

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΑΘΗΝΩΝ “Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ”»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΛΑΖΑΡΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ:
ΜΠΙΤΣΑΝΗ ΕΥΓΕΝΙΑ
ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ -----	1
Α) ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
<u>1. ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</u> -----	3
<u>2. ΤΟ ΣΤΡΕΣ</u>	
2.1. Ορισμοί του στρες-----	8
<i>α. Το στρες ως κίνητρο</i> -----	10
<i>β. Το στρες ως απόκριση</i> -----	10
<i>γ. Το στρες ως αλληλαντίδραση κινήτρου-απόκρισης</i> -----	10
2.2. Η θετική και αρνητική διάσταση του στρες -----	11
2.3. Πηγές του στρες -----	13
2.4. Οι επιπτώσεις του στρες -----	14
2.5. Η αντιμετώπιση του στρες -----	17
<u>3. ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ</u>	
3.1. Ορισμοί του εργασιακού στρες-----	20
3.2. Πηγές του εργασιακού στρες -----	21
3.3. Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες-----	24
<u>4. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURN OUT)</u>	
4.1. Ορισμοί του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)-----	25
4.2. Ενδείξεις της επαγγελματικής εξουθένωσης -----	28
4.3. Πηγές του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης -----	32
4.4. Οι επιπτώσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης -----	35
4.5. Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία -----	36
<u>5. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΟΜΑΝΙΑΣ</u>	



5.1. Οι επιπτώσεις της εργασιομανίας -----	38
--	----

6. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

6.1. Στρατηγικές αντιμετώπισης της εργασιομανίας -----	40
--	----

6.2. Στρατηγικές αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης -----	40
---	----

6.2.1. Προσωπικές στρατηγικές -----	41
-------------------------------------	----

6.2.2. Κοινωνικές και οργανωσιακές στρατηγικές -----	44
--	----

6.2.3. Στρατηγικές πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης -----	45
--	----

7. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

7.1 Η ιστορία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ.Γεννηματάς»-----	47
--	----

7.2. Αποστολή και ρόλος του Νοσοκομείου-----	48
--	----

7.3. Όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου-----	49
--	----

7.4. Οργανωτική δομή, διάρθρωση και αρμοδιότητες -----	50
--	----

7.5. Στελέχωση των υπηρεσιών-----	60
-----------------------------------	----

7.6. Η λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών του Νοσοκομείου-----	61
--	----

7.7. Το ανθρώπινο δυναμικό -----	61
----------------------------------	----

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός και στόχοι της έρευνας -----	68
-------------------------------------	----

8. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

8.1. Υλικό και μέθοδος -----	69
------------------------------	----

8.2 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων -----	72
---	----

9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

9.1 Η προσωπική και επαγγελματική προσωποτυπία των εργαζομένων του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού τομέα του Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς» -----	74
---	----

9.2. Ως προς τους παράγοντες πίεσης των εργαζομένων του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού τομέα του Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς»-----	82
---	----

9.3. Ως προς τους παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού τομέα του Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς» -----	100
--	-----

9.4. Συμπεράσματα έρευνας-----	113
<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u> -----	116
<u>ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u> -----	128
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u> -----	135

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το stress είναι ένας από τους δέκα κοινωνικούς καθοριστές της υγείας (WHO 1998, 2003). Στην έκδοση των Marmot M. και Wilkinson R.G, 1999 «The solid facts» αναφέρεται ότι οι στρεσογόνες καταστάσεις κάνουν τους ανθρώπους να αισθάνονται ανησυχία, άγχος και ανικανότητα να ανταπεξέλθουν και αυτό μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε πρόωρο θάνατο. Κοινωνικές και ψυχολογικές καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν μακροχρόνιο στρες. Το συνεχές άγχος, η ανασφάλεια, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη ελέγχου στην εργασία και στην ζωή στο σπίτι, έχουν ισχυρές επιπτώσεις στην υγεία.

Το εργασιακό στρες είναι το στρες που σχετίζεται με την εργασία. Οι ανησυχίες για τις επιπτώσεις που έχει το επάγγελμα στην υγεία αποτελούν μια πολύ συχνή αιτία για την οποία οι ασθενείς επισκέπτονται τους γιατρούς τους.

Σύμφωνα με πρόσφατη κλινική έρευνα που έγινε στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας, το 40% των ασθενών που ζητά ιατρική συμβουλή πιστεύουν ότι η ασθένεια τους ή οι άλλες ενοχλήσεις που παρουσιάζουν έχουν σχέση με το επάγγελμα τους. Το 13% των ασθενών είχαν αλλάξει την εργασία τους για λόγους υγείας. Ένα άλλο ποσοστό της τάξης του 20% έκανε τροποποιήσεις στον τρόπο εργασίας του στο ίδιο επάγγελμα για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας. Σε ποσοστό περίπου 70% το στρες ή οι φυσικές απαιτήσεις του επαγγέλματος χειροτέρευαν τα προβλήματα υγείας των εργαζομένων. Ακόμη μια προέκταση του προβλήματος είναι τα σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα που μεταφέρονται στο σπίτι από τους εργαζόμενους λόγω του έντονου στρες που μπορεί να βιώνουν στο χώρο εργασίας τους και το οποίο συχνά το μεταφέρουν στο σπίτι (www.medlook.net).

Σύμφωνα με έρευνα του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Εργασίας, η οποία αφορούσε 15.800 εργαζόμενους σε όλη την Ευρώπη, τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας που συνδέονται με την εργασία είναι οι πόνοι στην πλάτη, η εμφάνιση στρες και μυοσκελετικοί πόνοι στα πόδια και τα χέρια. Το ψυχολογικό στρες που υφίστανται είναι και το βασικότερο αίτιο της εμφάνισης πολλών από τις λεγόμενες ψυχοσωματικές ασθένειες. Τέτοιες είναι: το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, που παρουσιάζεται με ολοένα μεγαλύτερη συχνότητα, το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου

και άλλες γαστρεντερικές διαταραχές καθώς και αρρυθμίες ή άλλα καρδιολογικά προβλήματα. (www.health.gr/article)

η κορτιζόλη (Payne, 1999). προσωπικής επίτευξης.

Από τις έρευνες που διενεργήθηκαν από πλήθος επιστημόνων σχετικά με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο αποτελεί μορφή χρόνιου εργασιακού στρες, έχει γίνει γνωστό ότι κάποια επαγγέλματα (π.χ. γιατροί, εκπαιδευτικοί, αστυνομικοί, πιλότοι, ασφαλιστές, δικαστικοί) βρέθηκαν να είναι περισσότερο στρεσογόνα από άλλα (Jimmieson Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μια μορφή εργασιακού στρες. Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» εμφανίστηκε για πρώτη φορά στα μέσα της δεκαετίας του '70 στις Ηνωμένες Πολιτείες για να περιγράψει ένα σύνολο ψυχοσωματικών συμπτωμάτων υπερκόπωσης σε επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας. Από τότε ένας σημαντικός αριθμός ερευνητών στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη μελετά το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον ορισμό, τις ενδείξεις του, τις πηγές προέλευσης του, τις επιπτώσεις και τις στρατηγικές αντιμετώπισής του.

Σήμερα, ο όρος «σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης», χρησιμοποιείται ευρύτερα για να εκφράσει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών ψυχικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Το συγκεκριμένο σύνδρομο αφορά κυρίως τα επαγγέλματα φροντίδας. Σύμφωνα με τη Maslach η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις: α) την συναισθηματική εξάντληση, β) την αποπροσωποποίηση και γ) το αίσθημα μειωμένης, (2000)

Γενικότερα όμως, η επαγγελματική εξουθένωση παρατηρείται κατ' εξοχήν στους επαγγελματίες υγείας, εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης του επαγγέλματος τους και της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, καθώς και εξαιτίας των αντίξοων συνθηκών εργασίας που σχετίζονται με την οργάνωση και λειτουργία του εργασιακού χώρου όπως η σύγκρουση ρόλων, το ανθυγιεινό περιβάλλον, η έλλειψη αυτονομίας, η έλλειψη υποστήριξης, οι χαμηλές οικονομικές αποδοχές, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το ωράριο εργασίας (κυλιόμενο ωράριο, βάρδιες, εφημερίες).

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που προκαλούν πίεση καθώς και η διερεύνηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» και συγκεκριμένα στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, έτσι ώστε να γίνουν προσπάθειες για τη διαχείριση και την εξάλειψή τους μέσω των κατάλληλα σχεδιασμένων παρεμβάσεων.

Οι ειδικότεροι στόχοι της έρευνας ήταν:

- Ο εντοπισμός των παραγόντων που προκαλούν πίεση στους εργαζόμενους και η σύγκριση τους με τις τρεις κατηγορίες του προσωπικού (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό).
- Ο εντοπισμός των παραγόντων κάθε μιας από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ήτοι της συναισθηματικής εξάντλησης, των προσωπικών επιτευγμάτων και της αποπροσωποποίησης ανά κατηγορία προσωπικού (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό).
- Η σύγκριση των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις τρεις κατηγορίες του προσωπικού, προκειμένου να εντοπισθούν τυχόν διαφοροποιήσεις.
- Η εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων για τη μείωση και εξάλειψη των παραγόντων που προκαλούν πίεση και γενικότερα για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας.
- Η εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων για τη μείωση και εξάλειψη της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς».

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ανθρώπινο δυναμικό ή αλλιώς οι άνθρωποι πόροι αποτελούν σήμερα το πολυτιμότερο κεφάλαιο μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού και αυτό γιατί κάτω από τις σημερινές συνθήκες έντονου ανταγωνισμού ο παράγοντας που βοηθάει μια επιχείρηση να ξεχωρίσει είναι οι άνθρωποι της.

Ο πιο σημαντικός συντελεστής κάθε παραγωγικής διαδικασίας είναι ο ανθρώπινος παράγοντας. Αυτό ισχύει πολύ περισσότερο σε τομείς εντάσεως εργασίας όπως είναι οι υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα το Νοσοκομείο.

Η εργασία συνιστά το βασικό παραγωγικό συντελεστή των συστημάτων υγείας με αποτέλεσμα τόσο η επάρκεια όσο και η ποιοτική στάθμη του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει τις υπηρεσίες υγείας να συγκεντρώνει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η συνεισφορά του ανθρώπινου δυναμικού είναι ιδιαίτερα σημαντική κατά την παραγωγή και κατά τη διανομή των υγειονομικών φροντίδων, ενώ επιπρόσθετα συμβάλλει στην επίτευξη της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας κατά τη χρήση των πόρων υγείας(Τούντας, 2001).

Στη χώρα μας οι έντονες ανισορροπίες που χαρακτηρίζουν την οργάνωση και λειτουργία του υγειονομικού τομέα είναι εμφανείς και στην ανάπτυξη και κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού. Το κύριο χαρακτηριστικό είναι η υπερσυγκέντρωση των γιατρών στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης και η ελλιπής στελέχωση σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης στην επαρχία. Όσον αφορά στο νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις και ανεπάρκειες ως προς την εκπαιδευτική τους στάθμη, καθώς και αντίστοιχα προβλήματα ανισοκατανομής στις διάφορες περιφέρειες της χώρας (Τούντας, 2001).

Πάντως είναι αξιοσημείωτη η αύξηση που παρουσίασε η Ελλάδα αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας, το οποίο από 1,5% του ενεργού πληθυσμού στις αρχές της δεκαετίας του 1970, ανήλθε το 2000 στο 3,8%. Από αυτό το ποσοστό 28,6% είναι γιατροί και 29,8% νοσηλευτικό προσωπικό. Το μεγαλύτερο δε ποσοστό και των δύο παραπάνω κατηγοριών (72% των ειδικευμένων γιατρών και 89% του νοσηλευτικού δυναμικού) έχουν κάποιας μορφής εργασιακή σχέση με το δημόσιο τομέα υγείας και τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης (Τούντας, 2001).

Γενικά, ενώ ο όγκος του ιατρικού προσωπικού είναι εξαιρετικά υψηλός σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η προσφορά σε νοσηλευτικό, διοικητικό και παραϊατρικό προσωπικό είναι μικρή και σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Με δεδομένο τον μεγάλο αριθμό των γιατρών στη χώρα μας, διαπιστώνεται πως η κατανομή τους είναι δυσανάλογα υπέρ των μεγάλων αστικών κέντρων, με αποτέλεσμα να οξύνονται τα προβλήματα της ανεργίας του κλάδου και να προάγονται οι πρακτικές της υποαπασχόλησης. Ενδεικτικά στην Αθήνα αναλογούν σε κάθε γιατρό περίπου 160 κάτοικοι, όταν η αντίστοιχη αναλογία είναι στην Κοπεγχάγη 1/225, στη Στοκχόλμη 1/262 και στο Λονδίνο 1/469 (Τούντας, 2001).

Αντίστοιχη αύξηση παρατηρείται και στο νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει τα νοσοκομεία της χώρας με τη διαφορά όμως ότι οι ρυθμοί αύξησης του νοσηλευτικού προσωπικού στο σύνολό του είναι πιο αργοί σε σχέση με τους αντίστοιχους άλλων ευρωπαϊκών χωρών, ιδιαίτερα για τους διπλωματούχους νοσηλευτές/τριες. Έτσι όπως προκύπτει από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού με διετή τουλάχιστον εκπαίδευση και κατοίκων (10.000) είναι από τις χαμηλότερες της Ευρώπης παρά την αύξηση από 24,47 το 1980 σε 34,31 το 1990 (Τούντας, 2001).

Σύμφωνα με τον Τούντα, (2001) τα παραπάνω στοιχεία του ΟΟΣΑ ελέγχονται σε μεγάλο βαθμό ως ανακριβή, επειδή αναφέρονται μόνο σε άτομα με 2ετή τουλάχιστον εκπαίδευση και συνεπώς μειώνουν το συνολικό αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τον αριθμό των πρακτικών, οι οποίες ενδεικτικά για το 1993, αποτελούσαν το 19,4% του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετούσε στα νοσοκομεία της χώρας. Το πρόβλημα της άνισης περιφερειακής κατανομής και του χαμηλού ποσοστού των κατάλληλα εκπαιδευμένων νοσηλευτών/τριων στην Ελλάδα είναι εμφανές αφού το μισό περίπου νοσηλευτικό προσωπικό είναι συγκεντρωμένο στα νοσοκομεία της πρωτεύουσας, γεγονός βέβαια αναμενόμενο, λόγω της αντίστοιχης μεγάλης συγκέντρωσης των γιατρών, των κλινών και της υλικοτεχνικής υποδομής.

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτικού δυναμικού, οι διπλωματούχοι νοσηλευτές αποτελούν περίπου το 1/3 του συνολικού δυναμικού που στελεχώνει τα νοσοκομεία της χώρας, ενώ ο μεγάλος αριθμός των πρακτικών - ο οποίος δεν παρατηρείται σε καμία άλλη χώρα- οφείλεται στην έλλειψη αντιστοίχου εκπαιδευμένου προσωπικού με αναγνωρισμένο τίτλο σπουδών. Ο αριθμός των πρακτικών αρχίζει να μειώνεται μετά το 1986, γεγονός που ίσως να οφείλεται στο ότι οι θέσεις τους ήταν προσωποπαγείς και προοδευτικά καταργούνται.

Το πρόβλημα της στελέχωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας από νοσηλευτικό προσωπικό είναι τόσο ποιοτικό όσο και ποσοτικό, αφού υπάρχει αριθμητική έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού, κακή σύνθεση και ανισοκατανομή, που αντιστοιχεί στον γενικότερο υδροκεφαλισμό των υπηρεσιών υγείας στα αστικά κέντρα. Σχετική μελέτη που εκπονήθηκε από το 1992 έως το 1994 για την εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών της χώρας κατέληξε σε αποτελέσματα που αντανάκλουν το πρόβλημα της αδυναμίας τροφοδότησης του συστήματος με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό (Τούντας, 2001)

Στις άλλες κατηγορίες προσωπικού που στελεχώνουν τα νοσοκομεία (παραϊατρικό, διοικητικό, τεχνικό κλπ) παρατηρούνται εξίσου μεγάλες ανισότητες στην κατανομή τους στις διάφορες περιφέρειες. Το παραϊατρικό προσωπικό αποτελεί το 5,7% του ανθρώπινου δυναμικού, ενώ το ποσοστό για το διοικητικό είναι 5,8% και για το τεχνικό 15,6%.

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες η συνολική απασχόληση αυξήθηκε κατά 60% περίπου με την αύξηση των γιατρών να ξεπερνά το 50%. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η αναδιοργάνωση και αναβάθμιση των επαγγελματιών υγείας, δεδομένου ότι ένα σύστημα υγείας είναι εντάσεως εργασίας, το ανθρώπινο κεφάλαιο είναι ο καθοριστικός παράγοντας λειτουργίας του, αφού απορροφά το μεγαλύτερο μέγεθος των διατιθέμενων δαπανών (Τούντας, 2001).

Τα τελευταία χρόνια στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα.

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά στη λειτουργία των συστημάτων υγείας, στη λειτουργία υπηρεσιών υγείας και γενικότερα στην παροχή φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε τα τελευταία χρόνια η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς αλλά όλων των πελατών των υπηρεσιών υγείας στους οποίους περιλαμβάνονται εκτός από τους ασθενείς οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος και οι εργαζόμενοι που πρέπει να θεωρούνται ως εσωτερικοί πελάτες των υπηρεσιών (Τούντας, 2003).

