωστόσο τα συμπεράσματα για την επιρροή τους –κυρίως για τις δημογραφικές μεταβλητές- είναι μικτά και συνήθως ανεπαρκή. Οι λόγοι κυρίως οφείλονται στην έλλειψη θεωρητικού υπόβαθρου, το οποίο θα μπορεί να καθοδηγή την εμπειρική έρευνα. Εξαίρεση αποτελούν κάποιες έρευνες όπως αυτές των Greenglass και Messing [200,201].

Ωστόσο και σε αντίθεση με τους δημογραφικούς παράγοντες το θεωρητικό υπόβαθρο για την επιρροή που μπορεί να ασκήσει **το εργασιακό περιβάλλον** και τις συνθήκες που επικρατούν σε αυτό στην ψυχική και πνευματική υγεία υφίσταται και έχει

τεκμηριωθεί τόσο σε θεωρητικό όσο και σε εμπειρικό επίπεδο. Οι Janssen et al, αναφέρουν μεγάλο αριθμό τέτοιων μοντέλων όπως το μοντέλο Michigan, το μοντέλο για την εργασία το στρες και την υγεία, το μοντέλο JD-C (Job Demand-Control model) του Karasek, το μοντέλο DC/S (demand-control support) και άλλα. Από τις θεωρίες ίσως η πιο σημαντική σχετικά με την πλαισίωση και τη σχέση του εργαζόμενου με το εργασιακό του περιβάλλον είναι η συναλλακτική θεωρία (Transactional Theory) που στο επίκεντρό της βρίσκεται το μοντέλο ERI (Effort-Reward Imbalance) [180]. Σε αυτά, μπορεί να προστεθεί και η γνωστή θεωρία COR (Conservation resource theory) του Hobfoll, όπου στον πυρήνα της τοποθετείται το ίδιο το άτομο και η αδυναμία του να ανταποκριθεί στις εργασιακές απαιτήσεις [31]. Είναι επόμενο λοιπόν, στη διερεύνηση των αιτών της εξουθένωσης, να ληφθούν υπόψη και οι εργασιακοί παράγοντες. Στην παρούσα έρευνα εκτός από τις 11 ερωτήσεις που συνδέονται με τις εργασιακές συνθήκες συμπεριλήφθηκαν και άλλες δύο. Η πρώτη αφορά τις κλίκες και η δεύτερη την απασχόληση στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα υγείας.

Αδιαμφισβήτητα, **ο αριθμός κλινών** μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα του φόρτου εργασίας και αυτό στη συνέχεια μπορεί να δημιουργήσει πρόσφορο έδαφος για την ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους [212]. Πράγματι, η έρευνα έδειξε ότι όσο μεγαλύτερος ο αριθμός κλινών (τομέα υγείας) τόσο συχνότερα τα συμπτώματα της συναισθηματικής εξάντλησης στους εργαζομένους. Ωστόσο ο αριθμός κλινών δεν εμφανίζεται σημαντικός για την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα των εργαζομένων. Κάτι τέτοιο δεν αποδυναμώνει τη σπουδαιότητα της μεταβλητής, ιδίως αν υιοθετεί το συμπέρασμα ερευνών που θέλουν τη συναισθηματική εξάντληση ως τον προθάλαμο για την εμφάνιση της εξουθένωσης [96]. Βέβαια, η εν λόγω μεταβλητή θα μπορούσε να τροποποιηθεί, όπως για παράδειγμα κλίκες ανά εργαζόμενο, με το ενδεχόμενο να εμφανισθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η επιρροή της στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης.

Όσον αφορά το διαχωρισμό **ιδιωτικού και δημόσιου τομέα** ήταν αναμενόμενος, αφού έρευνες έχουν δείξει -λόγω της διαφορετικότητας του τρόπου διοίκησης τους (management)- ότι ενδέχεται η εξουθένωση ή το στρες των εργαζομένων να εμφανισθεί σε διαφορετικούς χρόνους και επίπεδα [213]. Τα αποτελέσματα στην έρευνα έδειξαν ότι οι δύο τομείς ξεχωριστά δεν έχουν κάποιο ρόλο στην παρουσία εξουθένωσης και στις δύο ομάδες εργαζομένων, όπως θα αναμενόταν.

Από το σύνολο των 11 παραγόντων που πλαισιώνουν **τις συνθήκες εργασίες** οι 7 από αυτούς ανέδειξαν σημαντικές διαπιστώσεις για το ρόλο που μπορεί να έχουν στην ύπαρξη εξουθένωσης. Συνοπτικά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω:

1. Οι νυχτερινές βάρδιες δεν παρουσιάστηκαν να επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Ωστόσο οι απογευματινές βάρδιες είναι εκείνες που συμβάλλουν στη δημιουργία συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης στους εργαζομένους του τομέα υγείας.

2. Οι συνθήκες εργασίας όταν είναι καλές επηρεάζουν ευεργετικά τη συναισθηματική εξάντληση των εργαζομένων στο τομέα υγείας.

3. Η ικανοποίηση από την αμοιβή συγκριτικά με την προσφορά του εργαζόμενου ασκεί επιρροή μόνο στους απασχολούμενους του τομέα ψυχικής υγείας. Όσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση τόσο μικρότερα τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης.

4. Η άποψη των εργαζομένων για την επάρκεια του προσωπικού στο τμήμα εμφανίστηκε να επηρεάζει τη συναισθηματική εξάντληση μόνο στον τομέα της ψυχικής υγείας.

5. Η κατανόηση του εργασιακού ρόλου και των καθηκόντων από πλευράς απασχολούμενων αποδείχθηκε ο σημαντικότερος από όλους τους εργασιακούς παράγοντες. Ασκεί επιρροή και στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης με εξαίρεση τα προσωπικά επιτεύγματα στον τομέα ψυχικής υγείας. Όσο πιο ξεκάθαρος είναι αυτός ο ρόλος για τους εργαζόμενους τόσο μικρότερα τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

6. Η συχνότητα συναντήσεων του προσωπικού στο χώρο εργασίας παρουσιάστηκε σημαντική μόνο στον τομέα υγείας. Η μεγαλύτερη συχνότητα συναντήσεων του προσωπικού επιφέρει μικρότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης και βελτίωση των συναισθημάτων των εργαζομένων για τα προσωπικά τους επιτεύγματα.

7. Ο δεύτερος εργασιακός παράγοντας που ασκεί επιρροή και στις δύο ομάδες εργαζομένων είναι ο βαθμός ικανοποίησης συνεργασίας με τους συναδέλφους. Η επιρροή ωστόσο, ασκείται μόνο στη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων και δεν επεκτείνεται στις υπόλοιπες δύο.

Από την προαναφερθέντα σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνας γίνεται εμφανές ότι οι παράγοντες που διαμορφώνουν το πλαίσιο του εργασιακού περιβάλλοντος επηρεάζουν τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι πέντε από τους επτά παράγοντες που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί στην εξήγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ασκούν επιρροή στη συναισθηματική εξάντληση υποδηλώνοντας ότι στην εν λόγω διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης η επίδραση των εργασιακών παραγόντων είναι αισθητά μεγαλύτερη.

Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι στα προσωπικά επιτεύγματα δύο από τους τρεις παράγοντες αντιστοιχούν σε εκείνους που συνδέονται με **τις συναντήσεις προσωπικού και τις σχέσεις με τους συναδέλφους**. Το αποτέλεσμα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με αποτελέσματα του Rees, ο οποίος συμπέρανε ότι οι άσχημες σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους συνιστούν τον πιο σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα στο χώρο εργασίας [214]. Αν και έχει αποδειχθεί ότι **οι βάρδιες** επηρεάζουν την εξουθένωση των εργαζομένων η παρούσα έρευνα δε συνηγορεί κάτι τέτοιο [138]. Ενδεχομένως, οι βάρδιες εάν συνδυαστούν με το φόρτο εργασίας και την κατανόηση του εργαζόμενου για το ρόλο του να αναδείξουν σε μεγαλύτερο βαθμό την σπουδαιότητά τους [215].

Ο Lundstrom και οι συν. πρότειναν ότι το φυσικό εργασιακό περιβάλλον -δηλαδή στην περίπτωση μας **οι εργασιακές συνθήκες** - εάν βρίσκεται σε άσχημα επίπεδα μπορεί να δημιουργήσει στρεσογόνες συνθήκες που θα οδηγήσουν με βεβαιότητα στην επαγγελματική εξουθένωση. Στην παρούσα έρευνα οι εργασιακές συνθήκες αποδείχθηκαν σημαντικές μόνο για την ομάδα εργαζομένων στον τομέα υγείας. Μια ενδιαφέρουσα μελέτη θα ήταν να πραγματοποιηθεί ένας διαχωρισμός των συνθηκών εργασίας με βάση το επίπεδό τους (καλές συνθήκες, άσχημες συνθήκες) και με βάση αυτό το επίπεδο να διερευνηθούν οι επιδράσεις τους στην επαγγελματική εξουθένωση.

Σύμφωνα με στοιχεία του Third European Survey Conditions, η έκθεση των εργαζομένων σε κινδύνους που αφορούν τον εξοπλισμό, η εντατικοποίηση της εργασίας και οι πρακτικές που ακολουθούνται στον εργασιακό χώρο αποτελούν την πρωταρχική αιτία για προβλήματα υγείας που βιώνουν οι εργαζόμενοι στην Ευρωπαϊκή κοινότητα. Σε δείγμα 21.500 εργαζομένων τα συχνότερα προβλήματα υγείας που παρουσιάστηκαν σύμφωνα με τις απαντήσεις τους ήταν πονοκέφαλοι (33%) , στρες (28%), μυϊκοί πόνοι στον αυχένα και στους ώμους (23%) και εξουθένωση (23%). Περαιτέρω έρευνα για τις συνθήκες εργασίας (π.χ. ευρυχωρία χώρων, εξοπλισμός, εξαερισμός κ.τ.λ) θα μπορούσε να αναδείξει περισσότερες πληροφορίες.

Η απουσία σημαντικότητας του παράγοντα που αφορά **στον αριθμό των ατόμων με τα οποία ασχολείται ο εργαζόμενος** καθημερινά, ήταν μη αναμενόμενο εύρημα. Αναμένεται ότι όσο μεγαλύτερος ο αριθμός τόσο συχνότερα θα ήταν τα συμπτώματα της εξουθένωσης [216]. Πιθανόν ο αριθμός των ατόμων που ασχολείται ο εργαζόμενος καθημερινά να επηρεάζει την απόδοσή του, η οποία με την σειρά της να οφείλεται εν μέρει και στην επαγγελματική εξουθένωση [10]. Επομένως, μπορεί να υπάρχει μία έμμεση και όχι άμεση σχέση μεταξύ της εν λόγω ερμηνευτικής μεταβλητής και των τριών διαστάσεων της εξουθένωσης. Επιπλέον το δείγμα μας αποτελούνταν από

διάφορες ειδικότητες. Ενδεχομένως, μια εξέταση που θα περιλαμβάνει μόνο τους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες να οδηγούσε σε διαφορετικά αποτελέσματα σχετικά με τη σπουδαιότητα του αριθμού ατόμων με τα οποία ασχολείται ο εργαζόμενος καθημερινά. Σε αυτή την διερεύνηση θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη και το τμήμα στο οποίο εργάζονται (π.χ. εντατική, τμήμα ασθενών με HIV).

Ενδιαφέρον θα μπορούσε να χαρακτηριστεί το αποτέλεσμα σχετικά με **την ικανοποίηση των εργαζομένων από την αμοιβή τους** σε σχέση με την προσφορά τους. Ο λόγος έγκειται στο γεγονός ότι ο συγκεκριμένος παράγοντας επηρεάζει την εξουθένωση στους εργαζόμενους μόνο στον τομέα ψυχικής υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με τα ευρήματα του Coffey για το νοσηλευτικό προσωπικό που διεξάχθηκε σε ψυχιατρεία της Ουαλίας και της Αγγλίας [217]. Ας σημειωθεί ότι η εν λόγω ερώτηση δεν αποσκοπούσε στη διερεύνηση της αμοιβής ως κίνητρο αλλά ως παράγοντας που σχετίζεται με την εξουθένωση, καθότι στη σκέψη ή στο υποσυνείδητο του κάθε εργαζόμενου η ισορροπία μεταξύ προσφοράς και αμοιβής μπορεί να είναι διαφορετική, καθότι φιλτράρεται από την κουλτούρα του, την επαγγελματική του παιδεία, την αντοχή του στην πίεση και τις ανάγκες του [218]. Είναι πιθανόν στους εργαζόμενους στον τομέα υγείας να υπάρχει αυτή η ισορροπία. Βέβαια αυτό δεν σημαίνει αποκλειστικά ότι οι αμοιβές είναι υψηλές. Μπορεί η προσφορά των εργαζομένων να είναι χαμηλότερη. Επιπλέον οι εργαζόμενοι γνωρίζουν ότι πολλές από τις ασθένειες είναι χρόνιες και δέχονται συνειδητά ή υποσυνείδητα ότι περαιτέρω προσπάθεια δεν θα συνεισφέρει σε βελτίωση, δίχως βέβαια να σημαίνει ότι αυτό είναι το σωστό. Η παραπάνω συλλογιστική επαληθεύεται εν μέρει από την άποψη της Maslach, η οποία πρότεινε ότι ο φόρτος εργασίας και οι ώρες που αναλώνονται στο χώρο εργασίας μπορεί να δημιουργήσουν στρεσογόνες συνθήκες εάν συνοδεύονται από ανεπαρκή αμοιβή των εργαζομένων [91]. Εάν υποθεθεί ότι τα άτομα με τα οποία ασχολούνται καθημερινά οι εργαζόμενοι (ερώτηση ΣΕ12) εκπροσωπούν σε μεγάλο βαθμό το φόρτο εργασίας, τότε και με δεδομένο ότι επηρεάζεται σημαντικά η συναισθηματική εξάντληση, είναι πιθανόν να ισχύει η παραπάνω άποψη. Δηλαδή, ότι η αμοιβή δεν είναι στο επίπεδο που να διατηρεί ισορροπία με την προσφορά του εργαζόμενων, αλλά η υιοθέτηση φιλοσοφίας αντιμετώπισης των ασθενών από πλευρά εργαζομένων είναι τέτοια ώστε να διατηρηθεί αυτή η ισορροπία. Ωστόσο, υπάρχει και η άποψη η οποία εκφράζεται από το μοντέλο ERI [Effort-Reward imbalance, και πρεσβεύει ότι η καταβολή μεγάλης προσπάθειας από πλευράς εργαζομένων δεν δημιουργεί απαραίτητως προβλήματα εάν συνοδεύεται με επαρκή αμοιβή, η οποία μπορεί να μην είναι χρηματική αμοιβή, αλλά να περιέχει την υποστήριξη συναδέλφων και ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης [219]. Επομένως το γεγονός ότι η αμοιβή ως μεταβλητή δεν παρουσιάστηκε σημαντική στους εργαζόμενους του τομέα

υγείας μπορεί να οφείλεται σε ένα αριθμό παραγόντων, οι οποίοι συνδυαστικά να επηρεάζουν τη τελική επιρροή της.