Ερευνητές αλλά και στελέχη επιχειρήσεων θεωρούν ότι ήδη τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική συντελείται μια «επανάσταση ποιότητας» (Ξηροτύτη-Κουφίδου, 1997).

Στον τομέα της φροντίδας υγείας η ποιότητα έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και αποτελεί ένδειξη της έκτασης στην οποία οι υπηρεσίες υγείας ικανοποιούν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του τελευταίου (Παπανικολάου).

Ο καθηγητής Avendis Donabedian, καθηγητής στη σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας.

Σύμφωνα με τον Donabedian η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης (Τούντας, 2003).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει πως όταν οι εργαζόμενοι έχουν την ευκαιρία να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την εργασία τους είναι πιο παραγωγικοί και ικανοποιημένοι. Οι δυσαρεστημένοι εργαζόμενοι δεν παρέχουν το τέλειο επίπεδο φροντίδας που είναι απαραίτητο στα νοσοκομεία. Μια τέτοια δυσαρέσκεια οδηγεί σε αναποτελεσματική εργατική δύναμη, σε απουσίες από την εργασία που επιφέρουν κόστος (Metzger).

Τα αποτελέσματα μιας μελέτης επιβεβαίωσαν την υπόθεση υποδηλώνοντας ότι η αποξένωση είναι μεγαλύτερη όταν το κατώτερο προσωπικό δεν έχει τη δυνατότητα συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και ότι τα δύσκαμπτα γραφειοκρατικά συστήματα τείνουν να αυξάνουν τις απογοητεύσεις και την αποπροσωποποίηση στις σχέσεις μεταξύ συναδέλφων προκαλώντας έλλειψη πρωτοβουλιών.

Οι εργαζόμενοι είναι αυτοί που διασφαλίζουν την ποιότητα, δεδομένου ότι όπως υποστηρίζεται η διασφάλιση της είναι μια φιλοσοφία, η οποία στηρίζεται στις καλές ανθρώπινες σχέσεις και στις διαδικασίες μείωσης κόστους (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 1997).

Οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζουν σκληρές συνθήκες εργασίας που απαιτούν συνεχή ενεργητική και υπεύθυνη παρουσία. Για να αποδώσουν τα μέγιστα οι επαγγελματίες υγείας και να συμβάλλουν στην ποιότητα της φροντίδας υγείας θα πρέπει να υπάρχει το κατάλληλο περιβάλλον που να ευνοεί την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους και την ανάπτυξη της θέλησής τους. Η αρνητική διάθεση των εργαζομένων έχει επίπτωση στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Ο επαγγελματίας υγείας που πιέζεται, που βιώνει το στρες, που παρουσιάζει συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης δεν θα μπορεί να συνεισφέρει στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν επιχειρείται η εννοιολογική προσέγγιση του στρες, του εργασιακού στρες, της εργασιομανίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης, προσδιορίζονται οι πηγές τους, αναφέρονται οι συνέπειες καθώς και οι στρατηγικές αντιμετώπισής τους.

2. ΤΟ ΣΤΡΕΣ

2.1. Ορισμοί του στρες

Σύμφωνα με τον Roy Payne η λέξη στρες χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη διαδικασία που συμβαίνει όταν οι άνθρωποι βρίσκουν τους εαυτούς τους ανίκανους να ανταπεξέλθουν επαρκώς στις απαιτήσεις που τους ζητούνται. Κατά τη γενική έννοια αναφέρεται στη διαδικασία που εμπλέκει κάποιες καταστάσεις που είναι η αιτία για να σκεφτούν τα άτομα ότι είναι ανίκανα να τις αντιμετωπίσουν και αυτό έχει ως αποτέλεσμα αισθήματα άγχους, έντασης, ματαίωσης και θυμού που προέρχονται από την αναγνώριση ότι αυτά τα άτομα αποτυγχάνουν και η κατάσταση ξεφεύγει από τον έλεγχο τους.

Η έννοια του στρες είναι ευρεία, καθώς χρησιμοποιείται και από τους επιστήμονες και γενικά, για να περιγράψει την αλληλεπίδραση ενός ατόμου με το περιβάλλον. Η ιδέα της εξωτερικής περιβαλλοντικής αλλαγής που μπορεί να διαταράξει την εσωτερική σταθερότητα ενός ατόμου εμφανίζεται σε πρώιμη επιστημονική έκφραση στην εργασία ενός Γάλλου ψυχολόγου του Claude Bernard (1867, στο Maslach, 1989). Η επόμενη εργασία είναι του Αμερικανού ψυχολόγου Walter Cannon (1935, στο Maslach, 1989) που χρησιμοποίησε τον όρο *ομοιόσταση* για να αναφερθεί στο εσωτερικό επίπεδο ισορροπίας ως προς το στρες και στις αντιδράσεις που παράγουν τη συντριβή του ομοιοστατικού μηχανισμού.

Ωστόσο η σύγχρονη έννοια του στρες εμφανίζεται στην εργασία του Καναδού ενδοκρινολόγου Hans Selye γνωστού ως πατέρα του στρες. Υπέθεσε ότι το στρες είναι μια μη συγκεκριμένη σωματική απόκριση του οργανισμού απέναντι σε κάθε απαίτηση. Συμπέρανε ότι όταν τα ζώα και οι άνθρωποι εκτίθενται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος αντιδρούν με ένα μοντέλο σωματικών αποκρίσεων. Αυτές οι απαιτήσεις αναφέρονται ως

στρεσογόνοι παράγοντες. Ο Selye εννοιοποίησε τη μη συγκεκριμένη απόκριση στο στρες σε ένα Γενικό Σύνδρομο Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome) GAS τριών φάσεων. Η πρώτη φάση, η φάση της έγερσης, (Alarm) εμπλέκει κυρίως βιοχημικές αλλαγές στο σώμα, που συμβαίνουν όταν ένας στρεσογόνος παράγοντας αντιμετωπίζεται για πρώτη φορά. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάνουν αύξηση της αδρεναλίνης, αύξηση του καρδιακού παλμού και της πίεσης του αίματος και όλες οι αισθήσεις είναι σε εγρήγορση. Η δεύτερη φάση, η φάση της αντίστασης (Resistance), συμβαίνει όταν ο στρεσογόνος παράγοντας αντιμετωπίζεται με κάποιο τρόπο. Η τρίτη φάση, η φάση της εξουθένωσης (Exhaustion), συμβαίνει όταν η ενέργεια για αντίσταση στο στρεσογόνο παράγοντα εξαντλείται. Εξαιτίας της εξάντλησης των αποθεμάτων σε βιταμίνες, σάκχαρο, και πρωτεΐνες, από τις αποθήκες του σώματος, το άτομο εξουθενώνεται. Ο κύκλος GAS επαναλαμβάνεται σε μια καινούργια στρατηγική αντίστασης ή εάν δεν υπάρχει εναλλακτική στρατηγική, ο οργανισμός μπορεί και να πεθάνει. Τα κύρια γεγονότα σ' αυτό το Σύνδρομο προσαρμογής είναι ότι η πέψη επιβραδύνεται για να εκφορτίσει αίμα στους μύες, η αναπνοή αυξάνει τη προμήθεια σε επιπλέον οξυγόνο, το οποίο είναι η αιτία για την καρδιά να επιταχύνει, ν' ανέβει η πίεση του αίματος και οι μύες να προετοιμαστούν για δράση. Εάν οι μύες γίνουν πολύ ενεργείς, τότε αυξάνεται η εφίδρωση, για να βοηθήσει το δέρμα να κρυώσει. Αυτά τα αποτελέσματα βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του ορμονικού συστήματος και οι κύριοι διαμεσολαβητές που εμπλέκονται στην απόκριση στο στρες είναι η αδρεναλίνη, η νοραδρεναλίνη και

Η εργασία του Selye εστιάστηκε στη σωματική απόκριση απέναντι στο στρες. Πρόσφατες έρευνες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην ψυχολογική και κοινωνική απόκριση. Αυτή η επέκταση της έννοιας του στρες έχει ως αποτέλεσμα μια αναπαραγωγή νέων ορισμών του στρες.

Μολονότι το στρες είναι ένας όρος της καθομιλουμένης που χρησιμοποιείται και από τους επιστήμονες και από το κοινό, η σημασία του δεν είναι ξεκάθαρη. Υπάρχουν πάρα πολλοί ορισμοί που οι περισσότεροι κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: το στρες ως κίνητρο, το στρες ως απόκριση ή το στρες ως αλληλεπίδραση κινήτρου-απόκρισης (Maslach, 1989).

α. Το στρες ως κίνητρο

Στον ορισμό του κινήτρου, το στρες θεωρείται ότι είναι ένα χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος που είναι ενοχλητικό για ένα άτομο. Έτσι το στρες είναι μια εξωτερική δύναμη που έχει ως αποτέλεσμα μια αντίδραση της τάσης του ατόμου. Αυτός ο ορισμός του κινήτρου είναι ανάλογος με ένα μηχανικό ορισμό του στρες, σύμφωνα με τον οποίο το στρες είναι το φορτίο, ή η απαίτηση, που τοποθετείται σε ένα φυσικό υλικό (όπως μεταλλική ράβδος) και η τάση είναι η προκύπτουσα παραμόρφωση του υλικού. Εάν η τάση δεν ξεπεράσει τα όρια ελαστικότητας, το υλικό θα επιστρέψει στη φυσική του κατάσταση, όταν το στρες μετακινηθεί. Ωστόσο αυτός ο ορισμός έχει υποστεί κριτική, για την αδυναμία του να εξηγήσει τις ατομικές διαφορές στην απόκριση του ίδιου επιπέδου στρες και για την υπόθεση του ότι ένα περιβάλλον χωρίς απαιτήσεις είναι ένα ιδανικό περιβάλλον, διότι είναι ελεύθερο από στρες (Cox, 1978).

β. Το στρες ως απόκριση

Σ' αντίθεση με τον ορισμό του κινήτρου του στρες, ο ορισμός της απόκρισης θεωρεί ότι το στρες είναι ένα μοντέλο σωματικών και ψυχολογικών αντιδράσεων, όταν ένα άτομο που βρίσκεται υπό πίεση εκτίθεται σ' ένα δυσλειτουργικό περιβάλλον. Έτσι το στρες είναι μια εσωτερική απόκριση σ' έναν εξωτερικό στρεσογόνο παράγοντα.

Επίσης και αυτός ο ορισμός, όπως και στον ορισμό του κινήτρου, δεν εξηγεί καθαρά τις ατομικές διαφορές (Cox, 1978).

γ. Το στρες ως αλληλεπίδραση κινήτρου-απόκρισης

Η Τρίτη προσέγγιση εννοιοποίησης του στρες, συνδυάζει τις προσεγγίσεις του κινήτρου και της απόκρισης και ορίζει το στρες ως συνέπεια της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο περιβαλλοντικό κίνητρο και την ατομική απόκριση. Επιπλέον, εστιάζεται στη συνεχή σχέση ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον. Σ' αντίθεση με τις άλλες δύο προσεγγίσεις, αυτή η προσέγγιση της αλληλεπίδρασης αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει τις ατομικές διαφορές (Maslach, 1989).

2.2. Η θετική και αρνητική διάσταση του στρες

Οι περισσότερες συζητήσεις γύρω από το στρες δίνουν έμφαση στις αρνητικές του διαστάσεις. Το στρες θεωρείται ότι είναι μια ανησυχητική ή διασπαστική εμπειρία και ένα πρόβλημα, που χρειάζεται να λυθεί μέσω τεχνικών ελάττωσης ή διαχείρισης του στρες.

Ωστόσο, έχει και τις θετικές του πλευρές. Οι εξωτερικές απαιτήσεις μπορεί να είναι προκλήσεις μάλλον παρά απειλές και οι προκλήσεις μπορούν να κινητοποιήσουν τη δημιουργικότητα, να βελτιώσουν την απόδοση και να συμβάλουν σε προσωπικά οφέλη, όπως ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση. Ο διαχωρισμός ανάμεσα στις αρνητικές και θετικές όψεις του στρες αναγνωρίστηκε από το Seyle, ο οποίος χρησιμοποίησε τον όρο *distress* για να αναφερθεί στο «κακό» ή διασπαστικό στρες και *eustress* για να αναφερθεί στο «καλό» στρες που έχει θετικά αποτελέσματα.

Βασισμένος σε δεδομένα από μεγάλα δείγματα στη Σουηδία και τις ΗΠΑ ο Karasek έδειξε ότι η ψυχική υγεία, η ικανοποίηση από την εργασία και η ικανοποίηση από τη ζωή γενικά επέρχονται όταν υπάρχει συνδυασμός από δύο μεταβλητές: τις απαιτήσεις της δουλειάς και το βαθμό ελευθερίας στις αποφάσεις. Εργασίες που οι άνθρωποι εκλαμβάνουν ως υψηλών απαιτήσεων και μεγάλου βαθμού ελευθερίας αποφάσεων (*Active Jobs*) παράγουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης και θετικής ψυχικής υγείας. Αυτό το επίπεδο στρες ορίστηκε από τον Seyle ως *eustress*. Αυτό που όρισε ως *distress* σύμφωνα με το μοντέλο του Karasek προέρχεται από το συνδυασμό υψηλών απαιτήσεων και μικρού βαθμού ελευθερίας στις αποφάσεις (*High Strain Jobs*). Ο συνδυασμός των χαμηλών απαιτήσεων και μεγάλου βαθμού ελευθερίας στις αποφάσεις παράγει ένα σχετικά ελεύθερο από στρες περιβάλλον και οι άνθρωποι έχουν λιγότερο στρες και μεγαλύτερη ικανοποίηση (*Low Strain Jobs*). Αυτό που ο Karasek ονόμασε Παθητικές εργασίες (*Passive Jobs*) προέρχεται από το συνδυασμό χαμηλών απαιτήσεων και μικρού βαθμού ελευθερίας αποφάσεων και είναι αρκετά ολοφάνερο ότι τέτοιες δουλειές είναι αδύνατον να προσφέρουν ικανοποίηση, κάτι που με τη σειρά του οδηγεί σε φτωχή ψυχολογική υγεία. Οι μελέτες έδειξαν πως η ελευθερία στις αποφάσεις είναι η πιο σημαντική μεταβλητή (Payne, 1999).

Ο παρακάτω πίνακας (Πιν. 2.1) συνδυάζει τις έννοιες της διάρκειας και της δύναμης των στρεσογόνων παραγόντων που δείχνουν τις διαφορετικές ψυχολογικές επιπτώσεις που σχετίζονται με τα διαφορετικά επίπεδα. Όπως δείχνει ο πίνακας, υπάρχει πολύ περισσότερο ψυχολογικό στρες από το συνδυασμό αδύναμου στρεσογόνου παράγοντα /χαμηλής πίεσης και μακροχρόνιας έκθεσης σ' αυτόν. Πολλοί άνεργοι αντιμετωπίζουν αυτές τις καταστάσεις.

Πίνακας 2.1. «Μερικά ψυχολογικά αποτελέσματα των διαφορετικών καταστάσεων στρες».

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

ΕΥΡΟΣ ΔΥΝΑΜΗΣ ΣΤΡΕΣΟΓΟ ΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤ ΩΝ		ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕ ΣΜΑ	ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜ Α	ΜΑΚΡΟΠΡΟΘ ΕΣΜΑ
	Αδύναμο Χαμηλές απαιτήσεις	Πλήξη Ανησυχία λήθαργος	Νωθρότητα Χάσιμο κατεύθυνσης αίσθημα αβοήθητου	Τρόμος Απογοήτευση κατάθλιψη αίσθηση αποτυχίας αλλοτρίωση
	Μέτριο Προκλητι κές απαιτήσεις	Ξγρήγορη ζωντάνια ευχαρίστηση	Πρόκληση, απόλαυση ικανοποίηση αυτοαποτελεσματι κότητα	Επίτευξη, αίσθηση επάρκειας, υψηλή αυτοεκτίμηση
	Δυνατό Υπερβολι κές απαιτήσεις	Μεγάλη διέγερση, ένταση, έξαψη	Θυμός, φόβος, ανησυχία για το μέλλον, κούραση	Ανησυχία, κατάθλιψη, εξουθένωση, χάσιμο αυτοεκτίμησης

Πηγή: Roy Payne (1999) σελ. 7.

Εμπειρίες που έχουν στρες ελάχιστης μέχρι μεσαίας διάρκειας, που αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά, είναι συχνά εμπειρίες ανάπτυξης σύμφωνα και με τη δουλειά του Maslow (Maslow, 1963). Ο πίνακας απεικονίζει τη φύση των καταστάσεων που έχουν στρες και την ποικιλία των αντιδράσεων σ' αυτές που περιλαμβάνουν κάποιες που το λίγο στρες είναι πράγματι ωφέλιμο (Payne, 1999).

2.3. Πηγές του στρες

Ποιες είναι οι κύριες πηγές του στρες; Σύμφωνα με τη Maslach (1989), λαμβάνοντας υπόψη την προσέγγιση της αλληλεπίδρασης και θεωρώντας το στρες ως το αποτέλεσμα των εξωτερικών απαιτήσεων που εντείνουν την ικανότητα του ατόμου να αποκριθεί, η ερώτηση θα πρέπει να διερευνηθεί με όρους περιβαλλοντικών και προσωπικών πηγών.