Στη διεθνή έρευνα **η έλλειψη προσωπικού** έχει τεκμηριωθεί ότι επηρεάζει αρνητικά την επαγγελματική εξουθένωση σε σημαντικό βαθμό [218,219,138]. Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας έδειξαν ότι η επάρκεια του τμήματος σε προσωπικό συμβάλλει στα χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης στους εργαζόμενους στον τομέα ψυχικής υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα των Fagin et al, [220] που αναφέρουν ότι η ανεπάρκεια προσωπικού δημιουργεί στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρείων. Ωστόσο και σε αντίθεση με τα ευρήματα των Demir et al, η έλλειψη προσωπικού δεν παρουσιάστηκε ως σημαντικός παράγοντας για τους εργαζόμενους στον τομέα υγείας [138].

Ο σαφής και κατανοητός ρόλος του εργαζόμενου παρουσιάζεται ως ο σημαντικότερος εργασιακός παράγοντας επιρροής της επαγγελματικής εξουθένωσης και στους δύο τομείς. Σύμφωνα με τους Cordes & Dougherty και Duxbury et al, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να βιώσει χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης εάν δεν έχει να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα του εργασιακού του ρόλου [3,221].

Οι συναντήσεις προσωπικού και η ικανοποίηση από την συνεργασία με τους συναδέλφους αποτέλεσαν τους δύο εργασιακούς παράγοντες που δεν βρέθηκαν να επηρεάζουν την συναισθηματική εξάντληση και στις δύο ομάδες εργαζομένων. Ειδικότερα **οι συναντήσεις προσωπικού** αποδείχθηκαν σημαντικές για τα προσωπικά επιτεύγματα και την αποπροσωποποίηση μόνο για τους εργαζόμενους στον τομέα υγείας. Όσο συχνότερα γίνονται αυτές οι συναντήσεις τόσο μεγαλύτερο το επίπεδο του προσωπικού επιτεύγματος και τόσο μικρότερα τα επίπεδα αποπροσωποποίησης. Η ευεργετική συμβολή των συχνότερων συναντήσεων στο συναίσθημα του προσωπικού επιτεύγματος των εργαζομένων στον τομέα υγείας υποδηλώνει ότι πιθανόν οι εργαζόμενοι σε αυτές τις συναντήσεις να εισπράττουν από τους συναδέλφους και του ανωτέρους τα θετικά σχόλια για το έργο που παράγουν. Επιπλέον, μέσα από τις συζητήσεις που γίνονται στις συναντήσεις οι πιο έμπειροι (βλ. σημαντικότητα προϋπηρεσίας στο τμήμα) ίσως να βοηθούν τους λιγότερους έμπειρους να αντιμετωπίζουν τις δυσμενείς καταστάσεις με ηπιότερο τρόπο και να είναι σε θέση να ελέγχουν τις δυσμενείς καταστάσεις που θα τους οδηγήσουν στην αποπροσωποποίηση ή ακόμη και στη συναισθηματική εξάντληση.

Ας σημειωθεί ότι η ανάθεση μεγάλου όγκου γραφειοκρατικών διεργασιών που κατανέμονται στους εργαζόμενους κατά τη διάρκεια των συναντήσεων μπορεί αφενός να αυξήσει το φόρτο εργασίας και αφετέρου να τους οδηγήσει σε αποστασιοποίηση από τη σωστή και ποιοτική παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς [222,91]. Μάλιστα ο Cherniss, αναφέρει ότι συχνά οι εργαζόμενοι, λόγω της γραφειοκρατικής εργασίας που τους

ανατίθεται, αρχίζουν και έχουν την πεποίθηση ότι ο πραγματικός ασθενής που χρειάζεται περίθαλψη και προστασία είναι το ίδρυμα στο οποίο εργάζονται και όχι τα άτομα που βρίσκονται εκεί και χρειάζονται τη βοήθειά τους [19]. Επιπλέον έχει αναφερθεί στη διεθνή έρευνα ότι ο μεγάλος αριθμός συναντήσεων προσωπικού σε οργανισμούς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών συνιστά σημαντικό στεσσογόνο παράγοντα [223]. Οι παραπάνω απόψεις επιβεβαιώνονται σε αρκετό βαθμό από την έλλειψη επιρροής που έχει η μεταβλητή της χρησιμότητας των συναντήσεων στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης στον τομέα ψυχικής υγείας.

Η ικανοποίηση των εργαζομένων από τους συναδέλφους τους και από τους προϊσταμένους έδειξε να αποτελεί σημαντικό ρυθμιστή της συχνότητας εμφάνισης του συναισθήματος των προσωπικών επιτευγμάτων και στους δύο τομείς. Όσο πιο ικανοποιητική είναι η συνεργασία τόσο υψηλότερο το συναίσθημα του προσωπικού επιτεύγματος. Ενδεχομένως, ως ένα βαθμό, η συναργασία να θεωρείται δεδομένη καθότι η αντιμετώπιση των ασθενών, ιδιαίτερα εκείνων με ψυχικές ασθένειες, να χρήζει ιδιαίτερης προσοχής σε θέματα συγκρούσεων μεταξύ των εργαζομένων καθότι οι ασθενείς μπορεί να είναι επιρρεπείς και ευάλωτοι στην θέαση αυτών των συγκρούσεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αποπνέεται μια συνεργατική αλλά και ομαλή ατμόσφαιρα μέσα σε αυτές τις δομές υγείας προς όφελος των ασθενών και όχι μόνο. Γεγονός είναι ότι στην διεθνή έρευνα έχει επιβεβαιωθεί ότι οι καλές σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους μπορεί να έχουν ευεργετικές επιδράσεις στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης [214].

Στο χώρο της διεθνούς έρευνας υπάρχει σημαντικός αριθμός μελετών οι οποίες προτείνουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των επιπέδων της **εργασιακής ικανοποίησης** και της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Η ικανοποίηση από την εργασία συνδέθηκε εντονότερα με τα διανοητικά/ψυχολογικά προβλήματα αρκετά ισχυρές συσχετίσεις βρέθηκαν επίσης με την εξουθένωση με την κατάθλιψη και το στρες [71]. Οι σχέσεις που βρέθηκαν πρότειναν ότι το επίπεδο της εργασιακής ικανοποίησης είναι σημαντικός παράγοντας επιρροής της υγείας των εργαζομένων. Η παρούσα έρευνα αφορούσε στην ανίχνευση του επιπέδου της ικανοποίησης των δύο ομάδων των εργαζομένων και στην σύγκριση αυτών. Με βάση το μέσο όρο και οι δύο ομάδες εμφανίστηκαν να έχουν το ίδιο επίπεδο ικανοποίησης. Πιθανόν οι μικρές διαφορές που υπάρχουν στα επίπεδα εξουθένωσης στις δύο ομάδες να μην είναι τόσο ισχυρές ώστε να διαφοροποιήσουν την ικανοποίηση των εργαζομένων, όχι μόνο από την εργασία τους αλλά και από τις διάφορες πτυχές της ζωής τους. Σε γενικές γραμμές η επικρατούσα κατάσταση δείχνει προς την κατεύθυνση της ικανοποίησης, με εξαίρεση την έλλειψη ελεύθερου χρόνου και τις οικονομικές απολαβές και στις δύο ομάδες εργαζομένων. Ιδιαίτερα για τους εργαζόμενους

στον τομέα υγείας το στοιχείο του ελεύθερου χρόνου βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα όχι όμως και στα επίπεδα της δυσαρέσκειας. Οι συνθήκες εργασίας και στους δύο τομείς και ιδιαίτερα στον τομέα ψυχικής υγείας θα πρέπει να απασχολήσουν τους αρμόδιους καθότι η επικρατούσα κατάσταση τείνει προς χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης.

Ίσως μια περαιτέρω έρευνα που να εστιάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό στην ικανοποίηση των εργαζομένων να ήταν σε θέση να διαφωτίσει ακόμη περισσότερο τα επίπεδα της και τη σχέση της με την εξουθένωση, αλλά και με άλλους προσωπικούς και δημογραφικούς παράγοντες που συνδέονται με τους εργαζομένους. Πάντως θα μπορούσε η εν λόγω ερώτηση να βελτιωθεί εάν δίνονταν η δυνατότητα στους αποκρινόμενους να προσάψουν ποσοστιαία βάρη που να δείχνουν τη σπουδαιότητα που έχει το κάθε στοιχείο της ικανοποίησης για αυτούς. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα αποτελέσματα η ικανοποίηση των εργαζομένων κυμαίνεται σε αποδεκτά επίπεδα, τα οποία μπορούν να παραλληλιστούν με τα μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα τελευταία χρόνια στο στόχαστρο της έρευνας σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση έχουν βρεθεί και διάφορες **ψυχικές διαταραχές** όπως η κατάθλιψη, η ανησυχία (anxiety), η μανία κ.τ.λ.. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην κατάθλιψη, η οποία φαίνεται να ταλαιπωρεί σημαντικό ποσοστό του εργασιακού πληθυσμού παγκοσμίως. Αρκετοί ερευνητές διατύπωσαν την άποψη ότι οι έννοιες της κατάθλιψης και της εξουθένωσης είναι παρόμοιες [59,57,56], ενώ αρκετές μαρτυρίες στη διεθνή έρευνα έδειξαν ότι τα αποτελέσματα της κλίμακας του ερευνητικού εργαλείου MBI συσχετίζονται με μετρήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των εργαζομένων και την κατάθλιψη [13]. Ωστόσο υπάρχουν αρκετοί ερευνητές τα ευρήματα των οποίων διακρίνουν αισθητά τις έννοιες της κατάθλιψης και της εξουθένωσης [18,17,8].

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε το επαυξημένο ερωτηματολόγιο SRSDA στο οποίο εκτός των ερωτήσεων που διερευνούν την εργασιακή κατάθλιψη περιλαμβάνονται και εκείνες που στόχο έχουν να εξετάσουν τα επίπεδα της ανησυχίας (anxiety), της μελαγχολίας και της μανίας [197].

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερα στους εργαζόμενους στον τομέα ψυχικής υγείας (Beck-21). Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο της κατάστασης υγείας των εργαζομένων, όπως αυτή εκφράζεται από το ερωτηματολόγιο SRSDA εξάγεται το συμπέρασμα με βάση τους μέσους όρους ότι απασχολούμενοι στον τομέα υγείας βρίσκονται σε χειρότερα επίπεδα από εκείνους του τομέα ψυχικής υγείας. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και από την κλίμακα των Φουντουλάκη και συν., όπου με βάση τα όρια στατιστικών συχνοτήτων οι εργαζόμενοι του τομέα υγείας τα υπερβαίνουν σε σημαντικό βαθμό [197].

Υπέρβαση των ορίων υφίσταται και στον άλλο τομέα (της ψυχικής υγείας) αλλά σε μικρό βαθμό και μόνο όσον αφορά την ευπάθεια στις ασθένειες και στο άγχος. Για την κατάθλιψη τα αποτελέσματα είναι μικτά αφού σύμφωνα με το Beck-21 βρίσκονται αρκετά κάτω από το όριο ενώ σύμφωνα με το Beck-13 βρίσκονται πάνω από το όριο.

Η διαφορετικότητα των δύο ομάδων των εργαζομένων σχετικά με την ψυχική τους υγεία τεκμηριώθηκε και από τον στατιστικό έλεγχο t , ο οποίος έδειξε ότι τα επίπεδα της είναι δυσμενέστερα στους εργαζομένους του τομέα υγείας. Το γεγονός ότι η ψυχική υγεία των εργαζομένων στον τομέα υγείας συνοδεύεται από υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από ότι στον τομέα ψυχικής υγείας κατεύθυνε την έρευνα στη διερεύνηση της ενδεχόμενης σχέσης μεταξύ των τριών διαστάσεων της εξουθένωσης και των διαστάσεων ψυχικής υγείας που συνθέτουν το SRSDA, δηλαδή την κατάθλιψη, τη μελαγχολία, την ευπάθεια στην ασθένεια και τη μανία. Τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων ανέδειξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι αυτή που ασκεί την μεγαλύτερη επιρροή στην ψυχική υγεία, αφού παρουσιάστηκε σημαντική και στις δύο ομάδες εργαζομένων. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί εν μέρει με τα ευρήματα άλλων ερευνών όπου η κατάθλιψη το άγχος και η ευπάθεια στις ασθένειες σχετίζονται σημαντικά με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση [13]. Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα η αποπροσωποποίηση παρουσιάστηκε ως σημαντική μεταβλητή για την ψυχική υγεία μόνο στους εργαζόμενους ψυχικής υγείας, ενώ το συναίσθημα του προσωπικού επιτεύγματος φαίνεται να ασκεί επιρροή περισσότερο στον τομέα υγείας. Είναι λοιπόν αρκετά εμφανές ότι οι εργαζόμενοι αν και εμφανίζουν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσίασαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης αλλά και άλλων ψυχικών διαταραχών ιδιαίτερα στον τομέα υγείας. Τα ευρήματα αυτά έρχονται εν μέρει σε αντίθεση με την έρευνα των Iakovides et al, οι οποίοι έδειξαν ότι οι νοσηλευτές που υπέφεραν από το σύνδρομο της εξουθένωσης δεν εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης [167].

Εντύπωση μπορεί να προκαλέσει το αρνητικό πρόσημο που λαμβάνει η συναισθηματική εξάντληση στις εξισώσεις που αφορούν το επίπεδο μανίας και στους δύο τομείς. Αυτό υποδηλώνει ότι μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση επιφέρει μικρότερα επίπεδα μανίας. Η ερμηνεία για αυτό το ενδεχόμενο θα πρέπει να αναζητηθεί στη σφαίρα της ψυχιατρικής καθώς η μανία ως ασθένεια συνοδεύεται από συμπτώματα αυξημένης ή ευερέθιστη διάθεσης, πληθωρικής αυτοεκτίμησης κ.τ.λ.. Αυτά τα συμπτώματα έρχονται σε αντίθεση με τα συμπτώματα της κατάθλιψης (π.χ. κοινωνική απόσυρσης κ.τ.λ) και επομένως αυτή η αντίθετη επίδραση της συναισθηματικής εξάντλησης στη μανία σε σχέση με την κατάθλιψη, αλλά και με τις άλλες καταστάσεις υγείας (π.χ μελαγχολία, ασθένεια) να είναι αναμενόμενη. Επομένως ενώ τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής

εξάντλησης φαίνεται να οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, στην περίπτωση της μανίας επιφέρουν χαμηλότερα επίπεδα. Το πρόσημο παρουσιάζει την ίδια μεταβολή στις εξισώσεις της μανίας και όταν η επεξηγηματική μεταβλητή είναι τα προσωπικά επιτεύγματα.

Τα ευρήματα όμως της παρούσης έρευνας υποδηλώνουν ότι υπάρχουν παράγοντες, οι οποίοι εκπροσωπούνται από συγκεκριμένες ερωτήσεις του εργαλείου MBI που πολύ πιθανόν να συσχετίζονται άμεσα με τις συνιστώσες της ψυχικής υγείας (SRSDA). Ενδεχομένως μια περαιτέρω ανάλυση (π.χ. canonical correlation) να ανίχνευε με μεγαλύτερη ακρίβεια όλες εκείνες τις ερωτήσεις του MBI που εναρμονίζονται στις διακυμάνσεις τους με τις διακυμάνσεις των συνιστωσών της ψυχικής υγείας. Το αποτέλεσμα αυτής της ανάλυσης θα αναδείκνυε μέσα από το MBI μια πλειάδα ερωτήσεων της εξουθένωσης, η οποία θα μπορούσε σε κάποιο βαθμό να προβλέπει την ψυχική υγεία. Επιπλέον, αυτή η ομάδα ερωτήσεων θα μπορούσε να εμπλουτισθεί με άλλες ερωτήσεις, οι οποίες θα έχουν ερείσματα στα επιστημονικά πεδία της ψυχολογίας και κοινωνιολογίας. Τέλος ένα ακόμη σημείο που χρήζει περαιτέρω μελέτης και έχει απασχολήσει αρκετούς ερευνητές είναι η κατεύθυνση της σχέσης που μπορεί να υπάρχει μεταξύ της κατάθλιψης και άλλων διαταραχών υγείας (π.χ. μελαγχολία) με την επαγγελματική εξουθένωση. Υπάρχει, η πεποίθηση ότι στο μέλλον τα ζητήματα αυτά θα βρεθούν στο στόχαστρο πολλών εμπειρικών μελετών[166,17,59].

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πλήθος μελετών που εστιάζουν τις προσπάθειες στην ανεύρεση **στρατηγικών αντιμετώπισης** της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, μπορούν να εφαρμοστούν σε ατομικό και διοικητικό επίπεδο. Ο πρώτος τρόπος αντιμετώπισης φαίνεται ότι πηγάζει μέσα από τη συναλλακτική προσέγγιση στο στρες των Lazarus and Folkman [34]. Όπως άλλωστε σημειώνουν (σελ. 164) η αντιμετώπιση προσδιορίζεται ως το σύνολο των μεταβαλλόμενων γνωστικών και συμπεριφορικών προσπαθειών που αναπτύσσονται για τη διαχείριση των εξωτερικών ή εσωτερικών από την εργασία απαιτήσεων, οι οποίες κρίνονται ότι υπερβαίνουν τις δυνατότητες του ατόμου. Σε ατομικό επίπεδο επομένως οι στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν στο επίκεντρο τον ίδιο τον εργαζόμενο και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Θα πρέπει δηλαδή οι ίδιοι να φροντίζουν τους εαυτούς τους και να προλαμβάνουν την ανάπτυξη του συνδρόμου. Όταν αρχίζουν να εμφανίζονται τα πρώτα σημάδια επαγγελματικής κόπωσης, χρειάζεται να γίνουν μερικές αλλαγές στον τρόπο που ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται και προσφέρει τις υπηρεσίες του. Ο κάθε επαγγελματίας υγείας, θα πρέπει έγκαιρα να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα ή κάποιες ενδείξεις και χωρίς να τα αγνοεί να αναζητά άμεσα τη βοήθεια ειδικών. Οι ενδείξεις αυτές, μπορεί να έχουν τη μορφή οργανικών συμπτωμάτων, αλλά και

δυσλειτουργιών στην ψυχική υπόσταση του ατόμου [224]. Ο επαγγελματίας στον τομέα υγείας, χρειάζεται να επανεκτιμά και να αναπροσαρμόζει τους στόχους και τις προσδοκίες που έχει από τον εαυτό του και τον εργασιακό του χώρο. Όταν για παράδειγμα προσδοκά, ότι η φροντίδα που παρέχει θα πρέπει να είναι πάντα αποτελεσματική, ότι με τις παρεμβάσεις του πρέπει να επηρεάζει τη ζωή των ασθενών, και εκείνοι με τη σειρά τους θα αναγνωρίζουν ανελλιπώς την προσφορά του, θα δέχονται τις συμβουλές και τις οδηγίες του χωρίς να τις αμφισβητούν, τότε ο εργαζόμενος γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος σε απογοητεύσεις, καθώς αυτές οι προσδοκίες είναι πολύ υψηλές και μη ρεαλιστικές [198].

Η ανάπτυξη αυτοάμυνας και η προσωπική αντιμετώπιση ή ο χειρισμός των δύσκολων καταστάσεων, είναι προσόν για τον επαγγελματία υγείας που βιώνει καθημερινά προβλήματα και αντίξοες συνθήκες στο χώρο εργασίας. Ο αυτοέλεγχος και η ρύθμιση των συναισθημάτων, βοηθά τους επαγγελματίες υγείας στην αποτελεσματική και χωρίς προβλήματα επίλυση των ζητημάτων και στην αποφόρτιση των αγχογόνων καταστάσεων.

Η αναζήτηση υποστήριξης από τους φίλους, τους συνεργάτες, αλλά και από ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Η αναζήτηση τέτοιας βοήθειας όμως, κυρίως από ειδικούς, είναι δύσκολο σήμερα να συμβεί από τους επαγγελματίες υγείας, γιατί έχουν μάθει αυτοί να στηρίζουν και να βοηθούν τους ασθενείς και δυσκολεύονται οι ίδιοι να απευθύνονται σε ειδικούς.

Η ενασχόληση με προσωπικά ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, βοηθά τον κάθε εργαζόμενο να ξεφύγει από τη ρουτίνα της καθημερινότητας, να εκτονωθεί, να ξεκουραστεί, να εκφραστεί δημιουργικά και να ανανεώσει τις δυνάμεις του.

Η καλή ξεκούραση, η σωστή διατροφή και σωματική άσκηση, συμβάλλουν επίσης στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην προστασία του εργαζομένου από τις επιπτώσεις ενός χρόνιου στρες. Επιπλέον, η αίτηση αδείας από τον εργαζόμενο, όταν νιώθει ιδιαίτερα κουρασμένος και ψυχικά καταπονημένος, είναι ιδιαίτερος χρήσιμη και εμποδίζει την υπερκόπωση να εξαντλήσει οριστικά τον οργανισμό.

Επίσης η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας, αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο επαγγελματίας νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του [198]. Ωστόσο, η αίσθηση του προσωπικού ελέγχου δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα όρια με την αύξηση του ρυθμού εργασίας και ανάληψη περισσότερων ευθυνών από τον εργαζόμενο, ως μέσο απόδειξης προς τον εαυτό του, ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες της εργασίας.

Τέλος σημαντική μπορεί να θεωρηθεί η αναγνώριση και ανάλυση των δυσκολιών, των προβλημάτων δυσφορίας και των αρνητικών συναισθημάτων που οι εργαζόμενοι

αισθάνονται για την εργασία τους, αλλά και η εντόπιση των θετικών πλευρών της εργασίας και λήψης συναισθηματικής ενθάρρυνσης από συναδέλφους.

Σημαντικό ρόλο στις παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο μπορεί να διαδραματίσει η απόκτηση των γνώσεων που απαιτούνται από τους εργαζόμενους, ώστε να τους βοηθήσουν να επιλέξουν τις σωστές συμπεριφορικές τεχνικές αντιμετώπισης της εξουθένωσης. Επομένως, η ενημέρωση και η εκπαίδευση των εργαζομένων (π.χ μέσω σεμιναρίων) σε θέματα στρατηγικών πρόληψης κρίνεται απαραίτητη.

Ωστόσο οι παραπάνω τρόποι αντιμετώπισης δεν μπορούν να αποδώσουν από μόνοι τους όταν οι διοικήσεις των μονάδων υγείας δεν έχουν δομήσει την κατάλληλη οργάνωση και κουλτούρα, που αφενός θα βοηθήσει του εργαζόμενους να υιοθετήσουν οι ίδιοι τους προαναφερθέντες τρόπους αντιμετώπισης και αφετέρου θα δημιουργήσει το κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον, ώστε τυχόν διοικητικές παρεμβάσεις να έχουν αποτελεσματικότητα στη μετρίαση ή μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Για παράδειγμα η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων αυξάνουν τον αυτοέλεγχο και την υπευθυνότητα, ενώ μπορεί να μειώσει τις συγκρούσεις μεταξύ συναδέλφων [225]. Ωστόσο, οι συγκρούσεις μπορεί να δημιουργηθούν από σωρεία αιτιών που μπορεί να σχετίζονται με την έλλειψη αίσθησης της δικαιοσύνης και ισονομίας που ασκείται από την διοίκηση προς τους εργαζόμενους, με την έλλειψη εμπιστοσύνης, με την άγνη επικοινωνία μεταξύ όλων των εργαζομένων ανεξαρτήτου ιεραρχίας, κ.τ.λ.. Ακόμη και η υιοθέτηση δημοκρατικού τρόπου διοίκησης με ικανούς ηγέτες μπορεί να μην αποδειχθεί αρκετή στο να περιορίσει καταστάσεις που δημιουργούν και στηρίζουν την επαγγελματική εξουθένωση. Θα πρέπει όλες οι διοικητικές και οργανωσιακές συνιστώσες και διαστάσεις να λειτουργήσουν προς μια ισορροπημένη διάταξη, ώστε οι εργαζόμενοι να πλαισιωθούν από ένα κεντρικό σύστημα αξιών, κανόνων και πεποιθήσεων το οποίο θα τους δημιουργήσει νέα εργασιακή συνείδηση σε ένα κατάλληλο για αυτούς εργασιακό περιβάλλον. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο η υιοθέτηση της κατάλληλης οργανωσιακής κουλτούρας κρίνεται απαραίτητη.

Αυτή η γενικότερη οργανωσιακή κουλτούρα θα πρέπει να διαχωρίζεται σε υπο-κουλτούρες ανάλογα με το τμήμα, καθότι αναμένεται το εργασιακό κλίμα και οι αλληλεπιδράσεις που συναντώνται σε αυτό να είναι διαφορετικά από εκείνα του συνόλου του οργανισμού. Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντώνται αρκετές τυπολογίες οργανωσιακής κουλτούρας [103,226,227]. Οι περισσότερες από αυτές έχουν στο επίκεντρό τους τον τρόπο άσκησης ελέγχου των εργαζομένων και των διαδικασιών που ακολουθούν στις εργασιακές τους δραστηριότητες. Μέσα από αυτές τις μελέτες εύκολα αναδύεται το συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει η ιδανική οργανωσιακή κουλτούρα, αλλά μόνο η κατάλληλη η οποία θα δημιουργήσει το κατάλληλο οργανωσιακό κλίμα. Η κουλτούρα

αυτή θα μπορούσε να αποτελεί ένα μείγμα από στοιχεία διαφορετικών τύπων κουλτούρας. Ίσως η καταλληλότερη οργανωσιακή κουλτούρα για τις μονάδες υγείας και ψυχικής υγείας να είναι η υποστηρικτική [226]. Στην υποστηρικτική κουλτούρα (support culture) η συμβολή των εργαζομένων προέρχεται από μία αίσθηση προσήλωσης και αλληλεγγύης. Οι σχέσεις μεταξύ τους χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα και εμπιστοσύνη. Η άποψη αυτή φαίνεται να στηρίζεται και από την έρευνα των Frederikson και Dewe, των οποίων τα ευρήματα ανέδειξαν ότι το υποστηρικτικό στυλ διοίκησης (supportive management style) έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη μετρίαση του στρες, το οποίο συνιστά τον προθάλαμο της επαγγελματικής εξουθένωσης [228]. Στοιχεία και αξίες θα μπορούσαν να υιοθετηθούν και από την αποκαλούμενη κουλτούρα επιτυχίας (achievement culture), στην οποία η έμφαση δίνεται στην υποκίνηση των εργαζομένων. Άλλες αξίες που θα πρέπει να ενσωματώνονται συνδέονται με την ενδυνάμωση των εργαζομένων στην αξία που πρέπει να δίνεται στη δημιουργικότητά τους, στην αξία της ποιότητας έναντι της ποσότητας, στην επίτευξη των διεργασιών και στην ατομική εξέλιξη του εργαζομένου. Ο κορμός αυτής της οργανωσιακής κουλτούρας θα πρέπει να συντίθεται από τις ακόλουθες διαστάσεις :

- Αυτονομία : η αντίληψη για την αυτοδιάθεση του εργαζόμενου όσον αφορά στις διαδικασίες τους στόχους και τις προτεραιότητες εργασίας.
- Συνοχή : η αντίληψη για την ενότητα των εργαζομένων.
- Εμπιστοσύνη : η αντίληψη για την ελευθερία επικοινωνίας και έκφρασης, ιδιαίτερα προς τους υψηλά προϊστάμενους σχετικά με ευαίσθητα προσωπικά θέματα, με την προσδοκία ότι η ακεραιότητα αυτής της επικοινωνίας δεν θα παραβιαστεί.
- Ανάλωση εργασιακών ατομικών αποθεμάτων : η αντίληψη αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική για την εξουθένωση και αφορά κυρίως τα χρονικά όρια διεκπεραίωσης των εργασιών και την προσδοκώμενη απόδοση του εργαζομένου.
- Υποστήριξη : η αντίληψη για το βαθμό που οι ανώτεροι στην ιεραρχία εργαζόμενοι ανέχονται τη συμπεριφορά των υφισταμένων τους συμπεριλαμβανομένης της προθυμίας να αφεθούν οι εργαζόμενοι να μάθουν από τα λάθη τους χωρίς φόβο αντιποίνων.
- Αναγνώριση : η αντίληψη ότι η συνεισφορά των εργαζομένων στις μονάδες υγείας και ψυχικής υγείας αναγνωρίζεται .
- Δικαιοσύνη : η αντίληψη ότι η πολιτική που μπορεί να εφαρμόζεται στην εκάστοτε μονάδα υγείας και ψυχικής υγείας δεν είναι αυθαίρετη , δεν περιέχει εμπάθεια ή ακόμη να προέρχεται από κάποιες ιδιοτροπίες της διοίκησης.

Αδιαμφισβήτητα το έργο της διοίκησης των μονάδων υγείας και ψυχικής υγείας δεν είναι διόλου εύκολο. Ωστόσο οι παρεμβάσεις και οι αλλαγές επιβάλλονται καθότι το

κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο σε όρους οικονομικούς όσο και σε όρους ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να αποδειχθεί τεράστιο λαμβάνοντας υπόψη τις μακροχρόνιες συνέπειές του.

Οι διοικήσεις των μονάδων θα πρέπει να συμβουλευτούν εξωτερικούς ειδικούς σε θέματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού ή ακόμη και να οργανώσουν και να στελεχώσουν τμήματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού στο εσωτερικό τους τα οποία θα σχεδιάσουν και θα υποστηρίξουν τις αλλαγές που απαιτούνται για να δημιουργηθεί και να εδραιωθεί η κατάλληλη οργανωσιακή κουλτούρα και το κατάλληλο εργασιακό κλίμα. Η επένδυση αυτή μπορεί να αποδειχθεί υψηλή σε κόστος βραχυπρόθεσμα. Ωστόσο, μακροπρόθεσμα τα οφέλη που θα προκύψουν θα υπερβαίνουν το αρχικά υψηλό κόστος. Το ζητούμενο δεν είναι η θεραπεία αλλά η πρόληψη.