A. Περιβαλλοντικές πηγές

Η Maslach (1989) μέσα από μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των περιβαλλοντικών πηγών του στρες αναφέρει ότι σε περιβαλλοντικό επίπεδο, το φυσικό κίνητρο έχει ταυτιστεί με πηγή στρες. Π.χ. το στρες συνδέεται με υψηλά επίπεδα θορύβου (Cohen & Weinstein, 1981) συνωστισμό (Epstein, 1981) ζέστη (Bell, 1981) και ατμοσφαιρική ρύπανση (Evans & Jacobs, 1981). Στις περισσότερες περιπτώσεις η προσοχή έχει εστιαστεί σε ακραία επίπεδα αυτών των παραγόντων και σε υπερδιέγερση, αλλά υπάρχει τεκμηρίωση ότι πάρα πολύ μικρή διέγερση είναι επίσης στρεσογόνος όπως στην περίπτωση της απομόνωσης ή της συναισθηματικής αποξένωσης (Suedfeld, 1981). Ωστόσο δεν είναι το επίπεδο του φυσικού κινήτρου που είναι το πιο σημαντικό στην παραγωγή στρες. Εάν το άτομο που αντιλαμβάνεται το κίνητρο έχει τη δυνατότητα ελέγχου, είναι πολύ πιθανόν να μην πιεσθεί.

Επιπρόσθετα με τις φυσικές όψεις του περιβάλλοντος, έχει δοθεί παρα πολύ προσοχή στα κοινωνικά γεγονότα ως πηγές στρες. Ο αρχικός εστιασμός ήταν στο στρες σε ακραίες καταστάσεις όπως στρατιωτική σύρραξη (Grinker & Spiegel, 1945), τραυματισμοί (Hamburg, Hamburg & de Gora, 1953). Οι ακραίες καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των φυσικών καταστροφών, της τρομοκρατίας και του πολέμου, ετύγχαναν μεγαλύτερης προσοχής από τους ερευνητές (Goldberger & Breznitz, 1982).

Εξαιτίας της έμφασης που δόθηκε σε έκτακτα γεγονότα, υπάρχει μια σχετική έλλειψη προσοχής σε χρόνιες, συνεχιζόμενες πηγές στρες. Τέτοιες χρόνιες εμπειρίες θα μπορούσαν να συμπεριλαμβάνουν καθημερινές διαμάχες (Lazarus, 1981), ψυχική πίεση, σύγκρουση γονέα-παιδιού και προβλήματα σχετιζόμενα με την εργασία (Pearlin & Lieberman, 1979).

Πάρα πολλές έρευνες ωστόσο, έχουν μετακινηθεί από τον εστιασμό σε ακραίες καταστάσεις προς μία αναζήτηση περισσότερο φυσιολογικών γεγονότων ζωής, όπως η άποψη ότι το στρες είναι αποτέλεσμα μικρών γεγονότων ζωής που εμπεριέχουν την αλλαγή ή την προσαρμογή και όσο μεγαλύτερη είναι η αλλαγή ή η προσαρμογή τόσο περισσότερο είναι το στρες (Holmes & Rahe, 1967).

«Αλλαγή ζωής» είναι κάθε γεγονός που απαιτεί μια τροποποίηση του ατομικού τρόπου ζωής (Holmes & Mosuda, 1974; Rahe, 1974). Αυτά τα γεγονότα μπορεί να είναι είτε θετικά είτε αρνητικά και μπορεί να συμβούν σε οποιοδήποτε τομέα της ζωής, συμπεριλαμβανομένου και του τομέα εργασία. Η Βαθμολογική Κλίμακα Κοινωνικής Αναπροσαρμογής (Social Readjustment Rating Scale) των Holmes & Rahe, 1967 είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για να μετρήσει το ποσό της αλλαγής που απαιτείται από τα γεγονότα της ζωής (Brief, Schuler, Van Sell, 1981, σελ.15).

Τόσο τα θετικά γεγονότα ζωής (π.χ. γάμος ή διακοπές) όσο και τα αρνητικά γεγονότα ζωής (π.χ. χάσιμο δουλειάς ή θάνατος συγγενούς) περιέχουν αλλαγή και παράγουν στρες. Γεγονότα που είναι αθέλητα, ανεπιθύμητα ή απρογραμμάτιστα (π.χ. σοβαρή ασθένεια, πρόωρος θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο, χάσιμο δουλειάς) συνδέονται περισσότερο με το στρες (Pearlin, 1982).

Στην κλίμακα αυτή τα γεγονότα που σχετίζονται με την εργασία είναι τα παρακάτω:

- Εξάντληση από την εργασία
- Αποχώρηση
- Αναπροσαρμογή εργασίας
- Αλλαγή υπευθυνοτήτων στην εργασία
- Αλλαγή σε μια διαφορετική θέση εργασίας
- Σπουδαία προσωπική επίτευξη
- Αλλαγή στις ώρες ή συνθήκες εργασίας
- Προβλήματα με τον προϊστάμενο

Φαίνεται ότι οι αλλαγές στον τομέα της εργασίας, σχετίζονται με αλλαγές στην ποιότητα ζωής και σε τελική ανάλυση με αντανάκλαση στην κατάσταση της υγείας. Οι Cooper & Marsall, 1976 αναφερόμενοι σε ευρήματα μελετών υποστηρίζουν ότι, υπάρχει αλληλοσυσχέτιση ανάμεσα στις αλλαγές στον τομέα της εργασίας, στο στρες και στην ψυχολογική καλή υγεία, με άλλες λέξεις, στην ποιότητα ζωής. Επιπρόσθετα, η πίεση του αίματος και άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με την, λόγω του επαγγέλματος, κακή υγεία, συνδέονται με πηγές στρες στην εργασία. Αυτά τα συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν τα επίπεδα χοληστερόλης, τον παλμό της καρδιάς, το κάπνισμα, την καταθλιπτική διάθεση, την κατανάλωση αλκοόλ, τη μη ικανοποίηση από την εργασία και την μειωμένη φιλοδοξία (Brief, Schuler, Van Sell, 1981, σελ.16-17).

B. Προσωπικές πηγές

Υπάρχουν πάρα πολλές προσεγγίσεις που διερευνούν το ρόλο του ατόμου στην εμπειρία του στρες. Μια προσέγγιση, διερευνά προσωπικά χαρακτηριστικά που κάνουν τους ανθρώπους περισσότερο ή λιγότερο επιδεκτικούς στο στρες (Spielberger, 1975). Επίσης έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο άτομο με μια προσωπικότητα Τύπου Α που τυπικά συμπεριφέρεται με ένα φιλόδοξο, επιθετικό, ανταγωνιστικό και ανυπόμονο τρόπο (Friedman & Roseman, 1974). Αυτό το μοντέλο συμπεριφοράς θέτει το άτομο σε μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιακής προσβολής. Μια άλλη προσέγγιση, εστιάζεται στις ατομικές διαφορές ως προς την απόκριση του ατόμου σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Οι άνθρωποι που έχουν προϋπάρχουσες αδυναμίες ίσως είναι πιθανόν να ανταποκρίνονται με κάποια μορφή ψυχιατρικής διαταραχής (Dohrenwend & Dohrenwend, 1981). Αυτές οι αδυναμίες μπορεί να προέρχονται από μια γενετική προδιάθεση, από εμπειρίες στην

παιδική ηλικία ή από οικογενειακές σχέσεις και μπορεί να εμπλέκουν άμυνες στις διαπροσωπικές δεξιότητες (Maslach, 1989).

Η μελέτη του Kobasa, (1979, αναφέρεται στο Maslach, 1989) αναφέρει ωστόσο, ότι οι άνθρωποι με μια ισχυρή προσωπικότητα είναι πιθανότερο να παραμείνουν υγιείς ακόμη και μετά από την εμπειρία ενός στρεσογόνου γεγονότος ζωής. Τρία είναι τα χαρακτηριστικά της ισχυρής προσωπικότητας: ο έλεγχος, η δέσμευση και η πρόκληση.

Μια διαφορετική προσέγγιση των προσωπικών παραγόντων, έχει εστιαστεί στις γνωσιακές διαδικασίες που διαμεσολαβούν στην αλληλεπίδραση ατόμου-περιβάλλοντος. Η γνωσιακή εκτίμηση αναφέρεται στις διαδικασίες, σύμφωνα με τις οποίες, τα άτομα αξιολογούν και κρίνουν τη σημασία μιας κατάστασης. Δύο τύποι εκτίμησης έχουν συζητηθεί, σύμφωνα με τον Lazarus (1966, αναφέρεται στο Maslach, 1989). Στην πρώτη εκτίμηση, το άτομο αποφασίζει εάν η απαίτηση μιας κατάστασης τον οφελεί ή του προκαλεί στρες και εάν του προκαλεί στρες, τότε ποια δράση καλείται να αναλάβει. Στη δεύτερη εκτίμηση, το άτομο αξιολογεί ποιες δυνάμεις είναι κατάλληλες για να αντιμετωπίσει τη στρεσογόνο κατάσταση. Το είδος της εκτίμησης μπορεί να έχει μεγάλη σημασία για την απόκριση ενός ατόμου στο στρες. Για παράδειγμα, το άτομο που εκτιμά μια συγκεκριμένη απαίτηση ως πρόκληση μπορεί να εργαστεί εντατικότερα ή αποτελεσματικότερα για να την αντιμετωπίσει, σε σχέση με το άτομο που εκτιμά την ίδια απαίτηση ως απειλή. Αυτή η γνωσιακή προσέγγιση μπορεί να εξηγήσει τις ατομικές διαφορές στην εμπειρία του στρες (Maslach, 1989).

2.4. Οι επιπτώσεις του στρες

Πώς αποκρίνονται τα άτομα στους στρεσογόνους παράγοντες; Σύμφωνα με το GAS, το στρες παράγει μια σειρά από αλλαγές στη σωματική λειτουργία. Βασικά, αυτές οι αλλαγές προετοιμάζουν τον οργανισμό για δράσεις (όπως μάχη ή φυγή), που είναι απαραίτητες για να αντιμετωπίσει τον εξωτερικό στρεσογόνο παράγοντα. Συσσωρεύεται ένταση στους μύες, η αδρεναλίνη αρχίζει να ρέει και ο καρδιακός παλμός επιταχύνεται με αποτέλεσμα το σώμα να χρειάζεται επιπλέον δύναμη και ενέργεια για να αντιμετωπίσει τις σωματικές απαιτήσεις. Ωστόσο, επειδή πολλοί στρεσογόνοι παράγοντες είναι εκ φύσεως ψυχολογικές παρά σωματικές απειλές, δεν υπάρχει η ανάγκη για αυτού του είδους τη

σωματική δράση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, οι σωματικές αλλαγές του GAS είναι ακατάλληλες και δυσπροσαρμοστικές, καθώς στην πράξη θα πρέπει να συνοδεύονται από συμπεριφορές (όπως το να μείνει κανείς ήρεμος ή το ν'ακούσει προσεκτικά), για μια αποτελεσματική αντιμετώπιση (Maslach, 1989).

Όταν η απόκριση στο στρες είναι δυσπροσαρμοστική, αυτό μπορεί μακροχρόνια να έχει ως αποτέλεσμα σωματική δυσλειτουργία ή «ασθένειες προσαρμογής» (Seyle, 1976). Για παράδειγμα, η αύξηση της αδρεναλίνης που συμβαίνει στο GAS παράγει αύξηση της πίεσης του αίματος, του καρδιακού παλμού και θρόμβωση του αίματος. Όλα αυτά, βοηθούν το άτομο να προστατευθεί από μια σωματική βλάβη, αλλά όταν η απειλή της βλάβης είναι απύσχα, τότε αυτά το μόνο που εξυπηρετούν είναι την αύξηση του κινδύνου στεφανιαίας νόσου. Απλά, διαταραχές όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, πονοκέφαλοι, πόνοι μέσης και δερματολογικά προβλήματα, ίσως και να είναι ασθένειες προσαρμογής. Η συνεχής διαδικασία προσαρμογής στους στρεσογόνους παράγοντες, ίσως προκαλεί αρκετή φθορά στο σώμα και σταδιακά το εξουθενώνει σε τέτοιο σημείο που αυτό αρρωσταίνει (Maslach, 1989).

Επιπρόσθετα με τις σωματικές συνέπειες, ένας αριθμός από ψυχολογικές συνέπειες συνδέεται με το στρες. Στο γνωσιακό επίπεδο, υπάρχει μια μείωση της προσοχής και αύξηση της στερεότυπης και άκαμπτης θέσης. Αυτή η διαδικασία έχει να κάνει με τη μνήμη, την επίλυση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων (Janis, 1982). Στο συναισθηματικό επίπεδο, οι κύριες αντιδράσεις είναι το άγχος, η καταθλιψη, η ματαιώση, ο θυμός. Αυτά τα συναισθήματα μπορούν να εκφραστούν μέσα από μια σειρά δυσλειτουργικών συμπεριφορών, όπως συστηματική χρήση ουσιών και αλκοόλ, διαταραχές διατροφής, επιθετικότητα ακόμη και αυτοκτονία (Maslach, 1989).

2.5. Η αντιμετώπιση του στρες

Ως δραστηριότητα αντιμετώπισης, θεωρείται κάθε προσπάθεια που καταβάλλεται για την επίλυση του προβλήματος μιας συγκεκριμένης κατάστασης. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι δραστηριοτήτων αντιμετώπισης που διαφέρουν ευρύτατα ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Μπορούν να διακριθούν σε δύο βασικές κατηγορίες: αντιμετώπιση εστιασμένη στο πρόβλημα και αντιμετώπιση εστιασμένη στο συναίσθημα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ‘Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ’»

Το εργασιακό στρες είναι το στρες που σχετίζεται με την εργασία. Οι ανησυχίες για τις επιπτώσεις που έχει το επάγγελμα στην υγεία αποτελούν μια πολύ συχνή αιτία για την οποία οι ασθενείς επισκέπτονται τους γιατρούς τους.

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» εμφανίστηκε για πρώτη φορά στα μέσα της δεκαετίας του '70 στις Ηνωμένες Πολιτείες για να περιγράψει ένα σύνολο ψυχοσωματικών συμπτωμάτων υπερκόπωσης σε επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας. Από τότε ένας σημαντικός αριθμός ερευνητών στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη μελετά το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τον ορισμό, τις ενδείξεις του, τις πηγές προέλευσης του, τις επιπτώσεις και τις στρατηγικές αντιμετώπισής του.

Σήμερα, ο όρος «σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης», χρησιμοποιείται ευρύτερα για να εκφράσει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών ψυχικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Το συγκεκριμένο σύνδρομο αφορά κυρίως τα επαγγέλματα φροντίδας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που προκαλούν πίεση καθώς και η διερεύνηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» και συγκεκριμένα στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, έτσι ώστε να γίνουν προσπάθειες για τη διαχείριση και την εξάλειψή τους μέσω των κατάλληλα σχεδιασμένων παρεμβάσεων.

(Lazarus, 1975). Στην εστιασμένη στο πρόβλημα αντιμετώπιση, το άτομο έρχεται κατευθείαν αντιμέτωπο με τον στρεσογόνο παράγοντα και προσπαθεί να μειώσει την επίπτωση του. Τέτοια παραδείγματα αντιμετώπισης συμπεριλαμβάνουν τη μάχη, τη φυγή, τις εναλλακτικές απόψεις και την πρόληψη μελλοντικού στρες. Στην εστιασμένη στο συναίσθημα αντιμετώπιση, ο σκοπός δεν είναι να αλλάξει ο στρεσογόνος παράγοντας, αλλά να αλλάξουν οι σκέψεις και τα συναισθήματα του ατόμου γι' αυτόν. Παραδείγματα αυτής της αντιμετώπισης είναι δραστηριότητες που μειώνουν την ψυχολογική πίεση όπως η χαλάρωση, γνωσιακές στρατηγικές, όπως φαντασιώσεις και ασυνείδητες διαδικασίες που αλλοιώνουν την πραγματικότητα (Maslach, 1989).

Διάφορες ψυχολογικές τεχνικές, γνωστές ως παρεμβάσεις διαχείρισης του στρες, έχουν αναπτυχθεί για να βοηθήσουν το άτομο να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά το στρες. Μια από τις πιο γνωστές και δημοφιλείς είναι η βιοανατροφοδότηση, στην οποία εκπαιδεύονται τα άτομα για να ελέγχουν τις ψυχολογικές τους αντιδράσεις στο στρες. (Shapiro & Surwit, 1979). Για παράδειγμα, η βιοανατροφοδότηση έχει χρησιμοποιηθεί για να μάθουν τα άτομα να ελαττώνουν την πίεση του αίματος και να χαλαρώνουν τους μύες. Μια άλλη προσέγγιση για τη διαχείριση του στρες, εμπλέκει γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες. Εδώ, ο σκοπός είναι να αλλάξει το άτομο τον τρόπο σκέψης του ως προς το στρες, αλλάζοντας τη γνωσιακή του εκτίμηση ή επαναδομώντας τα πιστεύω του για τον εαυτό του και τις ικανότητες του (Maslach, 1989).

Αν και οι άνθρωποι σκέφτονται την αντιμετώπιση του στρες ως μια προσωπική-ατομική απόκριση, υπάρχουν πολλά στοιχεία πως οι κοινωνικοί δεσμοί είναι ένας σημαντικός παράγοντας επιτυχούς αντιμετώπισης. Εάν έχουν ένα κοινωνικό δίκτυο από οικογένεια και φίλους, προς τους οποίους μπορούν να απευθυνθούν για να ζητήσουν βοήθεια, συμβουλή και συναισθηματική υποστήριξη θα είναι περισσότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν τις στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής Cobb, 1976, Pilisuk, 1982 (στο Maslach, 1989). Αντίθετα, οι άνθρωποι που είναι κοινωνικά απομονωμένοι και δεν έχουν ένα τέτοιο υποστηρικτικό σύστημα, είναι πολύ πιθανόν να βιώσουν περισσότερο στρες και να το αντιμετωπίσουν ανεπαρκώς.

3. ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ

3.1. Ορισμοί του εργασιακού στρες

Μετά την αναφορά στο στρες γενικότερα, θα εστιασθούμε στο στρες που σχετίζεται με την εργασία.

Όπως και στη γενική έννοια του στρες, έτσι και στην έννοια του εργασιακού στρες, υπάρχουν διαφωνίες σχετικά με τον ορισμό του ως κίνητρο ή ως απόκριση. Ωστόσο, η έμφαση στους περισσότερους εννοιολογικούς προσδιορισμούς έχει δοθεί στην αλληλεπίδραση ατόμου-περιβάλλοντος. Για παράδειγμα, το εργασιακό στρες έχει οριστεί ως «μια κατάσταση όπου οι σχετιζόμενοι με την εργασία παράγοντες αλληλεπιδρούν με τον εργαζόμενο, ώστε να αλλάξει (π.χ. να ελαττώσει ή να εντατικοποιήσει), τη σωματική ή ψυχολογική του κατάσταση, έτσι ώστε, το άτομο που πιέζεται να αποκλίνει από τη φυσιολογική του λειτουργία» όπως αναφέρουν οι Beehr & Newman (1978, σελ. 670 στο Maslach 1989) και όπως κάθε χαρακτηριστικό του εργασιακού περιβάλλοντος, θέτει μια απειλή για το άτομο.

Σύμφωνα με νεότερο ορισμό, υπάρχουν δύο τύποι απειλής: περιβαλλοντικές απαιτήσεις, που το άτομο δεν μπορεί να αντιμετωπίσει και ανεπαρκείς περιβαλλοντικές συνθήκες για να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες του ατόμου. Και στις δύο περιπτώσεις, υπάρχει ένας κακός ή ελλειπής συνδυασμός μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος (French, Rogers & Cobb, 1974).

Σύμφωνα μ' έναν άλλο ορισμό, το εργασιακό στρες θεωρείται μια δυναμική κατάσταση, στην οποία ο εργαζόμενος αισθάνεται αβέβαιος ως προς τον τρόπο που πρέπει να συμπεριφερθεί, ενώ ταυτόχρονα, γνωρίζει ότι μια επιτυχημένη απόφαση του θα επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα. Δηλαδή, εργασιακό στρες υπάρχει κάθε φορά που το άτομο αντιμετωπίζει μια κατάσταση που περικλύει αβεβαιότητα και η οποία, έχει άμεση σχέση με κάτι το πολύ σημαντικό για το συγκεκριμένο άτομο (Σ. Ξηροτύρη-Κουφίδου, 1997).

3.2. Πηγές του εργασιακού στρες

Η εμπειρία του εργασιακού στρες συνδέεται με πάρα πολλούς παράγοντες, κάποιιοι από τους οποίους βρίσκονται στο φυσικό ή κοινωνικό περιβάλλον και κάποιιοι άλλοι στο ατομικό επίπεδο.

A. Περιβαλλοντικές πηγές

Πολλοί φυσικοί παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος έχουν θεωρηθεί ως αιτίες του στρες. Τέτοιοι παράγοντες είναι ο θόρυβος, η υπερβολική ζέστη ή το κρύο, η ατμοσφαιρική ρύπανση και οι χρόνιοι κίνδυνοι, στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι, με συνέπεια κάποιες φορές να χάνουν τη ζωή τους η κάποιο μέλος του σώματος τους (Holt, 1982). Αυτοί οι φυσικοί παράγοντες, έχουν συχνά περιγραφεί ως στρεσογόνοι παράγοντες των μπλέ κολλάρων, γιατί είναι πλέον χαρακτηριστικοί σ' αυτούς τους τύπους απασχόλησης (Poulton, 1978).

Μια άλλη κατηγορία περιβαλλοντικών παραγόντων εμπλέκει τη δομή της εργασίας αυτήν καθ'εαυτήν. Σε έρευνα των Tasto & Colligan (1978, στο Maslach 1989), αναφέρεται ότι, οι μη συγκεκριμένες ώρες εργασίας είναι ένας τέτοιος στρεσογόνος παράγοντας, που διαταράσσει τη φυσιολογική λειτουργία και τις κοινωνικές σχέσεις. Η εργασία που χαρακτηρίζεται από ένα μηχανικό τρόπο εκτέλεσης και συχνά μεγάλη μονοτονία, είναι επίσης, άλλος ένας δομικός στρεσογόνος παράγοντας (Murphy & Hurrell, 1980). Ο φόρτος εργασίας, είναι επίσης ένας σχετικός δομικός παράγοντας (Maslach, 1989).

Στον παρακάτω πίνακα(Πίν. 3.1.), απεικονίζονται οι συνθήκες που συνδέονται ιδιαίτερα με τη δημιουργία εργασιακού στρες.

Πίνακας 3.1. Συνθήκες που συνδέονται με τη δημιουργία εργασιακού στρες

ΡΟΛΟΙ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Υποτίμηση του ρόλου	Ποσοτική υπερ-υπο- απασχόληση
Σύγκρουση ρόλων	Ποιοτική » »
Ελάχιστη υποστήριξη από τη διοίκηση	Πίεση χρόνου
Θέσεις διοικητικών στελεχών	Υπευθυνότητα για ανθρώπους ή αντικείμενα
	Ρυθμός εργασίας (ταχύτητα)
	Μη εξασφαλισμένη απασχόληση
ΣΧΕΣΕΙΣ	ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ
Σχέσεις με ανωτέρους	Έλλειψη συμμετοχής
Σχέσεις με υφισταμένους	Έλλειψη αίσθησης ότι το άτομο ανήκει κάπου
Σχέσεις με συναδέλφους	Ανεπαρκής επικοινωνία
Αδυναμία εξουσιοδότησης	Περιορισμοί συμπεριφοράς
ΦΥΣΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	Έλλειψη ευκαιριών
Θερμοκρασία, θόρυβος, φωτισμός	Μη δίκαιο σύστημα αμοιβής και αξιολόγησης
Κατανομή του χώρου	Ώρες εργασίας
Έλλειψη δυνατότητας απομόνωσης	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ
Έλλειψη ασφάλειας	Δυσαρμονία γοήτρου
	Υποβιβασμός
ΑΛΛΑΓΗ	Προαγωγή ανώτερη των δυνατοτήτων του ατόμου
Οργανωσιακή αλλαγή	Βαθμιαία μη χρησιμοποίηση των γνώσεων του εργαζόμενου
Ατομική αλλαγή	

Πηγή: Schuler, R. (1981), Personnel and Human Resource Management, West Publ. Co. σελ. 473

Οι συνθήκες εργασίας ή ο ρόλος του ατόμου στην εργασία, μπορούν να είναι μια κύρια πηγή εργασιακού στρες. Δύο σχετιζόμενοι με το ρόλο παράγοντες, έχουν μελετηθεί εκτενώς από τους ερευνητές: η αμφισβήτηση του ρόλου και η σύγκρουση ρόλου.

Όπου υπάρχει αμφισβήτηση ρόλου, υπάρχει έλλειψη σαφήνειας του εργασιακού ρόλου. Ο εργαζόμενος έχει ανεπαρκή πληροφόρηση για τους στόχους και τις υπευθυνότητες της εργασίας του και των προσδοκιών των συνεργατών του. Σύγκρουση ρόλου υπάρχει, όταν ο εργαζόμενος βρίσκεται ανάμεσα σε ανταγωνιστικές απαιτήσεις ή έρχεται αντιμέτωπος με το να κάνει πράγματα που δε θέλει να κάνει. Οι εργασιακοί ρόλοι που βρίσκονται στα όρια (π.χ. μεταξύ των τμημάτων ή μεταξύ του οργανισμού και του κοινού) συχνά χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη σύγκρουση ρόλων (Miles, 1980).

Ένας άλλος στρεσογόνος παράγοντας ρόλου έχει να κάνει με τον τύπο της υπευθυνότητας, σύμφωνα με τον Cobb (1973, στο Maslach, 1989). Οι εργαζόμενοι που είναι υπεύθυνοι για ανθρώπους (πελάτες ή ασθενείς), βιώνουν περισσότερο στρες από τους εργαζόμενους που είναι υπεύθυνοι για πράγματα. Το στρες επίσης, σχετίζεται με τον εργασιακό ρόλο που περιέχει περιορισμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, σύμφωνα με τις μελέτες των French & Caplan, 1973, Margolis, Kroes & Quin, 1974 (στο Maslach, 1989).

Οι σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων σ' ένα εργασιακό καθεστώς, μπορεί να αποτελούν πηγή στρες όπως επίσης και πηγή υποστήριξης. Μολονότι, λίγες έρευνες έχουν γίνει προς αυτήν την κατεύθυνση, υπάρχουν κάποια στοιχεία που δείχνουν πως οι ελλειμματικές σχέσεις με το διευθυντή ή τους συνεργάτες, σχετίζονται με αρνητική εκτίμηση της εργασίας (Argyris, 1964). Επίσης, ελλειμματικές σχέσεις με την ευρύτερη κοινότητα, μπορεί να είναι σημαντικοί στρεσογόνοι παράγοντες (Maslach, 1982a).

Άλλοι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονται με αλλαγές στην εργασιακή κατάσταση, όπως το να χάσει κάποιος τη δουλειά του ή το να είναι άνεργος ή να μεταφερθεί ο τόπος εργασίας του ή να μετακινηθεί στην εργασία του ή ν' αλλάξει υπευθυνότητες.

B. Προσωπικές πηγές

Υπάρχουν ατομικές διαφοροποιήσεις ως προς την απόκριση των ατόμων στους περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες. Έτσι, οι ερευνητές έχουν αναζητήσει προσωπικά χαρακτηριστικά, που αυξάνουν τον κίνδυνο του εργαζόμενου να βιώσει το

στρες. Οι περισσότερες έρευνες έχουν εστιαστεί στον παράγοντα της προσωπικότητας και συγκεκριμένα στην προσωπικότητα Τύπου Α (Friedman & Rosenman, 1974). Όπως αναφέρθηκε, το μοντέλο συμπεριφοράς Τύπου Α χαρακτηρίζεται από ισχυρά ορμώμενη ανταγωνιστικότητα, επιθετικότητα και επιμονή, χαρακτηριστικά τα οποία ενθαρρύνονται και επιβραβεύονται σε πολλές θέσεις απασχόλησης. Έτσι, η προσωπικότητα Τύπου Α, ίσως δεν είναι τόσο ένα ατομικό χαρακτηριστικό, όσο ένα βιωματικό στυλ απόκρισης. Σε άλλη περίπτωση, η συσχέτιση του με στεφανιαία νόσο της καρδιάς, το καθιστά μια μάλλον δυσλειτουργική συμπεριφορά. Άλλοι παράγοντες, που μπορούν να κινητοποιήσουν το βίωμα του στρες, είναι όταν ο εργαζόμενος που έχει μεγάλη ανάγκη από σαφήνεια και δομή και μικρή ανοχή της αμφισβήτησης, βρει τις συνθήκες της αμφισβήτησης του ρόλου πιο στρεσογόνες από κάποιον άλλον που έχει λιγότερο αυτή την ανάγκη. Αλλά, ο εργαζόμενος με μεγάλη αυτοεκτίμηση, θα αισθανθεί λιγότερο απειλημένος από τις απαιτήσεις της εργασίας (Maslach, 1989).

3.3. Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες

Πολλές έρευνες, έχουν προσπαθήσει να εκτιμήσουν τις επιπτώσεις του εργασιακού στρες στην υγεία του εργαζόμενου, τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική. Με όρους σωματικής υγείας, ο κύριος εστιασμός είναι στη στεφανιαία νόσο, που είναι κύρια αιτία θανάτου στις ΗΠΑ. Ο βαθμός θνησιμότητας, που διαφέρει ανάλογα με την απασχόληση και το διαφορετικό επίπεδο εργασιακού στρες, ίσως είναι επεξηγηματικός παράγοντας. Το εργασιακό στρες, έχει συνδεθεί με την εξασθένηση της καλής ψυχολογικής υγείας, καθώς ανταναικλάται στην παρουσία της κατάθλιψης, της μη ικανοποίησης, της ανησυχίας, της έντασης και της χαμηλής αυτοεκτίμησης. Το εργασιακό στρες συνδέεται με την αυξημένη χρήση αλκοόλ και ουσιών. Έρευνες σχετικά με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δείχνουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις εργασιακές ομάδες που τις χρησιμοποιούν. Σύμφωνα με τους Colligan, Smith & Hurrell (1977, στο Maslach, 1989), οι άνθρωποι που απασχολούνται σε υπηρεσίες που σχετίζονται με τον άνθρωπο, χρησιμοποιούν περισσότερο αυτές τις υπηρεσίες. Αυτό δείχνει το σημαντικό ρόλο των διαπροσωπικών στρεσογόνων παραγόντων. Αν και υπάρχει η πεποίθηση ότι, το εργασιακό στρες οδηγεί σε μειωμένη εργασιακή απόδοση, λίγες έρευνες υπάρχουν πάνω σ' αυτό το θέμα. Από τις μελέτες των Mangione & Quinn, (1975, στο Maslach, 1989) υπάρχουν κάποια στοιχεία ωστόσο, που συνδέουν το εργασιακό στρες μισυμπεριφορές, όπως την καταστροφή των εργαλείων δουλειάς ή τις κλοπές από τον εργασιακό χώρο.

4. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURN OUT)

4.1. Ορισμοί του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)

Η επαγγελματική εξουθένωση, είναι ένας τύπος εργασιακού στρες στον οποίο έχει δοθεί μεγάλη προσοχή τα τελευταία χρόνια.

Αυτό που είναι κοινό για την επαγγελματική εξουθένωση, είναι ότι εμφανίζεται ως μια απόκριση στις χρόνιες πηγές συναισθηματικού και διαπροσωπικού στρες στην εργασία. Η επαγγελματική εξουθένωση, είναι ένα συγκεκριμένο πρόβλημα για τους επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα και όπου, η παροχή της φροντίδας συχνά συμβαίνει κάτω από συναισθηματικά φορτισμένες συνθήκες.

Το να βοηθάς άλλους ανθρώπους έχει αναγνωρισθεί ως ένας εξαιρετικός σκοπός, όπου τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο συναισθηματικό κόστος της επίτευξης αυτού του σκοπού.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης περιέγραψε για πρώτη φορά ο Herbert Freudenberger, ο οποίος ως ψυχίατρος, παρατήρησε πως οι εθελοντές που εργάζονταν με εθισμένους σε ουσίες, βίωναν μια σταδιακή μείωση της ενέργειας τους και χάσιμο του κινήτρου, τα οποία συνοδεύονταν και από άλλα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Αυτή τη συγκεκριμένη κατάσταση της εξάντλησης, την ονόμασε «επαγγελματική εξουθένωση». Ανεξάρτητα, και την ίδια περίοδο, η Christina Maslach, μια κοινωνική ψυχολόγος-ερευνήτρια, μελέτησε τους τρόπους με τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν συναισθηματικές πιέσεις στην εργασία και παρατήρησε ότι, πολλοί επαγγελματίες ήταν συναισθηματικά εξαντλημένοι, είχαν αναπτύξει αρνητική αντίληψη για τους ασθενείς τους και βίωναν μια κρίση ως προς την επαγγελματική τους επάρκεια (Schaufeli, 1999).

Αμέσως μετά την ανακάλυψη του, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, έγινε ένα δημοφιλές θέμα. Περισσότερες από 5.500 δημοσιεύσεις και περί τις 1.000 εμπειρικές μελέτες εκπονήθηκαν, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να αναφέρονται 34% στους επαγγελματίες υγείας και 27% στους δάσκαλους (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Από την ιστορία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης εξάγονται τρία συμπεράσματα. Πρώτον, ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ανέκυψε ως ένα κοινωνικό πρόβλημα και όχι ως μια νοητική κατασκευή. Δεύτερον, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται με τα άτομα που εργάζονται σε ανθρωπιστικές υπηρεσίες. Τρίτον, δύο διαφορετικές προσεγγίσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης αναπτύχθηκαν και συνυπάρχουν περισσότερο ή λιγότερο ανεξάρτητα: μια κλινική προσέγγιση από τον Freudenberger και μια ερευνητική από την Maslach. (W. Schaufeli, 1999).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής επίτευξης που συμβαίνει μεταξύ των ατόμων που εργάζονται με ανθρώπους (Maslach et al, 1996).

Η συναισθηματική εξουθένωση, αναφέρεται σε συναισθήματα που νοιώθει κάποιος, όταν έχει υπερεπενδύσει συναισθηματικά στην επαφή του με άλλους ανθρώπους και έχει εξουθενωθεί. Καθώς τα συναισθηματικά αποθέματα μειώνονται, αισθάνεται ότι δεν είναι πλέον ικανός να δώσει από τον εαυτό του στους άλλους. Όπως το έθεσε ένας επαγγελματίας, «δεν είναι ότι δε θέλω να βοηθήσω αλλά δε μπορώ, φαίνεται ότι έχω κουραστεί να συμπάσχω» (Cozens & Payne, 1999).

Η αποπροσωποποίηση, αναφέρεται στη χωρίς συναίσθημα απόκριση στους ανθρώπους, συχνά στους λαμβάνοντες φροντίδα. Αυτή η αρνητική διάθεση ίσως μεταφράζεται σε αγένεια, έλλειψη ευαισθησίας ή ακόμη και ακατάλληλη συμπεριφορά προς τους πελάτες καθώς και απόσυρση.

Η επικράτηση αυτής της αρνητικής διάθεσης προς τους πελάτες των εργαζομένων σε υπηρεσίες που σχετίζονται με τους ανθρώπους, είναι αρκετά τεκμηριωμένη Wills, (1978 στο Maslach, 1989).