Οι δυνάμεις που θα ελέγχουν και θα κατευθύνουν το σύστημα υγείας θα πρέπει να συσπειρωθούν και να υιοθετήσουν στο πλαίσιο σχεδιασμού της γενικότερης υγειονομικής πολιτικής τη θέσπιση και χάραξη στρατηγικής διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, η οποία ανάμεσα στους υπόλοιπους στόχους να προσβλέπει στη βελτίωση ή/και αποτροπή της εμφάνισης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία έχει επιπτώσεις όχι μόνο στα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας αλλά και στην κοινωνική ευημερία του πληθυσμού γενικότερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Η ύπαρξη Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε υψηλά επίπεδα αποτελεί ουσιαστικό δείκτη χαμηλότερης ποιότητας παροχής υπηρεσιών φροντίδας, γεγονός που συμβάλει στη μείωση της απόδοσης της νοσηλευτικής μονάδας. Η επαγγελματική εξουθένωση στις μονάδες υγείας έγινε το επίκεντρο πολλών διεθνών ερευνών τα τελευταία 20 χρόνια μετά την εμφάνιση του ερευνητικού εργαλείου MBI (Maslach Burnout Inventory), το οποίο ενσωματώνει τις διαστάσεις, της συναισθηματικής εξάντληση, της αποπροσωποποίησης των εργαζομένων και της έλλειψης των προσωπικών επιτευγμάτων. Υπάρχουν αρκετές μαρτυρίες στη διεθνή έρευνα ότι τα αποτελέσματα της κλίμακας του ερευνητικού εργαλείου MBI συσχετίζονται με μετρήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των εργαζομένων την κατάθλιψη, το άγχος, τη μανία και τη μελαγχολία. Ωστόσο, ελάχιστες είναι οι μελέτες που εστιάζουν την έρευνά τους σε εργαζόμενους σε ψυχιατρικές δομές, όπου οι συνθήκες εργασίας διαφέρουν αρκετά από τις υπόλοιπες νοσηλευτικές μονάδες.

Οι στόχοι της παρούσας μελέτης κινούνταν σε δύο άξονες. Ο πρώτος αφορούσε στη σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς και κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες καθώς και παράγοντες που αφορούσαν στις συνθήκες εργασίας. Ο δεύτερος εστιαζόταν στη διερεύνηση της σχέσης της κατάστασης υγείας των εργαζομένων, εκφραζόμενη από το επαυξημένο ερωτηματολόγιο BDI (SRSDA) με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το δείγμα συγκροτήθηκε από δύο ομάδες εργαζομένων που απασχολούνταν σε μονάδες υγείας και σε μονάδες ψυχικής υγείας από όλη την επικράτεια. Για τη διερεύνηση των σχέσεων υιοθετήθηκε η μέθοδος της ανάλυσης παλινδρόμησης και ο στατιστικός έλεγχος t.

Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν την παρουσία μέτριων επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης με σημαντικές ωστόσο διαφορές στις δύο ομάδες εργαζομένων. Διαφορετικοί επίσης αναδείχθηκαν και οι παράγοντες που ασκούν επιρροή. Η προϋπηρεσία στο χώρο παρουσιάστηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας για τους

εργαζόμενους στον τομέα ψυχικής υγείας, ενώ για εκείνους του τομέα υγείας παρουσιάστηκαν η επιλογή επαγγέλματος από επιθυμία βοήθειας προς τους συνανθρώπους και η κατανόηση του εργασιακού ρόλου. Όσον αφορά στην κατάσταση υγείας των εργαζομένων, η συναισθηματική εξάντληση είναι ο μοναδικός παράγοντας που εμφανίστηκε ως σημαντικός στην άσκηση επιρροής και στους δύο τομείς υγείας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύουν την ανάγκη για υιοθέτηση πολιτικών διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού με συγκεκριμένες παρεμβάσεις τόσο στον οργανωσιακό χαρακτήρα των μονάδων όσο και στο σύστημα αξιών και κουλτούρας που τις διέπουν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ**ASSESSMENT OF BURNOUT IN MEDICAL AND MENTAL HEALTH CARE
PROFESSIONALS****PAPATHANASIOU IOANNA****Introduction**

Professional burnout has been defined as a physical and mental exhaustion syndrome. Burnout is the result of chronic workplace stress which has not been successfully handled. It is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and a sense of a lack of personal achievement. It is found predominantly in caring and social professions. Its consequences on patients and hospital function may be devastating. It is responsible for a great deal of health care workers' turnover and health cost increase, as well as for patients' outcome worsening. Occupational stress and burnout create a hazardous mixture for health care workers and health system. Social dysfunction, somatisation, depression and anxiety symptoms among health care workers are becoming more frequent nowadays, together with nursing shortage.

The interest in the problem of burnout has grown over the past decades, in a setting of rapid job changes. Differences in burnout levels within the mental health sector, depending on work place and subspecialties have been described. However, data on mental health care workers regarding levels and causes of burnout are rather scarce and differences between mental and medical sector are not sufficiently recorded. Mental health sector exhibits special features, mainly due to nature of the mental disease. Mental health nursing students and practitioners are considered notably different from other specialties in terms of the levels of stress they experience and the ways they cope with.

The objective of the present study was to investigate possible differences in professional burnout subscales between health workers in medical and mental health sector, to identify the factors responsible for burnout in the two aforementioned sectors and to compare levels of psychological disturbances in medical and mental health care personnel.

Material and methods

The sample constituted of randomly selected 240 workers in medical health sector and 217 in mental health sector, aged 41.8 ± 7.9 years old. Health workers from University and General Hospitals from all over Greece participated in the study. Doctors, nurses and midwives were included. To the units of Athens and islands questionnaires were sent by post, while the distribution to the rest areas and their collection were carried out by research team. A preceding telephone contact with the directors of the departments took place, in order the suitable dates (working days) for the distribution and the collection of questionnaires to be determined. 76% of questionnaires (457 out of 600) were filled in properly and finally evaluated. Maslach's burnout inventory was used to evaluate burnout and the Symptoms Rating Scale for Depression and Anxiety questionnaire (SRSDA) was used to evaluate psychological distress. SPSS 17.0 was used for statistics.

Statistics

Descriptive statistics was initially generated for sample characteristics. T-test was used to compare means of burnout and SRSDA scores between the two health sectors. To discriminate between burnout levels, a table provided by Anagnostopoulos & Papadatou, referring to burnout components in health professionals in Greece, classifying burnout in low, moderate and high category was used. X² test along with Yates correction was used to compare rates of individuals exceeding cut off points in SRSDA subscales. Regression models were used to identify the factors responsible for burnout and to investigate

relation between burnout dimensions and SRSDA scores. Statistical significance was set at $p=0.05$.

Results

Mean age did not differ significantly between the two groups, being 42 years in medical health and 41 years in mental health sector. The majority of health professionals were women. Workers in medical sector had statistically more years in the profession. Over 50 % of workers in mental health sector showed low emotional exhaustion and depersonalization, while one third of them gave a high personal accomplishment score. Mental health professionals showed statistically significantly lower scores in emotional exhaustion and depersonalization, in comparison with medical sector workers. Medical health professionals showed statistically significantly higher scores in all subscales in comparison with mental sector workers. The rates of a possible psychiatric disorder (score over cut off points) was significantly elevated in Beck -21, melancholia and asthenia subscales. Professional longevity was the most important factor influencing mental health care workers, while selection of profession for humanistic reasons and professional role understanding were most important among medical health care workers.

Conclusions

Mental health care workers had overall low levels of emotional exhaustion and depersonalization, significantly lower than medical care staff. Different working environments and working experience were found to influence the development of burnout in health care workers.

Psychological distress occurs lower in mental health care workers when they are compared to their medical peers. The rate of a possible psychiatric disorder was significantly elevated in Beck -21 , melancholia and asthenia subscales.

Professional longevity, role understanding and professional selection rationale emerged as the most important factors influencing medical and mental health care workers.

Limitations of the study

The sample was not homogeneous, consisting of health care workers of various specialties, working under quite different conditions.

Future perspectives

A careful study of the work environment would be helpful in determining the factors responsible for psychological disturbances and burnout in health care professionals in the various health care settings in Greece.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981, 2:99-113.
2. Kulkarni GK. Burnout. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2006, 10:3-4.
3. Cordes CL, Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review* 1993, 18:621-656.
4. Mor ME, Nissly JA, Levin A. Antecedents to Retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from past research? A review and metanalysis. *Social Service Review* 2001, 75(4):625-661.
5. Kee AJ, Don Johnson, Portia H. Burnout and Social Support in Rural Mental Health Counselors. *Journal of Rural Community Psychology* 2002, E5 (1), (www.marshall.edu/jrcp/sp2002Contents.htm).
6. Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis St, et al. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders* 2003, 75:209–221.
7. Burke RJ, Greenglass ER. A longitudinal study of progressive phases of psychological burnout. *Journal of Health and Human Resources Administration* 1991, 13:390-408.
8. Bakker AB, Schaufeli WB. Burnout contagion processes among teachers. *Journal of Applied Social Psychology* 2000, 30:2289-2308.
9. Brenninkmeyer V, Van Yperen NW, Buunk BP. Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences* 2001, 30 (5):873-880.
10. Buchan J. What difference does ("good") HRM make? *Human Resources for Health* 2004, 2-6
11. Jones-Schenk J. How magnets attract nurses. *Nurs Manage.* 2001,32(1):40-2.
12. Hochwalder J, Brucefors AB. Psychological empowerment at the workplace as a predictor of ill health. *Personality and Individual Differences* 2005, 39(7):1237-1248.
13. Jeanneau M, Armelius K. Self-Image and burnout in psychiatric staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2000, 7:399-406.
14. Toker S, Shirom A, Shapira I, et al. The Association between Burnout, Depression, Anxiety, and Inflammation Biomarkers: C-Reactive Protein and Fibrinogen in Men and Women. *Journal of Occupational Health Psychology* 2005, 10(4):344–362.
15. Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing, in Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CC (eds) *Handbook of work and health psychology*. 2nd ed. Wiley, West Sussex, U.K., 2003:383-429.

16. Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. Taylor & Francis Washington, D.C., 1998.
17. Glass DC, McKnight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychology and Health* 1996, 11:23-48.
18. Leiter MP, Durum J. The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress, and Coping* 1994, 7:357-373.
19. Cherniss C. Professional Burnout in Human Service Organizations. Praeger, New York, 1980.
20. Cooper CL. Identifying stressors at work: recent research developments. *Journal of Psychomatic Research* 1983, 27(5):369-376.
21. Cooper CL. The stress of work: an overview. *Aviation Space and Environmental Medicine* 1985, 56(7):627-632.
22. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Understanding the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology* 1986, 71:630-640.
23. Barling J, Kryl ID. Moderators of the relationship between daily work stressors and mood. *Work & Stress* 1990, 4:319-329.
24. Barling J, MacIntyre A. Daily work role stress, mood and emotional exhaustion. *Work & Stress* 1993, 7:315-325.
25. Zohar D. The justice perspective of job stress. *Journal of Organizational Behavior* 1995, 16:487-495.
26. Kelloway EK, Barling J. Job characteristics, role stress, and mental health. *Journal of Occupational Psychology* 1991, 64:291-304.
27. Burke RJ, Greenglass ER. Type A behavior and nonwork activities. *Personality and Individual Differences* 1990, 18:322-328.
28. Burke RJ, Greenglass ER. A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations* 1995, 48(2):187-202.
29. Ganster DC, Schaubroeck J. Work stress and employee health. *Journal of Management* 1991, 17(2):235-271.
30. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979, 24:285-308.
31. Hobfoll S. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist* 1989, 44:513-524.
32. Jamal M, Baba VV. Shiftwork and department-type related to job stress, work attitudes and behavioral intentions: A study of nurses. *Journal of Organizational Behavior* 1992, 13:449-464.

33. Richardsen AM, Burke RJ, Leiter MP. Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress, and Coping* 1992, 5:55–68.
34. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*, Springer, New York, 1984.
35. Kristoff AL. Person-Organization Fit: An Integrative Review of its Conceptualizations. *Measurement and Implications, Personnel* 1996, 49:1-49.
36. Parker DF, Decotiis TA. Organizational determinants of job stress. *Organizational Behavior and Human Performance* 1983, 32:160-167.
37. Baba VV, Harris MJ. Stress and absence: A cross-cultural perspective. *Research in Personnel and Human Resources Management* 1989, 1:317-337.
38. Reilly NP. Exploring a Paradox: Commitment as a moderator of the Stressor-burnout Relationship. *Journal of Applied Psychology* 1994, 24:297-314.
39. Byrne BM. The Maslach Burnout Inventory: Testing for factorial validity and invariance across elementary, intermediate and secondary teachers. *Journal of Occupational and organizational Psychology* 1993, 66:197-212.
40. Lee RT, Ashforth BE. A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior* 1993b, 14:3-20.
41. Leiter MP. Burnout as a developmental process: Consideration of models. In Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis, Washington. DC, 1993:237-250.
42. Cox T, Kuk G, Leiter MP. Burnout, health, workstress, and organizational healthiness. In Schaufeli W, Maslach C, Marek T, (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, Washington: Taylor & Francis, 1993:177-193.
43. Lee RT, Ashforth BE. A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1993a, 54:369-398.
44. Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour* 1991, 12:123-144.
45. Leiter MP. Burnout as a crisis in professional role structures: Measurement and conceptual issues. *Anxiety, Stress, and Coping* 1992, 5:79-93.
46. Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress and Coping* 1996, 9:229-243.
47. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, CA, 1982.

48. Duquette A, Sandhu BK, Beauter L. Factors relating to nursing burnout: a review of empirical knowledge. *Issues in Mental Health Nursing* 1994, 15:337-358.
49. Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology* 1990, 75:743-747.
50. Ashforth BE, Lee RT. Burnout as a process: Commentary on Cordes, Dougherty and Blum. *Journal of Organizational Behavior* 1997, 18:703-708.
51. Arsenault A, Dolan SL, Van Ameringen MR. Stress and mental strain in hospital work: Exploring the relationship beyond personality. *Journal of Organizational Behavior* 1991, 12:483-493.
52. Bluen SD, Barling J, Burns W. Predicting sales performance, job satisfaction, and depression by using the achievement strivings and impatience-irritability dimensions of Type-A Behavior. *Journal of Applied Psychology* 1990, 75(2):212-216.
53. Roskies E, Louis-Guerin C, Fournier C. Coping with job insecurity: How does personality make a difference? *Journal of Organizational Behavior* 1993, 14:617-630.
54. Soares JF, Jablonska B. Psychosocial experiences among primary care patients with and without musculoskeletal pain. *European Journal of Pain* 2004, 3:79-89.
55. McGrath A, Boore NR. Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies* 2003, 40:555-565.
56. Tanaka JS, Huba GJ. Confirmatory hierarchical factor analysis of psychological distress measures. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984, 46:621-635.
57. Firth H, McKeown P, McIntee J, et al. Professional depression, "burnout" and personality in longstay nursing. *International Journal of Nursing Studies* 1987, 24:227-237.
58. Greenglass ER. The contribution of social support to coping strategies. In *Special Issue on Women and Management*, Guest Editors: Esther R. Greenglass and Judi Marshall, *Applied Psychology: An International Review* 1993, 42(4):323-340.
59. Maslach C, Schaufeli W, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology* 2001, 52:397-422.
60. Turnipseed DL. Anxiety and burnout in the health care work environment. *Psychological Reports* 1998, 82(2):627-642.
61. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, et al. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science* 1997, 19:1-15.
62. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology* 1996, 81(2):123-133.