Η μειωμένη προσωπική επίτευξη, αναφέρεται στη μειωμένη αίσθηση πληρότητας και επιτυχούς επίτευξης που έχει κάποιος στην εργασία του με ανθρώπους και που μπορεί στη συνέχεια, να αναπτύξει πιο ακραία συναισθήματα όπως της ανεπάρκειας, της αποτυχίας, της απώλεια της αυτοεκτίμησης ακόμη και κατάθλιψη (Maslach, 1989).

Αν και η πολυδιάσταση αυτή έννοια του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η επικρατούσα, υπάρχουν ωστόσο αρκετοί ορισμοί στη συνεχιζόμενη έρευνα.

Έτσι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει οριστεί ως:

- μια διαδικασία, όπου η διάθεση και συμπεριφορά του επαγγελματία αλλάζει και γίνεται ένας αρνητικός τρόπος απόκρισης (Chemiss, 1980 a)
- μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης που χαρακτηρίζεται από σωματική εξάντληση, από συναισθήματα απελπισίας και έλλειψης βοήθειας, από συναισθηματικό στράγγισμα, από την ανάπτυξη αρνητικής αντίληψης για τον εαυτό και αρνητική διάθεση προς την εργασία, τη ζωή και τους άλλους ανθρώπους (Pines, Aronson & Kafry, 1981)
- μια σταδιακή απώλεια του ιδεαλισμού, της ενέργειας και του σκοπού που βιώνουν οι άνθρωποι που εργάζονται στα επαγγέλματα βοήθειας, ως αποτέλεσμα των συνθηκών εργασίας τους (Edelwich & Brodsky, 1980) και
- να εξουθενώνεται κάποιος, να εξαντλεί τα σωματικά και ψυχικά του αποθέματα (Freudenberg & Richelson, 1980).

Όλοι αυτοί οι ορισμοί έχουν αρκετά κοινά στοιχεία. Υπάρχει μια γενική συμφωνία ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μια αρνητική εσωτερική ψυχολογική εμπειρία. Περαιτέρω, όλοι αυτοί οι ορισμοί, αναφέρουν τουλάχιστον μια από τις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου (Maslach, 1982b).

Μολονότι υπάρχει αυτή η γενική συμφωνία ως προς το τι είναι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, υπάρχει λιγότερη ομοφωνία ως προς το που οφείλεται, τι συμβαίνει και υπάρχει αυτό ως αποτέλεσμα και τι θα μπορούσε να γίνει. Ωστόσο, υπάρχουν ακόμη πολλά που δεν ξέρουμε για το φαινόμενο όπως π.χ. τι ποσοστό ανθρώπων βιώνει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, πόσο συχνά και για πόσο καιρό (Maslach, 1989).

Το ότι έγινε δημοφιλές το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, οφείλεται στο γεγονός ότι, το πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης- Maslach Burn out Inventory (MBI)- συνδυάζει τις τρεις διαστάσεις που συμπεριλαμβάνονται στον ορισμό της Maslach. Επειδή το MBI είναι το εργαλείο μέτρησης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο ορισμός του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει γίνει συνώνυμος με ότι μετράει το MBI (Schaufeli, 1999).

Επίσης, οι Maslach & Leiter σε μια ερευνά τους, διαπίστωσαν ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν είναι μόνο θέμα αδυναμίας ή αδιάφορης στάσης του κάθε εργαζόμενου. Ορίζεται περισσότερο σαν πρόβλημα του κοινωνικού περιβάλλοντος του χώρου εργασίας, που προκύπτει από υπερβολικά λανθασμένο συνδυασμό μεταξύ της φύσης του ανθρώπου που κάνει μια εργασία και της φύσης της ίδιας της εργασίας. Όσο μεγαλύτερος είναι ο λανθασμένος αυτός συνδυασμός, τόσο αυξάνεται και η εκδήλωση του συνδρόμου. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, οι κύριοι λανθασμένοι συνδυασμοί συνοψίζονται ως εξής:

- Υπερβολικό επαγγελματικό πρόγραμμα
- Έλλειψη ελέγχου: Η μείωση του κόστους έχει γίνει προτεραιότητα, σε σχέση με τις ανάγκες των πελατών ή των εργαζόμενων.
- Διάρρηξη της συνοχής της εργασιακής κοινότητας
- Άδικη αντιμετώπιση των εργαζόμενων
- Σύγκρουση αξιών: Η ανάληψη από τον εργαζόμενο εργασιών που συγκρούονται με τις προσωπικές αξίες του ή είναι εκτός επαγγελματικής δεοντολογίας, έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται η πίστη του στην αξία της εργασίας που κάνει (Maslach , Leiter 1997).

4.2. Ενδείξεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι Edelwich & Brodsky (1980), με δεδομένο ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά στον επαγγελματία, αλλά ακολουθεί μια εξελικτική πορεία, περιέγραψαν λεπτομερώς τα στάδια ανάπτυξης του συνδρόμου όπως αναφέρονται παρακάτω:

1. Το στάδιο του ενθουσιασμού. Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας υγείας που είναι στην αρχή της καριέρας του, είτε εισέρχεται για πρώτη φορά στο σύστημα υγείας, έχει μη ρεαλιστικές προσδοκίες, υψηλούς στόχους και επενδύει υπερβολικά στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς και τους συναδέλφους του. Χαρακτηριστικά, ο επαγγελματίας μέσα από το χώρο της δουλειάς, προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και για αυτό το λόγο αφιερώνει πολύ χρόνο και ενέργεια στην εργασία του.

2. *Το στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας.* Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας διαπιστώνει ότι, το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και τις ανάγκες του και απογοητεύεται. Αρχικά, νομίζει ότι εάν δουλέψει πιο εντατικά θα καλύψει αυτό το κενό και έτσι αφιερώνει ακόμη περισσότερο χρόνο στη δουλειά του, παρακολουθεί σεμινάρια και προγράμματα κατάρτισης, ενώ παράλληλα συνειδητοποιεί ότι η εργασία του δεν είναι ικανή να καλύψει τα κενά της προσωπικής του ζωής. Έτσι από-ιδανικοποιεί τη συγκεκριμένη εργασία και ταυτόχρονα αρχίζει να παραπονιέται για πράγματα που στην αρχή δεν τον απασχολούσαν.

3. *Το στάδιο της απογοήτευσης και της ματαιώσης.* Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας αισθάνεται ότι κάνει μια εργασία που του δημιουργεί πολύ άγχος και πιστεύει ότι οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο. Έτσι από τη μια μεριά νιώθει απογοητευμένος βλέποντας τις προσπάθειες του να είναι μάταιες, ενώ από την άλλη αρχίζει να αμφισβητεί τις προσωπικές του ικανότητες. Η φάση αυτή είναι μεταβατική, γιατί ο επαγγελματίας αναθεωρεί τους ρεαλιστικούς του στόχους και προχωράει είτε φτάνει να απομακρυνθεί από τους ανθρώπους και γενικά από το χώρο εργασίας του, που του προξενούν άγχος.

4. *Το στάδιο της απάθειας.* Στο τελευταίο αυτό στάδιο, ο επαγγελματίας, επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών του, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, διατηρεί τη θέση του για καθαρά βιοποριστικούς λόγους και προσπαθεί να καταπολεμήσει τις χρόνιες ματαιώσεις που βιώνει.

Τα στάδια αυτά οριοθετούν ενδείξεις για την εμφάνιση και την εξέλιξη της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων που συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα σε οργανικό, συναισθηματικό, γνωσιακό επίπεδο και σε επίπεδο συμπεριφοράς.

Χαρακτηριστική ένδειξη εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί η έντονη αποθάρρυνση του επαγγελματία, κάτω από το φόρτο και τη φύση της εργασίας του, που τον προβληματίζει για το πώς θα αντιμετωπίσει την επόμενη μέρα και πως θα αφιερωθεί ολόψυχα στους ασθενείς του και του δημιουργεί την αίσθηση ότι δεν είναι ικανός επαγγελματίας ή ότι δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του ή σε αυτές του εργασιακού του περιβάλλοντος. Συχνά η αποθάρρυνση εντείνεται όταν του ασκείται κριτική ή όταν δεν αναγνωρίζονται οι προσπάθειες του και οδηγείται βαθμιαία σε μια απρόσωπη συμπεριφορά. Ο επαγγελματίας περιορίζει βαθμιαία τις επαφές του και

ελαττώνει τις συχνές επισκέψεις του στους θαλάμους, αποφεύγει τη συναισθηματική επαφή με τους ασθενείς, εμφανίζεται πολυάσχολος και μη διαθέσιμος και δίνει σύντομες πληροφορίες. Συχνά φέρεται σαν να έχει απέναντι του μια «αρρώστια» ή ένα «περιστατικό» παρά έναν άνθρωπο που είναι άρρωστος και μερικές φορές γίνεται απότομος, επιθετικός και κυνικός. Άλλες χαρακτηριστικές ενδείξεις αποτελούν και οι στάσεις ψυχρότητας, τυπικότητας, αδιαφορίας και έλλειψης φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τους ασθενείς με συναισθήματα ανεπάρκειας, υποτίμησης και μειωμένης αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και με εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων προς τους αρρώστους, τους συναδέλφους του και τον ίδιο τον εαυτό του. Επιπλέον χαρακτηριστικές ενδείξεις είναι η δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, η τάση να ξεχνά εύκολα και να μην παρατηρεί σημαντικές λεπτομέρειες, να είναι επιρρεπής σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη, απροσεξίες και ατυχήματα, να απουσιάζει ή να αργοπορεί συχνά στην εργασία του και να νιώθει μια έντονη τάση φυγής(Μάρκου, 2005).

Ο Potter το 1995 κατατάσσει τα συμπτώματα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης ως εξής:

- **Αρνητικά συναισθήματα:** Συχνές εκρήξεις θυμού, κατάθλιψη, μη ικανοποίηση και αγωνία, χρόνια αρνητικά συναισθήματα και συνεχείς διαμαρτυρίες.
- **Διαπροσωπικά προβλήματα:** Κάτω από το αίσθημα της συναισθηματικής στεγνότητας, οι διαπροσωπικές σχέσεις γίνονται δύσκολες με αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να επικοινωνεί με υπερβολές, νεύρα, απόσυρση και αναποτελεσματικότητα στην εργασία του και στο οικογενειακό περιβάλλον.
- **Προβλήματα υγείας:** Καθώς η συναισθηματική επικοινωνία του ατόμου μειώνεται και αποστασιοποιείται από το περιβάλλον του, μειώνεται αντίστοιχα και η σωματική του ικανότητα. Κρυολογήματα, πονοκέφαλοι, αϋπνίες, πόνοι στη μέση γίνονται συχνοί. Σ' αυτά προστίθεται και η κόπωση.
- **Μειωμένη αποδοτικότητα:** Κατά τη διάρκεια του συνδρόμου το άτομο αρχίζει να βαριέται και να είναι ανίκανο να ενθουσιαστεί για κάποιο αντικείμενο. Επίσης εμφανίζει δυσκολία να συγκεντρωθεί σε κάποιο αντικείμενο, να είναι αποτελεσματικό και να ολοκληρώνει τη δουλειά του.
- **Κατάχρηση ουσιών:** Για την αντιμετώπιση του στρες που σχετίζεται με τη σύγκρουση με το αντικείμενο εργασίας, το άτομο μπορεί να καταναλώνει αλκοόλ, να

τρώει περισσότερο ή λιγότερο, να χρησιμοποιεί φάρμακα, να καπνίζει τσιγάρα, να πίνει συνεχώς καφέ. Η αύξηση ή η κατάχρηση αυτών των ουσιών υποδηλώνει το πρόβλημα.

- **Αισθήματα κατώτεροτητας:** Εκφράσεις του «και λοιπόν, τι έγινε», «και τι με νοιάζει» γίνονται σταθερές σκέψεις. Αυτές οι σκέψεις κυριεύουν αυτούς που έχουν στην αρχή της καριέρας τους σπαταλήσει πολύ ενέργεια και ενθουσιασμό. Ο ενθουσιασμός μετατρέπεται σε κυνισμό και η εργασία δεν έχει πλέον νόημα (Potter, 1995).

Τρεις παράγοντες ρόλου συνδέονται με το σύνδρομο και την εργασία :

- **Σύγκρουση ρόλου:** Ένα άτομο που έχει αντικρουόμενες υπευθυνότητες, αρχίζει να νιώθει ότι σύρεται σε πολλές κατευθύνσεις και θα προσπαθήσει να τα κάνει όλα εξίσου χωρίς να θέτει προτεραιότητες. Το αποτέλεσμα θα είναι το συναίσθημα της κόπωσης και της εξουθένωσης.
- **Ασάφεια ρόλου:** Το άτομο δεν γνωρίζει τι αναμένεται να κάνει. Γνωρίζει ότι αναμένεται να είναι ένας καλός επαγγελματίας, αλλά δεν είναι σίγουρο πως θα το επιτύχει αυτό, διότι δεν υπάρχει κάποιο μοντέλο ρόλου ή οδηγίες για να ακολουθήσει. Το αποτέλεσμα είναι ότι ποτέ δεν αισθάνεται ότι ολοκληρώνει κάτι που να αξίζει.
- **Απαιτήσεις ρόλου:** Το άτομο δεν μπορεί να πει «όχι» και συνεχίζει να αναλαμβάνει ευθύνες που δεν μπορεί να διεκπεραιώσει μέχρι τελικά να αναπτύξει το σύνδρομο.

Εκτός από το χώρο εργασίας επηρεάζονται σταδιακά και οι διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Οι πιέσεις που νιώθει το άτομο περιλαμβάνουν:

- **Οικογενειακό στρες:** Δημιουργείται πρόβλημα σχέσεων στην οικογένεια, γιατί απουσιάζει το άτομο από το σπίτι του, είναι μονίμως απασχολημένο με την εργασία του και κουβαλάει τα προβλήματα της εργασίας στο σπίτι. Ο χρόνος που διαθέτει για την οικογένεια του είναι περιορισμένος, αγχώδης και αφορά μόνο τα αναγκαία.
- **Η άρνηση της δημιουργίας σχέσεων:** Σπάνια βλέπει ή μιλά με τους φίλους ή βγαίνει έξω με άλλα άτομα. Οι φιλίες αφήνονται να τελειώσουν από την άρνηση για επικοινωνία ή την έλλειψη χρόνου.

- **Φτωχή ποιότητα σχέσεων στην εργασία:** Όταν η κατάσταση φτάνει στα άκρα, το άτομο αρχίζει να βλέπει εχθρούς στη δουλειά και να ισχυρίζεται ότι η υπηρεσία δεν λαμβάνει υπόψη της τον εξυπηρετούμενο, καλύπτοντας τη δική του αδυναμία.

Το σύνδρομο, αν συνεχιστεί για αρκετό καιρό, οδηγεί το άτομο σε μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη και τότε σκόπιμο είναι να λάβει ψυχοθεραπευτική βοήθεια ή φαρμακευτική αγωγή (Potter, 1998).

4.3. Πηγές του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Πολλές είναι οι πηγές του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως, σε ατομικό επίπεδο (προσδοκίες, κίνητρα και προσωπικότητα), σε διαπροσωπικό επίπεδο (επαφή με τον πελάτη, σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους και σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους) και σε επίπεδο οργάνωσης (φόρτος εργασίας, γραφειοκρατία, ανατροφοδότηση). Καμιά πηγή, δεν είναι από μόνη της αιτία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης πρέπει να εξεταστεί ως αποτέλεσμα πολλών αιτιών, κάποιες από τις οποίες επηρεάζουν περισσότερο από άλλες (Maslach, 1989).

Με δεδομένο ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ένας τύπος εργασιακού στρες, δεν εκπλήσσει ότι οι περισσότεροι αιτιολογικοί παράγοντες σχετίζονται με την εργασία. Κάποιοι απ' αυτούς επικεντρώνονται γύρω από την επαφή με τον πελάτη-ένα σημείο κλειδί της εργασιακής σχέσης, για τους επαγγελματίες παροχής φροντίδας. Καθώς αυξάνεται η επαφή με τον πελάτη, είτε με όρους περισσότερης απασχόλησης με την περίπτωση του, είτε με όρους περισσότερου χρόνου που δαπανάται στην άμεση επαφή, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιθανόν να συμβεί. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι επίσης, περισσότερο πιθανόν να συμβεί, όταν η φύση της επαφής με τον πελάτη είναι ιδιαίτερα ματαιωτική και δύσκολη. Για τους επαγγελματίες που εργάζονται σε μια διάταξη οργανισμού τέτοια που η επαφή και οι σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους δεν είναι υποστηρικτικές και ευχάριστες, τότε ο κίνδυνος εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μεγαλύτερος Maslach & Jackson, (1984b στο Maslach 1989).

Εκτός από τις διαπροσωπικές σχέσεις, είναι και αρκετές συνθήκες που έχουν να κάνουν με τον οργανισμό και δηλώνουν εκ των προτέρων σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέτοιες συνθήκες είναι, η έλλειψη θετικής ανατροφοδότησης για την απόδοση στην εργασία κάποιου, η έλλειψη αυτονομίας και ελέγχου ή η έλλειψη συμμετοχής στις αποφάσεις του οργανισμού (Maslach & Jackson, 1982). Η σύγκρουση ρόλων, η αμφισβήτηση του εργασιακού ρόλου, η λανθασμένη διοίκηση και οι πιέσεις στην εργασία, συνδέονται με μεγαλύτερο burn out (Cherniss, 1980b).

Αν και η περισσότερη προσοχή έχει στραφεί σε καταστάσεις που σχετίζονται με την εργασία ως αιτίες του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, υπάρχουν κάποιες μελέτες προσωπικών παραγόντων που κάνουν πιθανή την εμπειρία του συνδρόμου. Πρωταρχική κατάσταση ανάμεσα τους είναι οι προσδοκίες του ατόμου από την εργασία του, καθώς και η προσωπική επίτευξη. Όταν τέτοιες προσδοκίες είναι μη ρεαλιστικές, είναι πιθανόν να συμβεί το burn out (Cherniss, 1980b).

Ένας άλλος παράγοντας είναι οι προσωπικές αξίες: η έλλειψη ιδεολογικής δέσμευσης και ηθικού σκοπού στην εργασία μπορούν να οδηγήσουν σε σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο κίνδυνος εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται ότι είναι μεγαλύτερος σε άτομα με τέτοια χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, αδυναμία στο να θέτουν όρια και μεγάλη ανάγκη για επιδοκιμασία από τους άλλους Gann, 1979, Heckman, 1980 (στο Maslach, 1989).

Οι ατομικοί παράγοντες, σχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα, όπως ο τρόπος που έχει μάθει να χειρίζεται το άγχος του, τα κίνητρα που τον οδήγησαν να επιλέξει να εργαστεί στο συγκεκριμένο χώρο και το είδος των προσδοκιών του. Η ανθεκτικότητα στο άγχος, όπως εκφράζεται από τον τρόπο χειρισμού του, καθιστά ορισμένα άτομα περισσότερο ευάλωτα στην επαγγελματική εξουθένωση. Από την άλλη ορισμένα άτομα φαίνεται να εμφανίζουν μια γενικότερη ανθεκτικότητα στο άγχος και να έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση, είτε γιατί εμφανίζουν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όπως αυξημένη αίσθηση ελέγχου του περιβάλλοντος, τάση να επενδύουν στη δουλειά και να συμμετέχουν στα δρώμενα της ζωής, τάση να αντλαμβάνονται τις δυσκολίες του περιβάλλοντα χώρου ως προκλήσεις

παρά ως απειλές, είτε γιατί έχουν μάθει να χειρίζονται και να περιορίζουν το άγχος τους (Μάρκου, 2005).

Με όρους δημογραφικών μεταβλητών υπάρχουν κάποια στοιχεία που δείχνουν ότι ο βαθμός burn out είναι υψηλότερος σε άτομα που είναι νέοι στην ηλικία ή νέα στο επάγγελμα, στους άνδρες (μόνο για την αποπροσωποποίηση), στους άγαμους και στους εργαζόμενους χωρίς παιδιά. Ωστόσο, αυτές οι διαφορές είναι μάλλον μικρές σε απόλυτα μεγέθη, έτσι, ίσως είναι πιο ακριβές να ειπωθεί ότι οι δημογραφικοί παράγοντες έχουν μικρή επίδραση ως προς το να βιώσει ένα άτομο την επαγγελματική εξουθένωση (Maslach, 1989, σελ. 63).

Μελέτες ειδικά σε νεοεισερχόμενο υγειονομικό δυναμικό συχνά καταγράφουν τη διάψευση των προσδοκιών τους και την από-ιδανικοποίηση στην επιλογή της συγκεκριμένης εργασίας, αλλά τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους νεότερους επαγγελματίες φαίνεται να συνδέονται και με την έλλειψη σχετικής εμπειρίας και δυνατότητας διαχείρισης του εργασιακού τους άγχους (Μάρκου, 2005).

Άλλοι πάλι ερευνητές τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας ότι το σύνδρομο που αναπτύσσει ο εργαζόμενος εξαρτάται από τον τρόπο που ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις πιεστικές για τον ψυχισμό συνθήκες του περιβάλλοντος, από τα κίνητρα που τον ωθούν να εργαστεί στο χώρο της υγείας, αλλά και από τις προσδοκίες του από αυτόν. Η Kobasa et al το 1982 υποστηρίζουν ότι τα άτομα που χαρακτηρίζονται από μια γενικότερη ανθεκτικότητα (hardiness) στο στρες έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση κάτω από στρεσογόνες συνθήκες. Τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν αυτά τα άτομα περιλαμβάνουν:

1. Την τάση να επενδύουν στη δουλειά τους και να συμμετέχουν στα δρώμενα της ζωής (commitment).
2. Την αυξημένη αίσθηση άσκησης προσωπικού ελέγχου (control) στο περιβάλλον.
3. Την τάση να αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες που προκύπτουν στον περιβάλλοντα χώρο περισσότερο ως «προκλήσεις» (challenges) παρά ως απειλές (Kobasa , Maddi , Kahn, 1982).

4.4. Οι επιπτώσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Κάποια αποτελέσματα συσχετίζουν τις τάσεις και συμπεριφορές με την εργασία και άλλα, συσχετίζουν την προσωπική καλή υγεία και τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους.

Μεταξύ των σχετιζόμενων με την εργασία αποτελεσμάτων, η ικανοποίηση από την εργασία έχει τύχει της μεγαλύτερης ερευνητικής προσοχής. Γενικά, υψηλότερα επίπεδα του burn out συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και περισσότερα παράπονα σχετικά με την εργασία (Maslach & Jackson, 1981a).

Επειδή, η επαφή με τον πελάτη είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που συμβάλλει στο burn out, δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι, το burn out οδηγεί σε μια πληθώρα συμπεριφορών που εμπεριέχουν την απόσυρση από τους πελάτες. Έτσι, οι άνθρωποι βιώνουν υψηλότερα επίπεδα burn out και επιθυμούν να σπαταλούν λιγότερο χρόνο, εργαζόμενοι άμεσα με τους πελάτες, να προσπαθούν ν' αποφύγουν την επαφή με τους πελάτες, να απουσιάζουν από την εργασία τους ή να επεκτείνουν το διάλλειμα τους και να έχουν μεγαλύτερη τάση διακοπής της εργασίας τους Maslach & Jackson (1982, 1982a στο Maslach, 1989).

Ο Jones (1981a) ωστόσο, έχει δείξει ότι το burn out σχετίζεται με περισσότερα λάθη στην εργασία, με λιγότερο ανθρωπιστικές πρακτικές, περισσότερο επιθετική συμπεριφορά προς τους πελάτες και απειθαρχία προς τους προϊσταμένους.

Το burn out σχετίζεται επίσης, με ενδείξεις προσωπικής δυσλειτουργίας, όπως αύξηση των σωματικών ενοχλήσεων και ασθένεια (Pines et al ,1981) μια αίσθηση προσωπικής ανεπάρκειας και αποτυχίας (Freudenberger, 1982), αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ (Maslach & Jackson, 1982).

Τελικά αν και το burn out οφείλεται στο εργασιακό στρες, αυτό έχει μια αρνητική μετακύληση στη ζωή στο σπίτι με τη μορφή μεγαλύτερης απόσυρσης από τα μέλη της οικογένειας(Maslach & Jackson, 1982).

Ο W. Schaufeli , 1999 σελ. 20 αναφέρει πως «ο καθένας μπορεί να βιώσει στρες, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να βιωθεί μόνο απ' αυτούς που ξεκινούν την καριέρα τους ενθουσιασμένοι με υψηλούς στόχους και προσδοκίες».

4.5. Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία

Ένας άλλος παράγοντας που έχει μελετηθεί ήταν η ικανοποίηση από την εργασία. Ο Brewer (1998) όρισε την ικανοποίηση από την εργασία ως «το βαθμό στον οποίο ένα άτομο απολαμβάνει την εργασία του» (σελ. 27). Πάρα πολλές μελέτες έχουν συνδέσει τη μεγάλη επαγγελματική εξουθένωση με την ελάχιστη επαγγελματική ικανοποίηση (Brewer & Clippard, 2002).

Από θεωρητική άποψη η επαγγελματική ικανοποίηση έχει συνδεθεί με τα κίνητρα για εργασία, με τις στάσεις και με τις αξίες του ανθρώπου.

Στο θεωρητικό μοντέλο των Porter & Lawler (1968), η επαγγελματική ικανοποίηση όχι μόνο αποτελεί προϊόν της επίδοσης και της παρώθησης (κινητοποίησης) προς επίδοση αλλά και προσδιοριστικό παράγοντα αυτών.

Ο Vroom (1964) με την θεωρία του πιστεύει ότι η ελκυστικότητα της εργασίας και, κατά συνέπεια, η ικανοποίηση που παίρνει το άτομο από αυτή είναι συνάρτηση όσων το άτομο πιστεύει ότι αποκομίζει από την εργασία του και του βαθμού που τα αποτελέσματα αυτά είναι όντως επιθυμητά (ή ανεπιθύμητα) για το άτομο.

Στην θεωρία των κινήτρων της εργασίας εντάσσεται και η θεωρία του Herzberg (1967) που διακρίνει δύο διαφορετικά σύνολα παραγόντων, τα κίνητρα (*motivators*) και τους παράγοντες υγιεινής (*Hygiene factors*). Σύμφωνα με τον Herzberg, οι θετικές στάσεις προς την εργασία, που οδηγούν στην επαγγελματική ικανοποίηση, συνδέονται με τα κίνητρα, δηλαδή με στοιχεία που έχουν σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας (επίτευξη, αναγνώριση, υπευθυνότητα, δυνατότητες προαγωγής, φύση της εργασίας) ενώ οι αρνητικές στάσεις, που οδηγούν στην δυσαρέσκεια, συνδέονται με τους παράγοντες υγιεινής, δηλαδή με το περιέχον πλαίσιο (διοίκηση, εποπτεία, εργασιακές συνθήκες, χρηματική αμοιβή).

Η πλέον επικρατούσα άποψη σήμερα είναι ότι η επαγγελματική ικανοποίηση πρέπει να θεωρηθεί ως στάση απέναντι στην συγκεκριμένη εργασία. Σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό του Allport (1954) η στάση πρέπει να θεωρείται ως μια νοητική και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη μέσα από την εμπειρία, που ασκεί κατευθυντική ή δυναμική

επίδραση στην απόκριση του ατόμου προς όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις στην οποία αυτή αναφέρεται. Με βάση μια τέτοια θεώρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης, πιστεύεται ότι η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια συνολική στάση του ατόμου απέναντι στην εργασία του. Υπάρχει βέβαια και η αντίθετη θεώρηση, η οποία διατυπώνει την άποψη ότι δεν υπάρχει μια και μόνη συνολική στάση, αλλά πολλές επιμέρους στάσεις για διάφορες όψεις της εργασίας.

Σήμερα είναι γενικά αποδεκτό ότι η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί συνολική και ενιαία στάση, που αποτελείται βέβαια από διαφορετικά επιμέρους στοιχεία. Αυτό σημαίνει ότι γίνεται μια συνολική μέτρηση της ικανοποίησης στην οποία λαμβάνονται υπόψη όλα τα επιμέρους στοιχεία.

Η επαγγελματική ικανοποίηση συνίσταται από πολλά επιμέρους σημεία. Ένας διαχωρισμός που γίνεται είναι ανάμεσα στην ενδογενή και εξωγενή ικανοποίηση (Warr, 1987). Η ενδογενής ικανοποίηση έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας και αναφέρεται σε εκείνες τις όψεις της εργασίας που έχουν να κάνουν με αυτή καθαυτή την διεξαγωγή της π.χ. ελευθερία επιλογών, βαθμός υπευθυνότητας, ποικιλία δραστηριοτήτων κ.α. Η εξωγενής ικανοποίηση σχετίζεται με το πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγεται η εργασία, τα ωράρια, την ασφάλεια, τις αμοιβές κλπ. Ο διαχωρισμός αυτός έχει κάποια αντιστοιχία με την ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow (1964) και με τον διαχωρισμό του Herzberg (1967) σε παράγοντες κινήτρων και παράγοντες υγιεινής, όπως έχει αναφερθεί παραπάνω.

Σύμφωνα με τις απόψεις του Dr. Paul Spector (University of South Florida, 1996) οι παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση του ατόμου μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες:

α) Τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, δηλαδή τις «εξωτερικές επιδράσεις» που το άτομο δέχεται από το περιβάλλον εργασίας του. Οι περιβαλλοντικοί αυτοί παράγοντες αφορούν στα δομικά χαρακτηριστικά του οργανισμού, δηλαδή στο φυσικό περιβάλλον εργασίας και τις σχέσεις με τους συναδέλφους, στους ρόλους που έχουν οι εργαζόμενοι σε έναν οργανισμό και κυρίως στο πόσο ξεκάθαροι είναι αυτοί οι ρόλοι στα πλαίσια της επιχείρησης, στο εργασιακό στρες και στη δυνατότητα συνδυασμού επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων (ευελιξία στο ωράριο, άδειες, δομές για τη φύλαξη παιδιών κλπ.).

β) Τους ατομικούς παράγοντες, δηλαδή τα «εσωτερικά» κίνητρα του ατόμου και τα προσωπικά βιώματα που φέρνει μαζί του στην εργασία.

5. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΟΜΑΝΙΑΣ

Λέγοντας ότι, κάποιος είναι εργασιομανής, αυτό υπονοεί ότι αυτός είναι εξαρτημένος από την εργασία του, ψυχαναγκαστικός με τη δουλειά του, υπερφορτωμένος και πολύ πιεσμένος.

Έχει προταθεί ότι η εργασιομανία είναι η αιτιολογική ρίζα του burn out. Ο εργασιομανής συχνά θεωρείται ότι έχει μια προσωπικότητα Τύπου Α. Οι πρώτες έρευνες για την εργασιομανία έγιναν από την Machlowitz (1980). Σύμφωνα με την Machlowitz, η εργασιομανία είναι μια τάση ή προσέγγιση προς την εργασία που έχει δυο διακριτά χαρακτηριστικά: μια ενυπάρχουσα επιθυμία για σκληρή και πολλή δουλειά και μια εργασιακή συμπεριφορά, που συχνά υπερβαίνει τις απαιτήσεις της θέσης και τις προσδοκίες των συναδέλφων. Με άλλα λόγια, οι εργασιομανείς εργάζονται σκληρά και αυτό το αγαπούν. Αποκομίζουν ευχαρίστηση και ικανοποίηση από την εργασία τους και σπαταλούν όλο το χρόνο τους εργαζόμενοι παρά κάνοντας οτιδήποτε άλλο (Maslach, 1989).

5.1. Οι επιπτώσεις της εργασιομανίας

Η Maslach (1989), υποστηρίζει ότι εάν αυτή η ανάλυση είναι σωστή, τότε δεν θα έπρεπε να υπάρχει στους εργασιομανείς προσωπική δυσλειτουργία που συνήθως σχετίζεται με το εργασιακό στρες. Η Machlowitz αναφέρει ότι οι εργασιομανείς τους οποίους μελέτησε ήταν μια αξιοσημείωτα ενεργητική και υγιής ομάδα.

Ωστόσο, μολονότι το στυλ του εργασιομανή δεν είναι στρεσογόνο για το άτομο, είναι για τους ανθρώπους που εργάζονται και ζουν μαζί του. Οι εργασιομανείς προσδοκούν από τον καθένα να εργάζεται το ίδιο σκληρά και πολύ με αυτούς, έχουν υψηλές απαιτήσεις από τους άλλους και είναι κριτικοί με αυτούς που δε φτάνουν τα δικά τους υψηλά πρότυπα. Επίσης έχουν δυσκολίες συμπεριφοράς σε σχέση με τους συναδέλφους τους. Δεν τους

αρέσει να μεταβιβάζουν αρμοδιότητες, (γιατί προτιμούν να τα κάνουν όλα μόνοι τους) και εάν μεταβιβάζουν, συχνά συγκρούονται. Την ίδια στιγμή, αγανακτούν με κάθε σύγκρουση που προέρχεται από τους άλλους ως προς τη δουλειά τους, αρνούνται να συνεργαστούν ή να μοιραστούν ουσιαστικές πληροφορίες. Αν και οι εργασιμομανείς παραμένουν στην εργασία τους περισσότερες ώρες, δεν είναι απαραίτητα πιο αποτελεσματικοί. Η τάση τους να κάνουν οτιδήποτε, σημαίνει πως έχουν δυσκολίες να θέτουν προτεραιότητες. Είναι πιθανά προσηλωμένοι σε άκαμπτες παρά σε αυθόρμητες και εύκαμπτες προσεγγίσεις επίλυσης προβλημάτων.

Η οικογενειακή ζωή του εργασιμανούς υποφέρει επίσης. Πρώτα απ' όλα, οι εργασιμομανείς απουσιάζουν συχνά από την οικογένεια, ως αποτέλεσμα της τάσης τους να φεύγουν νωρίς από το σπίτι, να εργάζονται μέχρι αργά και να σπαταλούν όλο τον υπόλοιπο χρόνο τους στην εργασία τους. Κατά δεύτερον, ακόμη και όταν είναι στο σπίτι, εργάζονται ή σκέφτονται για την εργασία τους και αποτυγχάνουν να εμπλακούν στις οικογενειακές δραστηριότητες. Δεν είναι μόνο η ποσότητα της οικογενειακής επαφής που μειώνεται, αλλά συχνά είναι και η ποιότητα. Οι οικογενειακές σχέσεις πάσχουν από φτώχη επικοινωνία και έλλειψη οικειότητας και εμπιστοσύνης. Για τους εργασιμομανείς, η εργασία έρχεται σε πρώτο πλάνο και οι συγγενείς και τα παιδιά έπονται. Όπως το έθεσε ένας χρηματομεσίτης «Μπορεί να είμαι ένας χαμένος σύζυγος και ένας χαμένος πατέρας, αλλά όταν η Merrill Lynch με χρειάζεται, είμαι εδώ» (Machlowitz, 1980, p. 65).