63. Dolan SL, Van Ameringen MR, Corbin S, et al. Lack of professional latitude and role problems as correlates of propensity to quit amongst nursing staff. *Journal of Advanced Nursing* 1992, 17:1455-1459.

64. Pretty GMH, McCarthy ME, Catano VM. Psychological environments and burnout: Gender considerations within the corporation. *Journal of Organizational Behavior* 1992, 13:701-711.

65. Korabik K, Van Kampen J. Gender, social support, and coping with work stressors among managers. *Journal of Social Behavior and Personality* 1995, 10:135-148.

66. Lowe GS, Northcott HC. The impact of working conditions, social roles, and personal characteristics on gender differences in distress. *Work and Occupations* 1988, 15(1):55-77.

67. Greenglass ER, Pantony KL, Burke RJ. A gender-role perspective on role conflict, work stress and social support. In E. Goldsmith (ed) *Work and family: Theory, research, and applications*. *Journal of Social Behavior and Personality* 1988, 3(4):317-328.

68. Greenglass ER, Burke RJ, Konarski R. The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model. *Work & Stress* 1997, 11(3):267-278.

69. Leiter MP, Clark D, Durup J. Distinct models of burnout and commitment among men and women in the military. *Journal of Applied Behavioral Science* 1994, 30:63-82.

70. Johns G. Contemporary research on absence from work: Correlates, causes and consequences. *International Review of Industrial and Organizational Psychology* 1997, 12:115-173.

71. Wolpin J, Burke RJ, Greenglass ER. Is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burnout? *Human Relations* 1991, 44:193-209.

72. Leiter MP. The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations* 1990, 11:1067-1083.

73. Stewart W, Barling J. Daily work stress, mood and interpersonal job performance: A mediational model. *Work & Stress* 1996, 10(4):336-351.

74. Koeske GF, Kirk SA. Direct and buffering effects of internal locus of control among mental health professionals, *Journal Social Service Research* 1995, 20:1-28.

75. Greenglass ER, Fiksenbaum L, Burke RJ. Components of social support, buffering effects and burnout: Implications for psychological functioning. *Anxiety, Stress, and Coping* 1996, 9:185-197.

76. Sharpley CF, Dua JK, Reynolds R, et al. The direct and relative efficacy of cognitive hardiness, type A behaviour pattern, coping behaviour and social support as predictors of stress and ill-health. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 1995, 24:15-29.
77. Manning MR, Fusilier MR. The relationship between stress and health care use: An investigation of the buffering roles of personality, social support, and exercise. *Journal of Psychosomatic Research* 1999, 47(2):159-179.
78. Burke RJ, Greenglass E. Work stress, social support, psychological burnout and emotional and physical well-being among teachers. *Psychology, Health, & Medicine* 1996, 1:193-205.
79. Xie JL, Johns G. Job scope and stress: Can job scope be too high? *Academy of Management Journal* 1995, 38(5):1288-1309.
80. Mackay CJ, Cooper CL. Chapter 6. In Cooper CL, Robertson IT (eds) *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Wiley, New York, 1987.
81. Baker A, Pascal M, Le Blanc PM, et al. Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2005, 51(3):276-287.
82. Corey-Lisle P, Tarzian AJ, Cohen MZ, et al. Healthcare Reform: Its Effects on Nurses. *Journal of Nursing Administration* 1999, 29(3):30-37.
83. Tovey EJ, Adams AE. The Changing Nature of Nurses' Job Satisfaction: An Exploration of Sources of Satisfaction in the 1990's. *Journal of Advanced Nursing* 1999, 30(1):150-158.
84. Kangas S, Kee CC, McKee-Waddle R. Organisational Factors, Nurses' Job Satisfaction, and Patient Satisfaction with Nursing Care. *Journal of Nursing Administration* 1999, 29(1):32-42.
85. Barrett C, Myrick F. Job Satisfaction in Preceptorship and Its Effect on the Clinical Performance of the Preceptee. *Journal of Advanced Nursing* 1998, 27(2):364-371.
86. Burnard P, Morrison P, Phillips C. Job satisfaction amongst nurses in an interim secure forensic unit in Wales. *Austral and New Zeal J Ment Health Nurs* 1999, 8(1):9-18.
87. Dolan, N. The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1987, 12:3-12.
88. Fletcher CE. Hospital RN's job satisfactions and dissatisfactions. *Journal of Nursing Administration* 31, (6):324-31.
89. Tabolli S, Ianni A, Renzi C, et al. Job satisfaction, burnout and stress amongst nursing staff: a survey in two hospitals in Rome. *G Ital Med Lav Ergon* 2006, 28(1):49-52.

90. Rousseau DM. Organizational behavior in the organizational era. *Annual Review of Psychology* 1997, 48:515-546.
91. Maslach C. *Burnout-The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1982.
92. Soderfeldt M, Soderfeldt B, Warg L. Burnout in social work. *Social Work* 1995, 40:638-646.
93. Pines A, Aronson E. *Career burnout: causes and cures*. Free Press London, New York, 1988.
94. Αδαλή Ε, Πριάμη Μ, Ευαγγέλου Ε, και συν. Επαγγελματική εξουθένωση & εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική* 2002, 41(1):105-112.
95. Κάντας Α. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία* 1996, 3:71-85.
96. Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior* 1988, 9:297-308.
97. Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout*. Jossey-Bass, San Francisco, 1997.
98. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied Prevention Psychology* 1998, 7:63-74.
99. Dean JW, Brandes P, Dharwadkar R. Organizational cynicism. *Academy of Management Review* 1998, 23:341-352.
100. Garden AM. Depersonalization: A valid dimension of burnout? *Human Relations* 1987, 40:545-560.
101. Stajkovic AD, Luthans F. Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 1998, 124:240-261.
102. Golembiewski RT, Boss W. Phases of burnout in diagnosis and intervention. *Research in Organizational Change and Development* 1992, 6:115-152.
103. Handy JA. Theoretical and methodological problems within occupational stress and burnout research. *Human Relations* 1988, 41:351-365.
104. Schaufeli W, Van Dierendonck D. The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior* 1993, 14:631-647.
105. Schutte N, Toppinen S, Kalimo R, et al. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2000, 73:53-66.
106. Koeske CF, Koeske RD. Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: A critical review. *Journal of Applied Behavioral Science* 1989, 25:131-144.

107. Maslach, C. 'Job burn-out: How people cope', *Public Welfare* 1978, 36:56-58.
108. Justice B, Gold RS, Klein JP. Life events and burnout. *Journal of Psychology* 1981, 108:219-226.
109. Chang EM, Daly J, Hancock KM, et al. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *J Prof Nurs* 2006, 22:30-8.
110. Martin J. Hidden gendered assumptions in mainstream organizational theory and research. *Journal of Management Inquiry* 2000, 9(2):207-216.
111. Brake H, Bloemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch Dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemic* 2003, 31:321-327.
- 112 Pines A. *Keeping the Spark Alive: Preventing Burnout in Love and Marriage*. St. Martin Press, New York, 1988.
113. Lemkau J, Rafferty J, Gordon R. Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice. *Family Practice Research Journal* 1994, 14:213-222.
114. Golembiewski RT, Munzenrider RF, Stevenson JG. *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. Praeger, New York, 1986.
115. Keane A, Duquette J. Stress in ICU and non ICU nurses. *Nursing Research* 1985, 34(4):231-236.
116. Gomez JS, Michaelis RC. An assessment of burnout in human service providers. *Journal of Rehabilitation* 1995, 61(1):23-26.
117. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: A retrospective inquiry. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982, 42:168-177.
118. Mc Cranie EW, Lambert VA. Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research* 1987, 36 (6):374-378.
119. Adali E, Priami M. Burnout among Nurses intensive Care Units Internal Medicine Wards and Emergency Departments in Greek Hospitals. *ICUs and Nursing Web Journal Αθήνα* 2002, 11:1-19.
120. Jenkins R, Elliot P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advance Nursing* 2004, 48(6):622-631.
121. Blumenthal S, Lavender T, Hewson S. Role clarity, perception pf the organization and burnout amongst support workers in residential homes for people with intellectual disability: a comparison between a National Health Service trust and a charitable company. *Journal of Intellectual Disability Research* October, 42 part 5, 1998:409-417.

122. Price L, Spence SH. Burnout symptoms amongst drug and alcohol service employees: Gender differences in the interaction between work and home stressors. *Anxiety, Stress, and Coping* 1994, 7:67-84.
123. Ekstedt M, Fagerberg Y. Lived Experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advance Nursing* 2005, 49(1):59-67.
124. Currid TJ. The lived experience and meaning of stress in acute mental health nurses. *Br J Nurs* 2008, 17:880-4.
125. Ashtari Z, Farhady Y, Khodae MR. Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)* 2009, 12:71-4.
126. Sandström A, Rhodin IN, Lundberg M, et al. Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome. *Biol Psychol.* 2005 ;69(3):271-9.
127. Rogers ER. Professional burnout: A review of a concept. *The Clinical Supervision* 1987, 5(3):91-106.
128. Rowe MM, Sherlock H. Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management* 2005, 13:242-248.
129. Rees DW. Work related stress in health service employees. *Journal of Managerial Psychology* 1995, 10(3):4-11.
130. Schmitz N, Neumann W, Oppermann R. Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies* 1999, 37(2):95-99.
131. Rout U. Occupational Stress in women general practitioner and practice managers, *Women in Management Review* 1999, 14(6):220-230.
132. Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer* 1999, 35(11):1592-1597.
133. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, et al. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior* 2000, 21:425-441.
134. Αδαλή Ε. Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών: Έννοια, Συμπτώσεις, Συνέπειες. *Νοσηλευτική* 2000, (3):292-297.
135. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association CMAJ* 2000, 163(2):166-169.
136. Rausch DT, Braverman AM. Burnout Rates Among Reproductive Endocrinology Nurses: the Role of Personality and Infertility Attitudes. *Fertility and Sterility* 2000, 74(3):S7.

137. Brown LK, Schultz JR, Forsberg AD, et al. Predictors of retention among HIV/hemophilia health care professionals. *General Hospital Psychiatry* 2002, 24(1):48-54.
138. Demira A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigating of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies* 2003, 40:807-827.
139. Mechteld RM, Visser Ellen MA, Smets FJ, et al. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association* 2003, 168(3):271-275.
140. Jansen G.M. Patrick. The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies* 1996, 33(4):407-421.
141. Lee H, Hwang S, Kim J, et al. Prediction of Life Satisfaction of Korean Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2004, 48(6):632-641.
142. Fernet C, Senecal C, Guay F, et al. The work tasks motivation scale for teachers (wtmst). *Journal of Career Assessment* 2008, 16:256-279.
143. Gerits L, Derksen Jan JL, Verbruggen AB, et al. Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems. *Personality and Individual Differences* 2004, 28 (5):965-976.
144. Baldelli MV, Fabbo A, Costopoulos C, et al. Is it Possible to reduce job burnout of the Health Care Staff working with Demented patients? *Arch, Gerontol, Geriatr* 2004, 9:51-56.
145. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine* 2004, 2:29.
146. De los Ríos-Castillo JL, Barrios-Santiago P, Ocampo-Mancilla M, et al. Burnout syndrome in licensed nurses. Approaches for a debate. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007, 45:493-502.
147. Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, et al. Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses. *Arch Psychiatr Nurs* 2006, 20:158-65.
148. Lambert VA, Lambert CE, Petrin M, et al. Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nurs Health Sci* 2007, 9:120-6.
149. Dickinson T, Wright KM. Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. *Br J Nurs* 2008, 17:82-7.

150. Katsuki F, Goto M, Someya T. A study of emotional attitude of psychiatric nurses: reliability and validity of the Nurse Attitude Scale. *Int J Ment Health Nurs* 2005, 14:265-70.
151. Farber BA, Heifetz LJ. The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology* 1982, 13(2):293-301.
152. Farber BA. Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist* 1985, 38:10-13.
153. Cronin-Stubbs D, Rooks CA. The stress, social support, and burnout of critical care nurses: the results of research. *Heart Lung* 1985, 14:31-39.
154. Ackerley GK, Burnell J, Holder DC, et al. Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice* 1988, 19(6): 624-631.
155. Raquepaw JW, Miller RS. Psycho-therapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice* 1989, 20(1):32-36.
156. Melchior ME, Bours GJ, Schmitz P, et al. Burnout in psychiatric nursing: a meta-analysis of related variables. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1997, 4:193-201.
157. Prosser D, Johnson S, Kuipers E, et al. Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *Journal of Psychosomatic Research* 1997, 43(1):51-59.
158. Ζιώγου Θ, Μπίμπου Ι, Δημητρίου Ε, κ.α. Επαγγελματική φόρτιση στο ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική* 1998, 1:62-70.
159. Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs*. 2001, 34(3):383-96.
160. Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, et al. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine* 2004, 61:764-768.
161. Meier ST. The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology* 1984, 57:211-219.
162. Corrigan PW, Holmes EP, Luchins D, et al. Staff burnout in a psychiatric hospital: A cross-lagged panel design. *Journal of Organizational Behavior* 1994, 15:65-74.
163. Fisher S. *Stress and the Perception of Control*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1984.
164. Zellars KL, Perrewé PL. Affective personality and the content of emotional social support: coping in organizations. *J Appl Psychol*. 2001, 86(3):459-67.
165. Lee RT, Ashforth BE. A Meta-Analytic Examination of the Correlates of the Three Dimensions of Job Burnout. *Journal of Applied Psychology* 1996, 81(2):123-133.

166. Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993, 61(1):147-155.
167. Iacovides A, Fountoulakis KN, Moysidou C, et al. Burnout in nursing Staff: Is there a relationship between depression and burnout? *INTL. Journal of Psychiatry in Medicine* 1999, 29:421-433.
168. Firth H, McKeown P, McIntee J, et al. Burn-out, personality and support in long-stay nursing. *Nurs Times*. 1987, 83(32):55-7.
169. Plana AB, Fabregat AA, Cassio JB. Burnout Syndrome and Coping Strategies: A Structural Relations Model. *Psychology in Spain* 2003, 7(1):46-55.
170. Raffi F, Oskouie F, Nikraves M. Factors involved in nurses' responses to burnout: a grounded theory study. *BMC Nurs* 2004, 3(1):6.
171. Havens D, Vasey J. Measuring staff nurse decisional involvement: the decisional involvement scale. *J Nurs Adm* 2003, 33:331-336.
172. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health* 2003, 1(1):1-16.
173. Kolehmainen -Aitken, Riita-Liisa. Decentralisation of human resources: implications and impact. *Human Resource Development Journal* 1997, 1(3):45-52.
174. Scott J, Sochalski J, Aiken L. Review of magnet hospital research, findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration* 1999, 29(1):9-19.
175. WHO. Human Resources and Training in Mental Health, (Mental Health Policy and Service Guidance Package), ch. 4, 2005.
176. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* 2001, 20 (3): 43-53.
177. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association* 2002, 288 (16):1987-1993.
178. Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Sciences Medicine* 1998, 47(10):1611- 1617.
179. Montana P, Charnov B. Μάνατζμεντ, Δεύτερη Αμερικάνικη Έκδοση, Κλειδάριθμος, 1993.
180. Janssen PPM, De Jonge J, Bakker AB. Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout, and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1999, 296(6):1360-9.