Πηγές της εργασιμανίας

Η μεγαλύτερη έμφαση έχει δοθεί στις προσωπικές μεταβλητές. Οι γονεϊκές προσδοκίες για υπεροχή και το γονεϊκό μοντέλο της εργασιμανούς συμπεριφοράς, είναι μέρος των πρώιμων εμπειριών κοινωνικοποίησης που συνδέονται με την μετέπειτα εργασιμανία. Επίσης, έχει δοθεί προσοχή στα σχετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας Τύπου Α, όπως το ψυχαναγκαστικό και νευρωτικό στυλ, ο φόβος της αποτυχίας και η ανάγκη για έλεγχο (Maslach, 1989).

6. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

6.1. Στρατηγικές αντιμετώπισης της εργασιμανίας

Ένα ιδιαίτερο θέμα της θεραπείας της εργασιομανίας είναι ότι, ο εργασιομανής συχνά δεν θέλει να θεραπευθεί. Εργάζεται σκληρά και το απολαμβάνει και δεν το εκλαμβάνει ως ένα προσωπικό πρόβλημα που χρειάζεται να επιλυθεί. Μάλλον η εργασιομανία είναι ένα πρόβλημα για αυτούς που πρέπει να ζουν ή να εργάζονται μαζί με έναν εργασιομανή. Η πίεση για αλλαγή είναι περισσότερο πιθανόν να προέρχεται από την οικογένεια, τους φίλους ή τους συνεργάτες παρά από τον «απασχολημένο αλλά ευτυχισμένο» εργαζόμενο. Για αυτό η θεραπεία ενός εργασιομανούς ίσως πρέπει να γίνεται για κάποια άλλα προβλήματα όπως συζυγικές δυσκολίες, δυσκολίες των παιδιών στο σχολείο κ.λπ. (Maslach, 1989).

Εάν υποθεθεί πως ο εργασιομανής μπορεί να κινητοποιηθεί για να τροποποιήσει το στυλ του, ποιος θα ήταν ο στόχος για αλλαγή;

Η αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους είναι ένας τομέας-κλειδί. Ο εργασιομανής χρειάζεται να μάθει πώς να μοιράζεται τον φόρτο της εργασίας του με τους άλλους, παρά να προσπαθεί να τα κάνει όλα μόνος του. Για παράδειγμα, ο εργασιομανής θα μπορούσε να κερδίσει μαθαίνοντας πώς να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στους άλλους, πράγμα που θα του επέτρεπε να μειώσει το φόρτο εργασίας του και να επικεντρωθεί σε δραστηριότητες που απολαμβάνει περισσότερο. Ακόμη, πιο σημαντικό είναι ότι με τη μεταβίβαση θα εκφράσει την εμπιστοσύνη του στις ικανότητες των συναδέλφων του. Επιπλέον οι σχέσεις του με τους συναδέλφους του θα βελτιωθούν εάν ο εργασιομανής μάθει πώς να εργάζεται συνεργατικά μαζί τους και πώς να δίνει και να παίρνει εποικοδομητική ανατροφοδότηση. Επίσης, ευαισθητοποιείται σε σχέση με τους άλλους, κατανοεί τις ανάγκες και τα συναισθήματα τους, τις δυνατότητες και τις αδυναμίες τους. Το να μάθει πώς να απολαμβάνει ψυχαγωγικές δραστηριότητες και πώς να αναπτύσσει ενδιαφέροντα πέρα από τον εργασιακό του χώρο, θα μπορούσαν να είναι στόχοι της θεραπευτικής στρατηγικής του εργασιομανούς (Maslach, 1989).

6.2. Στρατηγικές αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης

Υπάρχει μια πλατιά γκάμα στρατηγικών αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με την Maslach (1989), κάποιες στρατηγικές εστιάζονται στην εκτόνωση από την συναισθηματική εξουθένωση ή παρέχουν καλύτερους τρόπους αντιμετώπισης της. Κάποιες άλλες στρατηγικές, προσπαθούν να αντιμετωπίσουν μια αποπροσωποποιημένη άποψη των πελατών με την τροποποίηση της δομής της επαφής με

τον πελάτη ή με την αλλαγή των προσδοκιών του εργαζόμενου. Άλλες στρατηγικές, προσπαθούν να προλάβουν μια αρνητική αξιολόγηση της προσωπικής εκπλήρωσης κάποιου, δίνοντας έμφαση σε θετικές εμπειρίες και αναπτύσσοντας δραστηριότητες και σχέσεις έξω από τον εργασιακό χώρο. Αυτές οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν να εφαρμοστούν σε αρκετά διαφορετικά επίπεδα- στο προσωπικό, το κοινωνικό και το οργανωτικό. Οι προσωπικές στρατηγικές, αναφέρονται σε πράγματα που το άτομο μπορεί να κάνει από μόνο του για να αντιμετωπίσει την επαγγελματική εξουθένωση. Οι κοινωνικές στρατηγικές, απαιτούν προσπάθειες συνεργασίας από μια ομάδα ανθρώπων (όπως την ομάδα των συναδέλφων). Οι οργανωσιακές στρατηγικές, εμπλέκουν αποφάσεις της διοίκησης που άπτονται της πολιτικής του ιδρύματος, της οργάνωσης και των υπηρεσιών του προσωπικού (Maslach, 1989).

6.2.1. Προσωπικές στρατηγικές

Οι στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοστούν από ένα άτομο, είναι ιδιαίτερα σημαντικές για να εκφορτίσουν την έντονη τάση που νοιώθει πως «αυτό το πρόβλημα είναι πάρα πολύ μεγάλο για οποιοδήποτε άτομο να το διαχειριστεί, είμαι αβοήθητος-δεν υπάρχει τίποτα που θα μπορούσα να κάνω για αυτό». Μολονότι, παράγοντες που οφείλονται στην ίδια την κατάσταση μπορεί να είναι οι κύριες αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν θα μπορούσε να συμπεράνει κανείς ότι μόνο οι λύσεις που έχουν σχέση με την κατάσταση, είναι αποτελεσματικές. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους ένα άτομο μπορεί να τροποποιήσει την πίεση μιας στρεσογόνου κατάστασης και να αναπτύξει κάποιο προσωπικό έλεγχο επ' αυτής. Μια σειρά από τεχνικές αντιμετώπισης εστιάζονται στη διαδικασία της εργασίας, μια άλλη σειρά τεχνικών εστιάζονται στο άτομο.

Μια κοινή απόκριση στις απαιτήσεις της δουλειάς, είναι να εργαστεί κάποιος σκληρότερα – να κάνει τα ίδια πράγματα όπως πριν αλλά πιο γρήγορα. Η απόκριση «εργάζομαι σκληρότερα», ίσως αυξάνει τον κίνδυνο της υπερφόρτωσης και της επαγγελματικής εξουθένωσης και αντ'αυτού θα συστηνόταν το «εργάζομαι εξυπνότερα». Το «εργάζομαι εξυπνότερα», μπορεί να επιτευχθεί αλλάζοντας αυτά που κάνει κάποιος ή αλλάζοντας το στυλ με το οποίο κανείς εργάζεται με τους άλλους ανθρώπους. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να αναπτύξει μια καινούργια τεχνική διδασκαλίας, να δοκιμάσει μια διαφορετική στρατηγική στη χορήγηση φαρμάκων και άλλα. Τέτοιες

αλλαγές στα ατομικά πρότυπα εργασίας, ακόμη και εάν φαίνονται ασήμαντες, μπορούν να δώσουν στα άτομα μια αίσθηση ελέγχου, να τους βγάλουν από τη ρουτίνα και από την τάση της προσκόλησης σε ότι είναι ασφαλές και οικείο, αλλά όχι απαραίτητα και αποτελεσματικό (Maslach, 1989).

Επιπρόσθετα, αλλάζοντας την εργασιακή συμπεριφορά, μπορούν τα άτομα να αλλάξουν τις προσδοκίες τους από την εργασία, θέτοντας στόχους συγκεκριμένους και επιτεύξιμους αντί για υπερβολικά ιδανικούς στόχους. Εάν τα άτομα μπορούν να αναπτύξουν μια σειρά από σημαντικούς στόχους, τότε θα έχουν μια πιο καθαρή αίσθηση της εκπλήρωσης και της αξίας του εαυτού τους.

Η αποτελεσματική χρησιμοποίηση των διαλειμάτων, είναι μια άλλη όψη του «εργάζομαι εξυπνότερα και καταπολεμώ την επαγγελματική εξουθένωση». Τα διαλείμματα μπορούν να λειτουργήσουν ως συναισθηματικές αναπνοές, επιτρέποντας στο άτομο να χαλαρώσει και να εκφορτιστεί, προτού αντιμετωπίσει περισσότερους ανθρώπους και προβλήματα. Τα διαλείμματα λειτουργούν ως ασφαλιστικές βαλβίδες, γι' αυτό θα πρέπει να παρέχονται σε μια νομιμοποιημένη βάση για μια απόσυρση από στρεσογόνες καταστάσεις, ενώ την ίδια στιγμή συνεισφέρουν στον οργανισμό (Maslach, 1989).

Με το «εργάζομαι εξυπνότερα», τα άτομα αντιμετωπίζουν την επαγγελματική εξουθένωση φροντίζοντας καλύτερα τους εαυτούς τους. Τα άτομα που είναι δυνατά από άποψη σωματικής και ψυχικής υγείας, ίσως βρίσκονται σε καλύτερη θέση για να διαχειριστούν το στρες και να είναι ιδιαίτερα βοηθητικοί για τους άλλους. Ποιες είναι οι στρατηγικές που μπορούν να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση, να προλάβουν την ανάπτυξη ερμητικών συναισθημάτων για τους άλλους και να παρέχουν αντίσταση στη συναισθηματική εξάντληση από την επαγγελματική εξουθένωση;

Η ανάπτυξη θετικής αλληλεπίδρασης με τα άτομα, είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης της αρνητικής εστίασης στα προβλήματα που έχουν οι επαγγελματίες παροχής φροντίδας. Τέτοιες δραστηριότητες, δίνουν έμφαση στην ανθρώπινη αλληλεπίδραση και αντισταθμίζουν τις δυσκολίες της εργασιακής εμπειρίας. Επίσης, η θετική επαφή με τους ανθρώπους είναι σημαντική για την ανάπτυξη θετικής ανατροφοδότησης. Οι άνθρωποι έχουν ανάγκη να επιβραβεύονται για την καλή εργασία (π.χ. επέτρεψε μου να ξέρω εάν κάτι είναι λάθος, αλλά θα μου άρεσε να ακούσω όταν κάτι πάει καλά). Η θετική

ανατροφοδότηση μπορεί να έρθει από τους λήπτες της υπηρεσίας, από τους συναδέλφους, τους προϊστάμενους, τους φίλους, την οικογένεια και άλλους (Maslach, 1989).

Μια άλλη οπτική της φροντίδας του εαυτού, είναι να γνωρίζει κάποιος τις δυνατότητες του, τις αδυναμίες του, τις διαθέσεις του, τα συναισθήματά του. Εάν οι άνθρωποι έχουν μια πιο ρεαλιστική εκτίμηση των ικανοτήτων τους και ξέρουν τα όρια τους, ίσως είναι ικανοί να αναγνωρίζουν πότε θα πρέπει να πουν «όχι», να κάνουν ένα διάλειμμα, να ζητήσουν βοήθεια από άλλους ή ακόμη και να αλλάξουν δουλειά. Εάν είναι ευαισθητοποιημένοι ως προς τις αλλαγές των συναισθημάτων τους για τους άλλους ανθρώπους και για τη δουλειά τους, ίσως είναι περισσότερο ικανοί να ανακαλύψουν από πού προέρχονται αυτές οι αλλαγές και να κάνουν κάτι (Maslach, 1989).

Λόγω του ότι, οι προσανατολισμένες στον άνθρωπο δουλειές είναι πολύ απαιτητικές, είναι σημαντικό να έχουν χρόνο για ανάπαυση, χαλάρωση και εκφόρτιση. Αυτές οι περίοδοι ανάπαυσης μπορούν να ενσωματωθούν μέσω τακτικών διαλειμμάτων, που λειτουργούν ως συναισθηματικές αναπνοές εντός του εργασιακού χώρου, είτε ως περίοδοι αποσυμπίεσης από τη στιγμή που κάποιος αφήνει την εργασία του και φθάνει στο σπίτι του. Οι δραστηριότητες αποσυμπίεσης του επιτρέπουν να αποδράσει από την πίεση και τα προβλήματα της εργασίας με τους ανθρώπους και να αλλάξει τον τρόπο που επικοινωνεί, ερχόμενος σε επαφή με τους φίλους και την οικογένεια του. Αυτές οι δραστηριότητες, εμπλέκουν ένα μοντέλο συμπεριφοράς που δεν είναι το γνωσιακό και συναισθηματικό που απαιτεί η δουλειά του. Τέτοιες δραστηριότητες είναι τα αθλήματα, η μουσική, η διασκέδαση, το διάβασμα, ο διαλογισμός τα ζεστά μπάνια και άλλες (Maslach, 1989).

Η ζωή στο σπίτι, αναπαράγει ένα σημαντικό διάλειμμα από την εργασία και έχει ένα τέτοιο δυναμικό, που μπορεί να λειτουργήσει για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό συμβαίνει καλύτερα όταν η ζωή στο σπίτι έχει κατά ένα μεγάλο βαθμό διαχωριστεί από τις απαιτήσεις της εργασίας και συμπεριλαμβάνει διάφορες δραστηριότητες, ενδιαφέροντα και προσωπικές σχέσεις. Όταν, κατά κάποιο τρόπο, τη ζωή στο σπίτι τη σφετερίζεται η δουλειά, όπως το να είναι κανείς σε αναμονή «on call», το κυλιόμενο ωράριο, το να παίρνει εργασία στο σπίτι ή το να σκέφτεται και να μιλά για την εργασία του, ενώ είναι στο σπίτι, τότε βρίσκεται μπροστά στον κίνδυνο συναισθηματικής εξάντλησης. Το να έχει μια άλλη ζωή, εκτός εργασίας, σημαίνει ότι, υπάρχει λιγότερη εξάρτηση από την εργασία ως μοναδική πηγή για την ανάπτυξη της αξίας του εαυτού. Πηγές για την ανάπτυξη της αξίας του εαυτού, πέρα από την εργασία με τους ανθρώπους,

είναι οι συγγενείς, η οικογένεια, οι φίλοι, τα ενδιαφέροντα και χόμπυ, οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες και άλλα.

6.2.2. Κοινωνικές και οργανωσιακές στρατηγικές

Για τη θεραπεία της επαγγελματικής εξουθένωσης, πέρα από την ατομική δράση, υπάρχει και η κοινωνική υποστήριξη. Η κοινωνική υποστήριξη, αναφέρεται στις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων μέσα από τις οποίες παρέχουν ο ένας στον άλλον διάφορους τρόπους βοήθειας. Εάν υπάρχουν άνθρωποι, που μπορούν να φροντίσουν και είναι ικανοί και επιθυμούν να συμβουλευθούν το άτομο, τότε μπορεί να αντιμετωπίσει το στρες πιο αποτελεσματικά. Οι άλλοι άνθρωποι μπορούν να προσφέρουν πράγματα, που ίσως το ίδιο το άτομο, δεν μπορεί πάντα να προσφέρει στον εαυτό του, όπως καινούργιες πληροφορίες, εκπαίδευση σε νέες δεξιότητες, αναγνώριση και ανατροφοδότηση, συμβουλή, συναισθηματική υποστήριξη και υλική βοήθεια.

Η οικογένεια και οι φίλοι μπορεί να είναι σημαντικές πηγές κοινωνικής υποστήριξης, όπως επίσης και οι συνάδελφοι. Γι αυτό το λόγο, οι στρατηγικές θεραπείας απευθύνονται σε άτομα που είναι κοινωνικά απομονωμένα ή οι κοινωνικές τους σχέσεις είναι διαταραγμένες (λόγω θανάτου, διαζυγίου, απώλειας της εργασίας κ.λ.π), με στόχο την ανάπτυξη νέων κοινωνικών δεσμών. Με όρους θεραπείας της επαγγελματικής εξουθένωσης, η δεσπόζουσα προσέγγιση είναι η ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων στην εργασία μάλλον, παρά στο σπίτι. Αυτό κατά ένα τρόπο, αντανακλά την ιδιωτικότητα της ζωής στο σπίτι, αλλά αντανακλά και την άποψη ότι, ένα πρόβλημα που οφείλεται στην εργασία είναι καλύτερα να επιλύεται στην εργασία και οι άνθρωποι που μπορούν καλύτερα να παρέχουν υποστήριξη, είναι οι συνάδελφοι (Maslach, 1989).

Οι συνάδελφοι μπορούν να παρέχουν κοινωνική υποστήριξη μέσα από άτυπες συνενυρέσεις, όπως κατά τη διάρκεια των γευμάτων ή μέσα από κοινωνικοποιητικές δραστηριότητες μετά το πέρας της εργασίας. Επίσης, υπάρχουν πιο τυπικοί μηχανισμοί όπως οι συναντήσεις εργασίας. Σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχουν και τυπικές υποστηρικτικές ομάδες, που οργανώνονται για να βοηθήσουν το προσωπικό να αντιμετωπίσει το εργασιακό στρες. Τέτοιες ομάδες συντονίζονται από ένα εκπαιδευμένο άτομο που μπορεί να κρατήσει την ομάδα σε μια εποικοδομητική ατμόσφαιρα. Η εγκαθίδρυση υποστηρικτικών σχέσεων στην εργασία είναι συχνά δύσκολη, λόγω του

ανταγωνισμού που υπάρχει μεταξύ του προσωπικού και γι αυτό χρειάζεται χρόνος και οργανωσιακή δέσμευση, για να αναπτυχθούν οι υποστηρικτικοί δεσμοί.