181. Edgar L. Nurses' motivation and its relationship to the characteristics of nursing care delivery systems: a test of the Job Characteristic Model. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 1999, 12(1):14-22.
182. Rousseau DM, Tijorwala SA. What's a good reason to change? Motivated reasoning and social accounts in promoting organizational change. *Journal of Applied Psychology* 1999, 84(4):514-28.
183. Densten IL. The Relationship Between Visioning Behaviours of Leaders and Follower Burnout. *British Journal of Management* 2005, 16:105-118.
184. Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, et al. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human Resources for Health* 2006, 4-3.
185. Πετριδου Ε. Διοίκηση Μάνατζμεντ. Ζυγός, Θεσσαλονίκη, 1998.
186. Kotter JP. What Leaders Really Do, *Harvard Business Review*. Special Issue, 2001:85-96.
187. Abraham R. Organizational cynicism: Bases and consequences. *Genetic, Social and General Psychology Monographs* 2000, 126:269-292.
188. Μπουραντάς Δ. Μάνατζμεντ Οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά, Αθήνα Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1992.
189. Greenberg J. *Managing Behavior in Organizations*, Prentice Hall United States of America, 1996.
190. Barnard Chester. *The Nature of Leadership in LEADERSHIP, Classical, contemporary, and critical Approaches* (Editor: Keith Grint). Oxford University Press, 1997.
191. Campbell DJ. *Organisations and the Business Environment*. Butterworth-Heinemann, London, 1997.
192. Kreitner R, Kinicki A. *Organizational Behavior*, 4th ed. McGraw-Hill New York, 1998.
193. Laschinger H, Sabiston JA. Staff Nurse Empowerment and Workplace Behaviours. *The Canadian Nurse* 2000, 96(2):18-22.
194. Ray M, Marion F. The transformative process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly* 2002, 62(2):1-14.
195. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey. *Am Psychol* 2002, 57(9):705-17.
196. Raiger J. Applying a cultural lens to the concept of burnout. *J Transcult Nurs* 2005, 16(1):71-6.

197. Fountoulakis KN, Iacovides A, Kleanthous S, et al. The Greek translation of the symptoms rating scale for depression and anxiety: preliminary results of the validation study. *BMC Psychiatry* 2003, 3:21.
198. Papadatou D, Anagnostopoulos F, Monos D. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology* 1994, 67:187-199.
199. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional Burnout: Recent Development in Theory and Research*. Taylor & Francis, Washington DC, 1993.
200. Greenglass ER. Burnout and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology* 1991, 32:562-572.
201. Messing K. Women's occupational health: A critical review and discussion of current issues. *Women and Health* 1997, 25(4):39-68.
202. Gelberblom A, De Koning J. Age, productivity and wages, paper for the EALE-conference. Warwick, 1992.
203. Simoens P, Denys J. *Wie werkt nog na vijftig?* Leuven: Davidsfonds 1997.
204. Sarros JC, Sarros AM. Social support and teacher burnout. *Journal of Educational Administration* 1992, 30(1):55-70.
205. Whitehead A, Ryba K, O'Driscoll M. Burnout among New Zealand primary school teachers. *New Zealand Journal of Psychology* 2000, 29:52-60.
206. Hastings RP, Bham MS. The relationship between student behaviour patterns and teacher burnout. *School Psychology International* 2003, 24:115-127.
207. Rashidzadeh MA. Burnout among Iranian school principals. *Psychol Rep* 2002, 90(1):61-4.
208. Meyerson DE. Interpretations of stress in institutions: the cultural production of ambiguity and burnout. *Adm Sci Q* 1994, 39(4):628-53.
209. Chiu RK, Kosinski FA. Relationships between dispositional traits and self-reported job satisfaction and distress, An investigation of nurses and teachers in Hong Kong. *Journal of Managerial Psychology* 1997, 12(2):71-84..
210. Fragala G. Using ergonomics to prevent back injuries. *Nursing Management* 1994, 25(10):98-100.
211. Patrick P. Self-presentation: treatment intervention for nurse impairment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1984, 1(3):169-77.
212. Franco LM, Benett S, Kanfer R, et al. Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science & Medicine* 2004, 58:343-355.

213. Dollard MF, Walsh C. Illusory correlation: Is work stress really worse in the public sector? *Journal of Occupational Health and Safety* 1999, 15(3):219-231.

214. Rees DW. Work-related stress in health service employees. *Journal of Managerial Psychology* 1995, 10(3):4-11.

215. Boshoff C. A causal model to evaluate the relationships among supervision role stress, organizational commitment and internal service quality. *European Journal of Marketing* 1995, 29(2):23-42.

216. Bargellinia A, Barbierib A, Rovestia S, et al. Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians. *Occup Environ Med* 2000, 57:453-457.

217. Coffey M. Stress and Burnout in forensic community mental health nurses: an investigation of its causes and effects. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 1999, 6:433-443.

218. Walcott JA, Ervin NE. Stressors in the workplace: community health nurses. *Public Health Nurse* 1992, 9(1):65-71.

219. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996 ;1(1):27-41.

220. Fagin L, Carson J, Leary J, et al. Stress, coping and burnout in mental health nurses: findings from three research studies. *International Journal of Social Psychiatry* 1996, 42(2):102-111.

221. Duxbury ML, Armstrong GD, Drew DJ, et al. Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. *Nursing Research* 1984, 33(2):97-101.

222. Leiter MP, Harvie P. Burnout among Mental Health Workers: A Review and a Research Agenda. *International Journal of Social Psychiatry* 1996, 42:90-101.

223. Parasuraman S, Alutto JA. An Examination of the Organizational Antecedents of Stressors at Work. *Academy of Management Journal* 1981, 24:48-67.

224. Κουλιεράκης Γ, Μεταλληνού Ο, Πάντζου Π. (2000) Στήριξη των Επαγγελματιών Υγείας. Στο Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας, κεφ. 4, σελ. 133 - 155. Πάτρα. ΕΑΠ

225. Πανταζοπούλου- Φωτεινέα Α. Εργασιακό περιβάλλον & ψυχικές επιπτώσεις (Οργανωτική- Βιομηχανική Ψυχολογία) προσέγγιση από τον χώρο της Ιατρικής της εργασίας. ΕΛΙΝΥΑΕ, Αθήνα, 2003.

226. Schein EH. *Organization Culture and Leadership*. Jossey Bass, New York, 1985.

227. Williams A, Dobson P Walters M. *Changing Cultures: New organizational approaches*. IPA, London, 1989.

228. Frederikson L, Dewe P. The Cognitive Appraisal of Stress: The influence of Organizational Climate, Perceptions of Control, and Feelings Associated with Stressful Work Events. *Research and Practice in Human Resource Management* 1996, 4(1):1-24.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. Πότε γεννηθήκατε;

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

2. Φύλο: *Άνδρας* *Γυναίκα*

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Αγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α Συμβίωση

4. Αριθμός παιδιών 4 3 2 1 κανένα

5. Ποιο είναι το ανώτερο πτυχίο που έχετε αποκτήσει;

ΔΕ *ΤΕΙ* *ΑΕΙ* *Μεταπτυχιακό* *Διδακτορικό*

6. Πότε αποκτήσατε τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών σας; Έτος

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

7. Ποια είναι η ειδικότητά σας;

Γιατρός

Νοσηλεύτης / τρια

Άλλη Ειδικότητα

Ποια

8. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε σήμερα;

9. Πόσα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας έχετε:

- α. Στο επάγγελμα;
 β. Στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο;
 γ. Στο συγκεκριμένο τμήμα;

	Χρόνια
	Χρόνια
	Χρόνια

10. Ποια είναι η δυναμικότητα του νοσοκομείου σας σε κλίνες;

< 200 κλίνες

200-400 κλίνες

> 400 κλίνες

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

Η επιθυμία μου να βοηθάω τους ανθρώπους.

Η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση.

Οι επιρροές που δέχθηκα από το περιβάλλον μου.

Τυχαία βρέθηκα στο επάγγελμα αυτό.

Άλλο

Αν απαντήσατε "Άλλο", παρακαλούμε διευκρινίστε: _____

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**12 . Με πόσα άτομα που χρειάζονται τις υπηρεσίες σας ασχολείστε καθημερινά;** 1-3 4-7 8 και άνω**13. Πόσες νυχτερινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;** 0 1-4 5-8 9 και άνω**14. Πόσες απογευματινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;** 0 1-4 5-8 9 και άνω

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

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

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

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

17. Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό;

- Ναι Όχι

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

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

19. Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας;

- Ποτέ Σπάνια Συχνά Καθημερινά

20. Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις του προσωπικού;

- Ναι Όχι

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

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

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

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

B. Σημειώστε με X μια από τις απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις (πόσες φορές σας συμβαίνει;)

B1. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B6. Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B7. Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B8. Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B9. Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B10. Νιώθω λιγότερο ευαίσθητη προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B11. Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B12. Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B13. Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B14. Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B15. Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B16. Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B17. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B20. Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B21. Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B22. Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

Γ. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε ΓΕΝΙΚΑ με:

	Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Πολύ λίγο	Καθόλου	Αδιάφορος
1. τη ζωή σας;						
2. τη συναισθηματική σας κατάσταση;						
3. τις σχέσεις σας με τους σημαντικούς Άλλους;						
4. την εργασία σας;						
5. τη σεξουαλική σας ζωή;						
6. το περιβάλλον της εργασίας σας;						
7. τη σχέση σας με τους συναδέλφους σας;						
8. τη σχέση σας με τους ασθενείς σας;						
9. τα οικονομικά σας;						
10. τις συνθήκες εργασίας σας;						
11. τον ρόλο σας στην οικογένειά σας;						
12. την υγεία σας;						
13. τον ελεύθερο χρόνο σας;						

Δ. ΟΔΗΓΙΕΣ:

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

1.
 - α Η όρεξή μου (για φαγητό) είναι όπως ήταν πάντα.
 - β Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο παλαιότερα.
 - γ Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
 - δ Έχω χάσει την όρεξή μου εντελώς.

- 2.** α Δεν έχω πονοκέφαλο.
β Αισθάνομαι έναν ελαφρό πονοκέφαλο.
γ Περιστασιακά έχω έντονους πονοκεφάλους.
δ Έχω έντονους πονοκεφάλους σχεδόν συνεχώς.
- 3.** α Δεν ιδρώνω πολύ.
β Οι παλάμες μου είναι υγρές.
γ Συχνά «λούζομαι» στον ιδρώτα.
δ Αναγκάζομαι να αλλάζω αρκετές φορές την ημέρα ρούχα επειδή ιδρώνω πολύ.
- 4.** α Αισθάνομαι ήρεμος/η και σίγουρος/η.
β Κατά κάποιον τρόπο αισθάνομαι ανασφαλής και φοβισμένος.
γ Μερικές φορές αισθάνομαι πολύ ανασφαλής, για την ακρίβεια αισθάνομαι να βρίσκομαι στα όρια του πανικού.
δ Αδυνατώ να ελέγξω το αίσθημα ανασφάλειάς μου. Μερικές φορές με πιάνει πανικός.
- 5.** α Δεν αισθάνομαι ζάλη.
β Έχω την τάση να αισθάνομαι ζαλάδα αν σηκωθώ απότομα.
γ Έχω την τάση να χάνω την ισορροπία μου ακόμα κι αν σηκωθώ σιγά-σιγά.
δ Έχω την τάση να λιποθυμώ πάντα όταν προσπαθώ να σηκωθώ.
- 6.** α Αισθάνομαι δυστυχής.
β Σε γενικές γραμμές αισθάνομαι καλά.
γ Αισθάνομαι χαρούμενος/η τον περισσότερο καιρό.
δ Από την χαρά μου, νιώθω ότι είμαι στον ουρανό.
- 7.** α Η όρεξή μου για φαγητό είναι φυσιολογική.
β Η όρεξή μου έχει ελαφρά αυξηθεί.
γ Αισθάνομαι πεινασμένος/η σχεδόν συνεχώς.
δ Αισθάνομαι πεινασμένος/η όλη την ώρα.
- 8.** α Δεν αισθάνομαι λύπη
β Αισθάνομαι λύπη και κατάθλιψη
γ Αισθάνομαι συνεχώς λύπη και κατάθλιψη και νιώθω αδυναμία να ξεφύγω απ' αυτό.
δ Αισθάνομαι τόσο δυστυχής και στις μαύρες μου που δε μπορώ να το αντέξω.
- 9.** α Δεν αισθάνομαι στεγνό το στόμα μου.
β Το στόμα μου είναι λίγο στεγνό.
γ Το στόμα μου είναι πολύ στεγνό.
δ Το στόμα μου είναι τόσο ενοχλητικά στεγνό, ώστε δυσκολεύομαι να μιλήσω.

- 10.** α Δε νιώθω να έχω αρκετή δύναμη και αντοχή.
β Έχω αρκετή ποσότητα δύναμης και αντοχής.
γ Έχω περισσότερη δύναμη και αντοχή από το μέσο όρο.
δ Είμαι γεμάτος/η δύναμη και ενέργεια.
-
- 11.** α Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος/η ή απογοητευμένος/η όσον αφορά το μέλλον.
β Αισθάνομαι απογοητευμένος/η για το μέλλον.
γ Νιώθω ότι δεν έχω τίποτα πια να περιμένω.
δ Αισθάνομαι απελπισία για το μέλλον, και πιστεύω ότι τα πράγματα δε μπορεί να καλυτερέψουν.
-
- 12.** α Δεν έχω δυσκολία να ανασάνω.
β Δυσκολεύομαι να πάρω μια βαθιά ανάσα.
γ Μερικές φορές έχω δυσκολία να ανασάνω.
δ Μερικές φορές είχα τόσο μεγάλη δυσκολία να ανασάνω που φοβήθηκα ότι θα πέθαινα.
-
- 13.** α Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η.
β Αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχημένος/η σε σχέση με το μέσο άνθρωπο.
γ Όσο θυμάμαι, η ζωή μου ήταν γεμάτη μόνο με αποτυχίες.
δ Αισθάνομαι πλήρως αποτυχημένος/η ως άνθρωπος.
-
- 14.** α Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
β Έχω λιγότερο ενδιαφέρον για τους άλλους απ' ό τι είχα παλαιότερα.
γ Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντός μου για τους άλλους ανθρώπους και αισθάνομαι πολύ λίγα πράγματα γι' αυτούς.
δ Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους και δε νοιάζομαι καθόλου γι' αυτούς.
-
- 15.** α Τα χέρια μου είναι σταθερά.
β Τα χέρια μου τρέμουν λίγο, αλλά μπορώ να το ξεπεράσω όταν είμαι αποφασισμένος/η.
γ Τα χέρια μου αρχίζουν να τρέμουν όποτε χρειαστεί να τα χρησιμοποιήσω για να γράψω, να πιω κτλ.
δ Τα χέρια μου τρέμουν όλη την ώρα.
-
- 16.** α Νιώθω ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με ερεθίζουν ή με ενοχλούν.
β Αποδέχομαι τους άλλους όπως αυτοί είναι.
γ Τα πάω καλά σχεδόν με όλους.
δ Μου είναι πολύ εύκολο να τα πηγαίνω καλά με όλους.
-
- 17.** α Δε με ανησυχεί το θέμα της υγείας μου περισσότερο από το συνηθισμένο.
β Με ανησυχούν κάποιες ενοχλήσεις και πόνοι, ανακατωμένο στομάχι ή δυσκοιλιότητα.
γ Ανησυχώ τόσο πολύ με το πώς αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι, που μου είναι πολύ δύσκολο να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.
δ Ασχολούμαι μόνο μ' αυτά που αισθάνομαι και με τίποτε άλλο.

- 18.** α Έχασα πολύ λίγο ή καθόλου βάρος κατά τον τελευταίο μήνα.
β Έχασα περίπου ένα κιλό κατά τον τελευταίο μήνα.
γ Έχασα περίπου δύο κιλά κατά τον τελευταίο μήνα.
δ Έχασα παραπάνω από δύο κιλά κατά τον τελευταίο μήνα.
- 19.** α Ευχαριστιέμαι με διάφορα πράγματα, όπως συνέβαινε και παλιότερα.
β Δεν ευχαριστιέμαι με διάφορα πράγματα, με τον τρόπο που συνέβαινε παλιότερα.
γ Δύσκολα ευχαριστιέμαι κάτι πια.
δ Δε νιώθω να ευχαριστιέμαι απολύτως τίποτα πλέον.
- 20.** α Μπορώ να πάρω αποφάσεις το ίδιο καλά όπως και παλιότερα.
β Προσπαθώ να αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων.
γ Έχω μεγάλη δυσκολία στο να πάρω αποφάσεις.
δ Δε μπορώ να πάρω καμία απόφαση πλέον.
- 21.** α Δεν είμαι περισσότερο ευερέθιστος τώρα, σε σχέση με αυτό που ήμουν πάντα.
β Ενοχλούμαι ή τσαντίζομαι ευκολότερα απ' ότι στο παρελθόν.
γ Αισθάνομαι ενοχλημένος τον περισσότερο καιρό.
δ Δεν νοιάζομαι καθόλου για πράγματα που συνήθως με ενοχλούσαν παλιά.
- 22.** α Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος/η.
β Αισθάνομαι κακός/η ή ανάξιος/α ένα μεγάλο μέρος του χρόνου.
γ Νιώθω αρκετά ένοχος/η.
δ Αισθάνομαι συνεχώς ένοχος/η και ανάξιος/α.
- 23.** α Δε βάζω τα κλάματα περισσότερο απ' ότι συνήθως.
β Βάζω τα κλάματα περισσότερο απ' ότι παλιότερα.
γ Τώρα κλαίω συνεχώς και δε μπορώ να σταματήσω.
δ Παλιότερα μπορούσα να κλάψω, τώρα όμως δε μπορώ, παρότι θα το ήθελα πολύ.
- 24.** α Δε νιώθω ένταση ή πίεση στην καρδιά μου.
β Αισθάνομαι μια ελαφριά ένταση και πίεση στην καρδιά μου.
γ Νιώθω την καρδιά μου να κτυπά δυνατότερα απ' ότι συνήθως.
δ Νιώθω έναν πόνο και πίεση στο μέρος της καρδιάς, η οποία κτυπά υπερβολικά δυνατά.
- 25.** α Δεν έχω αντιληφθεί να έχει αλλάξει τίποτα τώρα τελευταία όσον αφορά το ενδιαφέρον μου για το σεξ.
β Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ απ' ότι παλαιότερα.
γ Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα.
δ Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.
- 26.** α Δεν αισθάνομαι ότι με τιμωρούν.
β Νιώθω ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί.
γ Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ.
δ Νιώθω ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ.

- 27.** α Μπορώ να κοιμηθώ τόσο καλά όπως πάντα.
β Ξυπνώ περισσότερο κουρασμένος/η το πρωί απ' ότι παλαιότερα.
γ Ξυπνώ 1-2 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
δ Ξυπνώ πολύ νωρίς κάθε μέρα και δε μπορώ να συμπληρώσω πάνω από 5 ώρες ύπνο συνολικά.
- 28.** α Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.
β Είμαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.
γ Ο εαυτός μου με αηδιάζει.
δ Μισώ τον εαυτό μου.
- 29.** α Μπορώ να εργαστώ τόσο καλά όσο και πριν.
β Πρέπει να καταβάλλω παραπάνω προσπάθεια για να ξεκινήσω να κάνω κάτι.
γ Πρέπει να πιέσω τον εαυτό μου πάρα πολύ για να κάνω οτιδήποτε.
δ Δε μπορώ να κάνω απολύτως καμιά δουλειά.
- 30.** α Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τα περισσότερα πράγματα.
β Δεν παραπονιέμαι για το μέλλον μου
γ Όλα πάνε μια χαρά.
δ Το μέλλον φαίνεται να είναι υπέροχο.
- 31.** α Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος/η από οποιονδήποτε άλλο.
β Ασκώ κριτική στον εαυτό μου για αδυναμίες και λάθη.
γ Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου.
δ Κατηγορώ τον εαυτό μου για οτιδήποτε κακό συμβαίνει.
- 32.** α Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως.
β Κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι παλιότερα.
γ Κουράζομαι χωρίς να κάνω σχεδόν τίποτα.
δ Αισθάνομαι τόσο κουρασμένος/η ώστε δε μπορώ να κάνω τίποτα.
- 33.** α Πηγαίνω να ουρήσω τόσο συχνά όσο και παλιότερα.
β Πηγαίνω για ούρηση συχνότερα αλλά η ποσότητα των ούρων είναι μικρότερη από παλιότερα.
γ Η ούρηση μου εμφανίζει δυσκολίες.
δ Μου είναι εξαιρετικά δύσκολο να ουρήσω.
- 34.** α Δε νιώθω η εμφάνισή μου να είναι χειρότερη από παλιότερα.
β Ανησυχώ για το ότι η εμφάνισή μου με δείχνει γέρο/γριά ή μη ελκυστικό/η
γ Αισθάνομαι ότι έχουν γίνει οριστικές αλλαγές στην εξωτερική μου εμφάνιση.
δ Νιώθω ότι είμαι άσχημος/η ή απωθητικός/η.
- 35.** α Το στομάχι μου λειτουργεί φυσιολογικά.
β Υποφέρω από δυσκοιλιότητα.
γ Το έντερό μου κινείται μόνο αν πάρω καθαρτικό.
δ Παρά τις διάφορες θεραπείες, το έντερό μου δεν κινείται.

- 36.** α Η όρασή μου είναι όπως ήταν πάντα.
β Αναγκάζομαι να ζορίσω τα μάτια μου για να διαβάσω.
γ Διαβάζω με πτοαργό ρυθμό τώρα, εξαιτίας προβλημάτων με την όρασή μου.
δ Αναγκάζομαι να κάνω συχνά διαλείμματα στο διάβασμα επειδή τα γράμματα θολώνουν.
- 37.** α Αισθάνομαι δυστυχισμένος/η τον περισσότερο καιρό.
β Που και που είμαι πεσμένος/η, αλλά τον περισσότερο καιρό αισθάνομαι καλά.
γ Νιώθω αρκετά καλά τον περισσότερο καιρό.
δ Ποτέ στη ζωή μου δεν αισθανόμουν καλύτερα.
- 38.** α Καταναλώνω την ίδια ποσότητα υγρών (νερό, αναψυκτικά) που κατανάλωνα και παλαιότερα.
β Δεν είναι σίγουρο ότι αυξήθηκε η ποσότητα υγρών που καταναλώνω.
γ Η ποσότητα υγρών που καταναλώνω σαφώς αυξήθηκε.
δ Αισθάνομαι συνέχεια δίψα, και η κατανάλωση υγρών που κάνω έχει αυξηθεί υπερβολικά.
- 39.** α Νιώθω τόσο χαλαρός/η όσο συνήθως.
β Αισθάνομαι λίγο περισσότερη ένταση απ' όσο συνήθως.
γ Μερικές φορές νιώθω ότι βρίσκομαι σε υπερένταση και έχω μεγάλη δυσκολία να χαλαρώσω.
δ Συνεχώς νιώθω ότι βρίσκομαι σε μεγάλη υπερένταση και έχω μεγάλη δυσκολία να χαλαρώσω.
- 40.** α Δεν αισθάνομαι ναυτία.
β Έχω ένα ελαφρύ αίσθημα ναυτίας αλλά δεν έκανα εμετό.
γ Έχω ένα δυσάρεστο αίσθημα ναυτίας αλλά δεν έκανα εμετό.
δ Έχω ένα δυσάρεστο αίσθημα ναυτίας και έκανα εμετό.
- 41.** α Δεν σκέφτομαι να κάνω κακό στον εαυτό μου.
β Νιώθω ότι θα ήταν καλύτερα να ήμουν νεκρός/η.
γ Κάνω συγκεκριμένα σχέδια για να αυτοκτονήσω.
δ Θα αυτοκτονούσα αν μου δινόταν η ευκαιρία.
- 42.** α Η μνήμη μου και η ικανότητά μου να συγκεντρωθώ σε κάτι είναι τόσο καλά όσο πάντα.
β Πρέπει να καταβάλλω προσπάθεια ώστε να θυμηθώ πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση.
γ Έχω την τάση να ξεχνώ πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση.
δ Μου είναι τόσο δύσκολο να συγκεντρωθώ, ώστε μου είναι δύσκολο να παρακολουθήσω τη ροή μιας γενικής συζήτησης ή την τηλεόραση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. Πότε γεννηθήκατε;

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

2. Φύλο: *Άνδρας* *Γυναίκα*

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Αγαμος/η	Έγγαμος/η	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α
Συμβίωση			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Αριθμός παιδιών 4 3 2 1

κανένα

5. Ποιο είναι το ανώτερο πτυχίο που έχετε αποκτήσει;

<i>ΔΕ</i>	<i>ΤΕΙ</i>	<i>ΑΕΙ</i>	<i>Μεταπτυχιακό</i>	<i>Διδακτορικό</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Πότε αποκτήσατε τον πιο πρόσφατο τίτλο σπουδών σας; Έτος

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

7. Παρακαλώ σημειώστε με X σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ειδικοτήτων ανήκετε

- Ψυχίατροι
- Νευρολόγοι- Ψυχίατροι
- Ψυχολόγοι
- Νοσηλευτές
- Εργοθεραπευτές
- Λογοθεραπευτές
- Κοινωνικοί Λειτουργοί
- Ειδικοί Παιδαγωγοί

Άλλη Ειδικότητα

8. Σημειώστε με X σε ποιο από τον παρακάτω φορέα και τμήμα του εργάζεστε τώρα (ΣΤΗΛΗ 1) . Παρακαλώ σημειώστε στο αντίστοιχο τετράγωνο στην ΣΤΗΛΗ 2 σε ποιους φορείς έχετε εργασθεί στο παρελθόν.

	ΣΤΗΛΗ1	ΣΤΗΛΗ2
1. Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο (Ν.Π.Δ.Δ)		
1.1 Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (Ψυχιατρικός Τομέας)		
1.2 Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας (Μονάδα Οξέων Περιστατικών)		
1.3 Εξωτερικά Ιατρεία		
2. Ψυχιατρικό Τμήμα (Περιφερειακά / Νομαρχιακά Νοσοκομεία)		
2.1 Νοσηλευτικό Τμήμα		
2.2 Εξωτερικά Ιατρεία		
3. Κέντρο Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.)		
3.1 Τμήμα Ενηλίκων		
3.2 Τμήμα Παιδών / Εφήβων		
4. Κινητή Μονάδα		
5. Νοσοκομείο Ημέρας		
5.1 Ενηλίκων		
5.2 Παιδών		
6. Ξενώνας – Οικοτροφείο		
6.1 Πρόγραμμα Λέρος I		
6.2 Πρόγραμμα Λέρος II		
6.3 Πρόγραμμα Ψυχαργώς I		
6.4 Πρόγραμμα Ψυχαργώς II		
7. Προστατευόμενο Διαμέρισμα		
7.1 Πρόγραμμα Λέρος I		
7.2 Πρόγραμμα Λέρος II		
7.3 Πρόγραμμα Ψυχαργώς I		
7.4 Πρόγραμμα Ψυχαργώς II		

8. Θεραπευτική Συνεταιριστική Μονάδα		
9. Θεραπευτική Μονάδα Προ & Επαγγελματικής Αποκατάστασης		
10. Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική		
11. Ιδιωτικός Φορέας Ψυχικής Υγείας		
☛ Ποιός		
12. Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) (Νευροψυχιατρικά εξωτερικά Ιατρεία)		
13. Υπηρεσία για εξαρτημένα άτομα		
☛ Ποιά		
14. Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
15. Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Στήριξης		
16. Άλλη Συμβουλευτική Ψυχοθεραπευτική Υπηρεσία		
☛ Ποιά		
17. Θεραπευτήριο Χρονίων παθήσεων (Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας)		
18. Ίδρυμα Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ)		

9. Πόσα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας έχετε:

α. Στο επάγγελμα;

β. Στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο;

γ. Στο συγκεκριμένο τμήμα;

	Χρόνια
	Χρόνια
	Χρόνια

10. Σε ποιο τομέα εργάζεστε;

Δημόσιο

Ιδιωτικό

Δημόσιο & Ιδιωτικό

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

Η επιθυμία μου να βοηθάω τους ανθρώπους.

Η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση.

Οι επιρροές που δέχθηκα από το περιβάλλον μου.

Τυχαία βρέθηκα στο επάγγελμα αυτό.

Άλλο

Αν απαντήσατε "Άλλο", παρακαλούμε διευκρινίστε :

.....

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

12 . Με πόσα άτομα που χρειάζονται τις υπηρεσίες σας ασχολείστε καθημερινά;

- 1-3 4-7 8 και άνω

13. Πόσες νυχτερινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;

- 0 1-4 5-8 9 και άνω

14. Πόσες απογευματινές βάρδιες το μήνα δουλεύετε;

- 0 1-4 5-8 9 και άνω

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

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

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

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

17. Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματος είναι αρκετό;

- Ναι Όχι

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

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

19. Γίνονται συναντήσεις του προσωπικού στο χώρο εργασίας;

- Ποτέ Σπάνια Συχνά Καθημερινά

20. Θεωρείτε χρήσιμες τις συναντήσεις του προσωπικού;

- Ναι Όχι

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

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

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

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

B. Σημειώστε με Χ μια από τις απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις (πόσες φορές σας συμβαίνει;)

B1. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B6. Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B7. Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B8. Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B9. Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B10. Νιώθω λιγότερο ευαίσθητη προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B11. Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B12. Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B13. Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B14. Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B15. Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B16. Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B17. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B20. Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B21. Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

B22. Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποτέ δε μου συμβαίνει	Λίγες φορές το χρόνο	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα μου συμβαίνει

Γ. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε ΓΕΝΙΚΑ με:

	Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Πολύ λίγο	Καθόλου	Αδιάφορος
1. τη ζωή σας;						
2. τη συναισθηματική σας κατάσταση;						
3. τις σχέσεις σας με τους σημαντικούς Άλλους;						
4. την εργασία σας;						
5. τη σεξουαλική σας ζωή;						
6. το περιβάλλον της εργασίας σας;						
7. τη σχέση σας με τους συναδέλφους σας;						
8. τη σχέση σας με τους ασθενείς σας;						
9. τα οικονομικά σας;						
10. τις συνθήκες εργασίας σας;						
11. τον ρόλο σας στην οικογένειά σας;						
12. την υγεία σας;						
13. τον ελεύθερο χρόνο σας;						

Δ. ΟΔΗΓΙΕΣ:

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

1.
 - α Η όρεξή μου (για φαγητό) είναι όπως ήταν πάντα.
 - β Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο παλαιότερα.
 - γ Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
 - δ Έχω χάσει την όρεξή μου εντελώς.

- 2.** α Δεν έχω πονοκέφαλο.
β Αισθάνομαι έναν ελαφρό πονοκέφαλο.
γ Περιστασιακά έχω έντονους πονοκεφάλους.
δ Έχω έντονους πονοκεφάλους σχεδόν συνεχώς.
- 3.** α Δεν ιδρώνω πολύ.
β Οι παλάμες μου είναι υγρές.
γ Συχνά «λούζομαι» στον ιδρώτα.
δ Αναγκάζομαι να αλλάζω αρκετές φορές την ημέρα ρούχα επειδή ιδρώνω πολύ.
- 4.** α Αισθάνομαι ήρεμος/η και σίγουρος/η.
β Κατά κάποιον τρόπο αισθάνομαι ανασφαλής και φοβισμένος.
γ Μερικές φορές αισθάνομαι πολύ ανασφαλής, για την ακρίβεια αισθάνομαι να βρίσκομαι στα όρια του πανικού.
δ Αδυνατώ να ελέγξω το αίσθημα ανασφάλειάς μου. Μερικές φορές με πιάνει πανικός.
- 5.** α Δεν αισθάνομαι ζάλη.
β Έχω την τάση να αισθάνομαι ζαλάδα αν σηκωθώ απότομα.
γ Έχω την τάση να χάνω την ισορροπία μου ακόμα κι αν σηκωθώ σιγά-σιγά.
δ Έχω την τάση να λιποθυμώ πάντα όταν προσπαθώ να σηκωθώ.
- 6.** α Αισθάνομαι δυστυχής.
β Σε γενικές γραμμές αισθάνομαι καλά.
γ Αισθάνομαι χαρούμενος/η τον περισσότερο καιρό.
δ Από την χαρά μου, νιώθω ότι είμαι στον ουρανό.
- 7.** α Η όρεξή μου για φαγητό είναι φυσιολογική.
β Η όρεξή μου έχει ελαφρά αυξηθεί.
γ Αισθάνομαι πεινασμένος/η σχεδόν συνεχώς.
δ Αισθάνομαι πεινασμένος/η όλη την ώρα.
- 8.** α Δεν αισθάνομαι λύπη
β Αισθάνομαι λύπη και κατάθλιψη
γ Αισθάνομαι συνεχώς λύπη και κατάθλιψη και νιώθω αδυναμία να ξεφύγω απ' αυτό.
δ Αισθάνομαι τόσο δυστυχής και στις μαύρες μου που δε μπορώ να το αντέξω.
- 9.** α Δεν αισθάνομαι στεγνό το στόμα μου.
β Το στόμα μου είναι λίγο στεγνό.
γ Το στόμα μου είναι πολύ στεγνό.
δ Το στόμα μου είναι τόσο ενοχλητικά στεγνό, ώστε δυσκολεύομαι να μιλήσω.

- 10.** α Δε νιώθω να έχω αρκετή δύναμη και αντοχή.
β Έχω αρκετή ποσότητα δύναμης και αντοχής.
γ Έχω περισσότερη δύναμη και αντοχή από το μέσο όρο.
δ Είμαι γεμάτος/η δύναμη και ενέργεια.
-
- 11.** α Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος/η ή απογοητευμένος/η όσον αφορά το μέλλον.
β Αισθάνομαι απογοητευμένος/η για το μέλλον.
γ Νιώθω ότι δεν έχω τίποτα πια να περιμένω.
δ Αισθάνομαι απελπισία για το μέλλον, και πιστεύω ότι τα πράγματα δε μπορεί να καλυτερέψουν.
- 12.** α Δεν έχω δυσκολία να ανασάνω.
β Δυσκολεύομαι να πάρω μια βαθιά ανάσα.
γ Μερικές φορές έχω δυσκολία να ανασάνω.
δ Μερικές φορές είχα τόσο μεγάλη δυσκολία να ανασάνω που φοβήθηκα ότι θα πέθαινα.
-
- 13.** α Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η.
β Αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχημένος/η σε σχέση με το μέσο άνθρωπο.
γ Όσο θυμάμαι, η ζωή μου ήταν γεμάτη μόνο με αποτυχίες.
δ Αισθάνομαι πλήρως αποτυχημένος/η ως άνθρωπος.
-
- 14.** α Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
β Έχω λιγότερο ενδιαφέρον για τους άλλους απ' ότι είχα παλαιότερα.
γ Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντός μου για τους άλλους ανθρώπους και αισθάνομαι πολύ λίγα πράγματα γι' αυτούς.
δ Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους και δε νοιάζομαι καθόλου γι' αυτούς.
-
- 15.** α Τα χέρια μου είναι σταθερά.
β Τα χέρια μου τρέμουν λίγο, αλλά μπορώ να το ξεπεράσω όταν είμαι αποφασισμένος/η.
γ Τα χέρια μου αρχίζουν να τρέμουν όποτε χρειαστεί να τα χρησιμοποιήσω για να γράψω, να πιω κτλ.
δ Τα χέρια μου τρέμουν όλη την ώρα.
-
- 16.** α Νιώθω ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με ερεθίζουν ή με ενοχλούν.
β Αποδέχομαι τους άλλους όπως αυτοί είναι.
γ Τα πάω καλά σχεδόν με όλους.
δ Μου είναι πολύ εύκολο να τα πηγαίνω καλά με όλους.

- 17.** α Δε με ανησυχεί το θέμα της υγείας μου περισσότερο από το συνηθισμένο.
β Με ανησυχούν κάποιες ενοχλήσεις και πόνοι, ανακατωμένο στομάχι ή δυσκοιλιότητα.
γ Ανησυχώ τόσο πολύ με το πώς αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι, που μου είναι πολύ δύσκολο να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.
δ Ασχολούμαι μόνο μ' αυτά που αισθάνομαι και με τίποτε άλλο.
- 18.** α Έχασα πολύ λίγο ή καθόλου βάρος κατά τον τελευταίο μήνα.
β Έχασα περίπου ένα κιλό κατά τον τελευταίο μήνα.
γ Έχασα περίπου δύο κιλά κατά τον τελευταίο μήνα.
δ Έχασα παραπάνω από δύο κιλά κατά τον τελευταίο μήνα.
- 19.** α Ευχαριστιέμαι με διάφορα πράγματα, όπως συνέβαινε και παλιότερα.
β Δεν ευχαριστιέμαι με διάφορα πράγματα, με τον τρόπο που συνέβαινε παλιότερα.
γ Δύσκολα ευχαριστιέμαι κάτι πια.
δ Δε νιώθω να ευχαριστιέμαι απολύτως τίποτα πλέον.
- 20.** α Μπορώ να πάρω αποφάσεις το ίδιο καλά όπως και παλιότερα.
β Προσπαθώ να αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων.
γ Έχω μεγάλη δυσκολία στο να πάρω αποφάσεις.
δ Δε μπορώ να πάρω καμία απόφαση πλέον.
- 21.** α Δεν είμαι περισσότερο ευερέθιστος τώρα, σε σχέση με αυτό που ήμουν πάντα.
β Ενοχλούμαι ή τσαντίζομαι ευκολότερα απ' ότι στο παρελθόν.
γ Αισθάνομαι ενοχλημένος τον περισσότερο καιρό.
δ Δεν νοιάζομαι καθόλου για πράγματα που συνήθως με ενοχλούσαν παλιά.
- 22.** α Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος/η.
β Αισθάνομαι κακός/η ή ανάξιος/α ένα μεγάλο μέρος του χρόνου.
γ Νιώθω αρκετά ένοχος/η.
δ Αισθάνομαι συνεχώς ένοχος/η και ανάξιος/α.
- 23.** α Δε βάζω τα κλάματα περισσότερο απ' ότι συνήθως.
β Βάζω τα κλάματα περισσότερο απ' ότι παλιότερα.
γ Τώρα κλαίω συνεχώς και δε μπορώ να σταματήσω.
δ Παλιότερα μπορούσα να κλάψω, τώρα όμως δε μπορώ, παρότι θα το ήθελα πολύ.
- 24.** α Δε νιώθω ένταση ή πίεση στην καρδιά μου.
β Αισθάνομαι μια ελαφριά ένταση και πίεση στην καρδιά μου.
γ Νιώθω την καρδιά μου να κτυπά δυνατώτερα απ' ότι συνήθως.
δ Νιώθω έναν πόνο και πίεση στο μέρος της καρδιάς, η οποία κτυπά υπερβολικά δυνατά.

- 25.** α Δεν έχω αντιληφθεί να έχει αλλάξει τίποτα τώρα τελευταία όσον αφορά το ενδιαφέρον μου για το σεξ.
β Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ απ' ότi παλαιότερα.
γ Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα.
δ Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.
-
- 26.** α Δεν αισθάνομαι ότi με τιμωρούν.
β Νιώθω ότi κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί.
γ Αισθάνομαι ότi τιμωρούμαι ή ότi θα τιμωρηθώ.
δ Νιώθω ότi μου αξίζει να τιμωρηθώ.
-
- 27.** α Μπορώ να κοιμηθώ τόσο καλά όπως πάντα.
β Ξυπνώ περισσότερο κουρασμένος/η το πρωί απ' ότi παλαιότερα.
γ Ξυπνώ 1-2 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
δ Ξυπνώ πολύ νωρίς κάθε μέρα και δε μπορώ να συμπληρώσω πάνω από 5 ώρες ύπνο συνολικά.
-
- 28.** α Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.
β Είμαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.
γ Ο εαυτός μου με αηδιάζει.
δ Μισώ τον εαυτό μου.
- 29.** α Μπορώ να εργαστώ τόσο καλά όσο και πριν.
β Πρέπει να καταβάλλω παραπάνω προσπάθεια για να ξεκινήσω να κάνω κάτι.
γ Πρέπει να πιέσω τον εαυτό μου πάρα πολύ για να κάνω οτιδήποτε.
δ Δε μπορώ να κάνω απολύτως καμιά δουλειά.
-
- 30.** α Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τα περισσότερα πράγματα.
β Δεν παραπονιέμαι για το μέλλον μου
γ Όλα πάνε μια χαρά.
δ Το μέλλον φαίνεται να είναι υπέροχο.
-
- 31.** α Δεν αισθάνομαι ότi είμαι χειρότερος/η από οποιονδήποτε άλλο.
β Ασκώ κριτική στον εαυτό μου για αδυναμίες και λάθη.
γ Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου.
δ Κατηγορώ τον εαυτό μου για οτιδήποτε κακό συμβαίνει.
- 32.** α Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότi συνήθως.
β Κουράζομαι ευκολότερα απ' ότi παλιότερα.
γ Κουράζομαι χωρίς να κάνω σχεδόν τίποτα.
δ Αισθάνομαι τόσο κουρασμένος/η ώστε δε μπορώ να κάνω τίποτα.

- 33.** α Πηγαίνω να ουρήσω τόσο συχνά όσο και παλιότερα.
β Πηγαίνω για ούρηση συχνότερα αλλά η ποσότητα των ούρων είναι μικρότερη από παλιότερα.
γ Η ούρηση μου εμφανίζει δυσκολίες.
δ Μου είναι εξαιρετικά δύσκολο να ουρήσω.
- 34.** α Δε νιώθω η εμφάνισή μου να είναι χειρότερη από παλιότερα.
β Ανησυχώ για το ότι η εμφάνισή μου με δείχνει γέρο/γριά ή μη ελκυστικό/η
γ Αισθάνομαι ότι έχουν γίνει οριστικές αλλαγές στην εξωτερική μου εμφάνιση.
δ Νιώθω ότι είμαι άσχημος/η ή απωθητικός/η.
- 35.** α Το στομάχι μου λειτουργεί φυσιολογικά.
β Υποφέρω από δυσκοιλιότητα.
γ Το έντερό μου κινείται μόνο αν πάρω καθαρτικό.
δ Παρά τις διάφορες θεραπείες, το έντερό μου δεν κινείται.
- 36.** α Η όρασή μου είναι όπως ήταν πάντα.
β Αναγκάζομαι να ζορίσω τα μάτια μου για να διαβάσω.
γ Διαβάζω με πτοαργό ρυθμό τώρα, εξαιτίας προβλημάτων με την όρασή μου.
δ Αναγκάζομαι να κάνω συχνά διαλείμματα στο διάβασμα επειδή τα γράμματα θολώνουν.
- 37.** α Αισθάνομαι δυστυχισμένος/η τον περισσότερο καιρό.
β Που και που είμαι πεσμένος/η, αλλά τον περισσότερο καιρό αισθάνομαι καλά.
γ Νιώθω αρκετά καλά τον περισσότερο καιρό.
δ Ποτέ στη ζωή μου δεν αισθανόμουν καλύτερα.
- 38.** α Καταναλώνω την ίδια ποσότητα υγρών (νερό, αναψυκτικά) που κατανάλωνα και παλαιότερα.
β Δεν είναι σίγουρο ότι αυξήθηκε η ποσότητα υγρών που καταναλώνω.
γ Η ποσότητα υγρών που καταναλώνω σαφώς αυξήθηκε.
δ Αισθάνομαι συνέχεια δίψα, και η κατανάλωση υγρών που κάνω έχει αυξηθεί υπερβολικά.
- 39.** α Νιώθω τόσο χαλαρός/η όσο συνήθως.
β Αισθάνομαι λίγο περισσότερη ένταση απ' όσο συνήθως.
γ Μερικές φορές νιώθω ότι βρίσκομαι σε υπερένταση και έχω μεγάλη δυσκολία να χαλαρώσω.
δ Συνεχώς νιώθω ότι βρίσκομαι σε μεγάλη υπερένταση και έχω μεγάλη δυσκολία να χαλαρώσω.

- 40.** α Δεν αισθάνομαι ναυτία.
β Έχω ένα ελαφρύ αίσθημα ναυτίας αλλά δεν έκανα εμετό.
γ Έχω ένα δυσάρεστο αίσθημα ναυτίας αλλά δεν έκανα εμετό.
δ Έχω ένα δυσάρεστο αίσθημα ναυτίας και έκανα εμετό.
-
- 41.** α Δεν σκέφτομαι να κάνω κακό στον εαυτό μου.
β Νιώθω ότι θα ήταν καλύτερα να ήμουν νεκρός/η.
γ Κάνω συγκεκριμένα σχέδια για να αυτοκτονήσω.
δ Θα αυτοκτονούσα αν μου δινόταν η ευκαιρία.
-
- 42.** α Η μνήμη μου και η ικανότητά μου να συγκεντρωθώ σε κάτι είναι τόσο καλά όσο πάντα.
β Πρέπει να καταβάλλω προσπάθεια ώστε να θυμηθώ πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση.
γ Έχω την τάση να ξεχνώ πράγματα που άκουσα, διάβασα ή είδα στην τηλεόραση.
δ Μου είναι τόσο δύσκολο να συγκεντρωθώ, ώστε μου είναι δύσκολο να παρακολουθήσω τη ροή μιας γενικής συζήτησης ή την τηλεόραση.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΘΕΡΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