Η βελτίωση των σχέσεων με τους συναδέλφους, είναι μια μόνο από τις οργανωσιακές στρατηγικές που έχουν προταθεί ως αντίδοτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να βελτιωθεί μέσα από πολιτικές οργανωσιακού τύπου, που περιορίζουν τη μετακύληση της εργασίας στην ζωή των ατόμων στο σπίτι (όπως γίνεται με το καθήκον on call ή τις σχέσεις με τους πελάτες εκτός του οργανισμού). Επίσης, ένας άλλος εποικοδομητικός τρόπος είναι ο χορηγούμενος χρόνος εκτός εργασίας (time off) και συγκεκριμένα, εάν αυτός ο χρόνος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επαγγελματική ανάπτυξη, όπως στην περίπτωση προγραμμάτων ανάπτυξης του προσωπικού. Επίσης, πολιτικές που παρέχουν μεγαλύτερη ποικιλία στην εργασία, ενθαρρύνουν νέες προσεγγίσεις σε παλιά προβλήματα και δίνουν στο προσωπικό μια μεγαλύτερη αίσθηση αυτονομίας και εμπλοκής στον οργανισμό, μέσω της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων (Maslach, 1989).

Επίσης, εάν κάποια άτομα προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την επαγγελματική εξουθένωση ζητώντας βοήθεια από έναν επαγγελματία, θα πρέπει ο οργανισμός είτε να παρέχει ψυχολογικές υπηρεσίες στο προσωπικό, είτε να παρέχει ασφάλιση υγείας που να καλύπτει την ψυχολογική θεραπεία του εργαζόμενου. Εδώ, είναι κρίσιμης σημασίας το θέμα της πλήρους εχεμύθειας, σε περίπτωση που η χρήση της ψυχολογικής θεραπείας είναι γνωστή στο τμήμα προσωπικού (Maslach, 1989).

6.2.3. Στρατηγικές πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις αντιμετωπίζουν ένα ήδη υπάρχον πρόβλημα. Ωστόσο, ίσως είναι καλύτερο να προλαμβάνουν το πρόβλημα. Η πρώιμη παρακολούθηση των αρχικών σημείων της επαγγελματικής εξουθένωσης, όταν τα προβλήματα είναι ακόμη μικρά και τα άτομα ανοιχτά στις αλλαγές, ίσως είναι ένα κρίσιμο θέμα της πρόληψης.

Όσον αφορά τον χώρο της εργασίας, το πρώτο βήμα είναι να αλλάξει η διάθεση του ατόμου απέναντι στην εργασία του, να σκεφτεί το πρόβλημα και τις πιθανές λύσεις του. Να είναι περισσότερο ανοιχτό να ζητήσει βοήθεια, να μοιραστεί το πρόβλημα με κάποιο

άλλο άτομο, να γίνει πιο ευέλικτο, να αρχίζει να απολαμβάνει τις ευκαιρίες που προσφέρονται χωρίς να περιμένει όλα να αλλάξουν αμέσως. Επίσης, να θέτει όρια και να λέει «όχι» για αυτά που δεν μπορεί να κάνει και να διαπραγματεύεται νέες υπευθυνότητες (Kckinnon, 1998). Άλλες τεχνικές αποφυγής του συνδρόμου σχετίζονται με την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, τη δημιουργία νέων στόχων, την αλλαγή ρόλου ή επαγγελματικής κατεύθυνσης, την προσθήκη καινούργιων καθηκόντων, την οργάνωση στόχων για το μέλλον και τη φροντίδα εαυτού. Η πρόληψη αφορά την έγκαιρη θεραπεία του συμπτώματος, συνεχή ανανέωση των στόχων, προβολή των επιτευγμάτων και διαχωρισμό της προσωπικής από την επαγγελματική ζωή (Togher, 2000).

Οι Potter και Orfali το 1994 προτείνουν την ανάπτυξη της ατομικής προσπάθειας που είναι το αίσθημα «ότι θα τα καταφέρω και θα βγω από την κατάσταση αυτή» σαν το πρώτο βήμα για την έξοδο από το πρόβλημα. Το αίσθημα ότι «θα πάρω τον έλεγχο στα χέρια μου», είναι ένας κρίσιμος παράγοντας, ανεξάρτητα από το πόσο η κατάσταση στην εργασία είναι αρεστή ή όχι (Potter, 1994).

Στην προσωπική ζωή επίσης του ατόμου πρέπει να προσεχθούν η τακτική σωματική άσκηση, η σωστή διατροφή, ο έλεγχος των κακών συνθηθειών η φροντίδα της σωματικής υγείας, η επιλογή να κάνει ό,τι τον ευχαριστεί και η επανασύνδεση με άτομα που αγαπάει. Επίσης, να δώσει χρόνο στον εαυτό του για χαλάρωση, να ξεκινήσει κάτι καινούργιο, να διαθέσει ποιοτικό χρόνο στην οικογένεια και στους φίλους και να μάθει να βάζει όρια.

Όσον αφορά την υπηρεσία, ένα πρόγραμμα δράσης θα ήταν χρήσιμο για τη βελτίωση της ψυχικής διάθεσης των εργαζόμενων, της παραγωγικότητας, της επικοινωνίας, του φόρτου εργασίας και της αποδοτικότητας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την ανάπτυξη ενός συστήματος παροχών, αναγνώριση του έργου των εργαζόμενων, ένα αίσθημα δικαιοσύνης και σεβασμού, ένα περιβάλλον επιλογών και ελέγχου καθώς και συγκεκριμένο πλαίσιο εργασιακών υποχρεώσεων.

7. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

7.1 Η ιστορία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ.Γεννηματάς»

Η πορεία της λειτουργίας του Νοσοκομείου «Γενικό Κρατικό» διαγράφεται ιδιαίτερα σημαντική κατά το πέρασμα των χρόνων. Αν και δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα στοιχεία, οι μαρτυρίες αναφέρουν ότι το 1947 λειτουργούσε το Ριζάρειο Ίδρυμα, το οποίο αργότερα έλαβε τη μορφή Νοσηλευτικού Ιδρύματος. Ειδικότερα, η επίσημη έναρξη λειτουργίας του σημειώνεται το 1957, οπότε σύμφωνα με το Νομοθετικό Διάταγμα 3766/57 πραγματοποιείται η συγχώνευση του «Νοσοκομείου Προσκαίρων Αθηνών» με το «Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών» με σκοπό τη δημιουργία Ενιαίου Γενικού Νοσοκομείου. Έτσι, το 1958 εγκρίνεται ο «Οργανισμός Ενιαίου Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών» σύμφωνα με το ΦΕΚ 76/16-5-58. Την εποχή εκείνη το Νοσοκομείο διέθετε 350 κλίνες.

Το Νοσοκομείο έχει διαγράψει μια σημαντική πορεία στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας όλα αυτά τα χρόνια της συνεχούς λειτουργίας του. Από την εποχή εκείνη μέχρι σήμερα, πληθώρα τροποποιήσεων και συμπληρωματικών νομοθετημάτων συνετέλεσαν στη σημερινή επωνυμία του Νοσοκομείου.

Το 1972 εγκρίνεται ο Οργανισμός της Ανωτέρας Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων Α.Σ.Α.Ν., τριετούς φοίτησης του Ενιαίου Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών, όπου φοίτησε επί σειρά ετών σημαντικός αριθμός νοσηλευτριών, οι οποίες στη συνέχεια προσέφεραν τις πολύτιμες υπηρεσίες τους στο Νοσοκομείο. Το 1973 εγκρίνεται ο Οργανισμός του Κρατικού Οφθαλμολογικού Κέντρου Αθηνών, το οποίο με 114 νοσηλευτικές κλίνες λειτούργησε ως αυτοτελές οφθαλμολογικό κέντρο μέχρι το 1978. Το 1973 συστήνεται στο Νοσοκομείο και το Ρυθμιστικό Κέντρο διαλογής ασθενών.

Το 1978 συγχωνεύεται το Ενιαίο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών με το Κρατικό Οφθαλμολογικό Κέντρο Αθηνών και από αυτή τη συγχώνευση δημιουργείται το νοσηλευτικό ίδρυμα με την επωνυμία «Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών» δυναμικότητας 614 κλινών. Το ίδιο έτος συστήνεται στο νοσοκομείο το Κέντρο Άμεσης Βοήθειας, το οποίο δέκα χρόνια αργότερα, δηλαδή το 1988, συγχωνεύεται και μεταφέρεται στην κεντρική υπηρεσία του ΕΚΑΒ. Στο μεταξύ, το 1987 με την αριθμ. Α3β/οικ. 281 /7-1-1987 Υπουργική Απόφαση αναμορφώνεται ο Οργανισμός του Νοσοκομείου και ορίζεται ως

Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο και φέρει την επωνυμία «Περιφερειακό Γ Νοσοκομείο Αθηνών» και η συνολική του δύναμη ορίζεται σε 760 κλίνες. Το 1995 το Νοσοκομείο λαμβάνει την επωνυμία «Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς» ενώ το 2001 μετονομάζεται σε «Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς», εντάσσεται στο Β΄ Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (Πε.Σ.Υ) Αττικής και από νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου μετατρέπεται σε αποκεντρωμένη μονάδα του Β΄ Πε.Σ.Υ. Αττικής. Με το Ν.3329/4-5-2005 μετατρέπεται σε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, το οποίο υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της Β΄ Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ) Αττικής.

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στο έτος 1983, έτος ορόσημο για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, όπου το Νοσοκομείο εντάσσεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Από τότε η πορεία που διαγράφει στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο είναι αξιοσημείωτη. Το 1987 το Νοσοκομείο επιλέχθηκε ως πρώτο στην Ελλάδα στο οποίο θα εφαρμοζόταν ο ιατρικός φάκελος. Επίσης το Νοσοκομείο είχε επιλεγεί ως πιλοτικό για όλα τα έργα του Β΄ Κ.Π.Σ..

Η καταλυτική σημασία και προσφορά του Νοσοκομείου στο χώρο της υγείας διατηρήθηκε με το πέρασμα του χρόνου και με τη συμβολή της εκάστοτε ηγεσίας του, η οποία έθετε σε εφαρμογή προγράμματα βελτίωσης, αναμόρφωσης και εκσυγχρονισμού της ξενοδοχειακής υποδομής, του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Το Νοσοκομείο ανήκει στο Β΄ Δ.Υ.ΠΕ Αττικής και είχε επιλεγεί ως Ολυμπιακό Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004, όπου η προσφορά του υπήρξε σημαντική.

7.2. Αποστολή και ρόλος του Νοσοκομείου

Σύμφωνα με τον Οργανισμό του Νοσοκομείου, ορίζεται ότι σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

A) η ισότιμη παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας

B) η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας και

Γ) η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης και συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών καθώς και η επιμόρφωση των λειτουργών άλλων κλάδων υγείας.

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

- Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων
- Οι εισπράξεις από νοσήλια, εξετάστρα και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών
- Οι πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία
- Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις κ.λπ.

7.3. Όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου

Σύμφωνα με το Ν. 3329/4-4-2005 τα όργανα διοίκησης των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. είναι: α) το Διοικητικό Συμβούλιο και β) ο Διοικητής του Νοσοκομείου.

Το Διοικητικό Συμβούλιο είναι εννεαμελές και αποτελείται από:

A) Τον Διοικητή του Νοσοκομείου ως Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου

B) Τέσσερα μέλη που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αναπληρωτές τους. Από τα μέλη αυτά το ένα ορίζεται ως Αντιπρόεδρος, ο οποίος είναι μερικής απασχόλησης.

Γ) Τον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου, με αναπληρωτή του τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Δ) Έναν εκπρόσωπο των ιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο, ο οποίος εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από τους ιατρούς Ε.Σ.Υ. και τους ιατρούς μέλη Δ.Ε.Π. που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

Ε) Τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής υπηρεσίας, με αναπληρωτή του τον αρχαιότερο Διευθυντή Νοσηλευτικού Τομέα.

Στ) Έναν εκπρόσωπο του λοιπού, πλην των ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικού του Νοσοκομείου, ο οποίος εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από το λοιπό, πλην των ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικό του Νοσοκομείου.

7.4. Οργανωτική δομή, διάρθρωση και αρμοδιότητες

Όλα τα Νοσοκομεία των Δ.Υ.Π.Ε οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον Οργανισμό τους.

Σήμερα το Νοσοκομείο έχει 614 ανεπτυγμένες κλίνες και οι προβλεπόμενες από τον Οργανισμό είναι 760 κλίνες.

Το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες που είναι οι εξής:

A) Ιατρική Υπηρεσία

B) Νοσηλευτική Υπηρεσία

Γ) Διοικητική Υπηρεσία

Δ) Τεχνική Υπηρεσία

Όλες οι υπηρεσίες του Νοσοκομείου είναι ιεραρχικά ισότιμες μεταξύ τους και συνεργάζονται αρμονικά ώστε να πετύχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα που είναι αφενός, η σωστή διάγνωση και αφετέρου, η γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών. Κάθε μια από τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση, αποτελεί σε διοικητικό επίπεδο Διεύθυνση και όλες οι υπηρεσίες του Νοσοκομείου υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου.

Η δομή και η ανάπτυξη των διαφόρων τμημάτων και μονάδων του Νοσοκομείου γίνεται κατά υπηρεσία (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική και τεχνική) και σύμφωνα με όσα ορίζει ο Οργανισμός του Νοσοκομείου. Η διάρθρωση της κάθε υπηρεσίας έχει ως παρακάτω:

A) Η Ιατρική Υπηρεσία

Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται:

1) Σε πέντε τομείς:

- τον Παθολογικό με δύναμη 300 κλινών
- τον Α΄ Χειρουργικό με δύναμη 210 κλινών
- το Β΄ Χειρουργικό με δύναμη 230 κλινών
- τον Ψυχιατρικό με δύναμη 20 κλινών
- τον Α΄ και Β΄ Εργαστηριακό τομέα και

2) Σε δύο διατομεακά τμήματα: των Επειγόντων Περιστατικών και της Ημερήσιας Νοσηλείας.

Κάθε τομέας διαρθρώνεται σε τμήματα και μονάδες ως εξής:

Παθολογικός Τομέας

Τμήματα:

Τρία Παθολογικά

Ένα Γαστρεντερολογικό

Ένα καρδιολογικό

Ένα Νευρολογικό

Ένα Ενδοκρινολογικό

Ένα Νεφρολογικό

Ένα Ρευματολογικό

Ένα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης

Ένα κλινικής Αιματολογίας

Μονάδες:

Μια εμφραγμάτων

Μια Αιμοδυναμικής

Μια Τεχνητού Νεφρού

Μια Χρόνιας Φορητής Περιτοναϊκής Διύλισης

Μια Νευροφυσιολογίας

Μια Αναπνευστικής Ανεπάρκειας

Μια Μονάδα Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων

A' Χειρουργικός Τομέας

Τμήματα:

Τρία Γενικής Χειρουργικής

Ένα Ορθοπαιδικό

Ένα Αγγειοχειρουργικό

Ένα Αναισθησιολογικό

Ένα Γναθοχειρουργικό

Μονάδες:

Μια Εντατικής Θεραπείας

B' Χειρουργικός Τομέας**Τμήματα:**

Ένα Οφθαλμολογικό

Δύο Ωτορινολαρυγγολογικά

Ένα Νευροχειρουργικό

Ένα Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Κέντρου Εγκαυμάτων

Ένα Γυναικολογικό

Ένα Ουρολογικό

Μονάδες:

Μια Ωτονευρολογίας

Μια Εγκαυμάτων

Ψυχιατρικός Τομέας**Τμήματα:**

Ένα Ψυχιατρικό

Ένα Ψυχικής Υγείας Εφήβων

A' Εργαστηριακός Τομέας**Τμήματα:**

Ένα Μικροβιολογικό

Ένα Βιοχημικό

Ένα Αιματολογικό

Ένα Αιμοδοσίας

Ένα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας

Ένα Φαρμακευτικό

Μονάδες:

Μια Τοξικολογική

B' Εργαστηριακός Τομέας

Τμήματα:

Ένα Παθολογοανατομικό

Ένα Κυτταρολογικό

Δύο Ακτινοδιαγνωστικά

Ένα Αξονικής Τομογραφίας

Ένα Πυρηνικής Ιατρικής

Στους τομείς λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία αντιστοίχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

Οι αρμοδιότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι η προώθηση και προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών.

Το Φαρμακευτικό Τμήμα έχει αρμοδιότητες οι οποίες συνίστανται στον προγραμματισμό των προμηθειών, τη φύλαξη, ταξινόμηση και Παρασκευή ιδιοσκευασμάτων, τον έλεγχο, τη χορήγηση, διανομή και διακίνηση καθώς και τη διαχείριση του φαρμακευτικού και λοιπού υλικού του ΕΟΦ. Επίσης αναλαμβάνει τον

επιστημονικό έλεγχο του συνταγολογίου, των προς εκτέλεση συνταγών και την εκτέλεση οποιασδήποτε συνταγής ζητήσει το ιατρικό τμήμα.

B) Η Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται σε πέντε τομείς, 1^ο, 2^ο, 3^ο, 4^ο και 5^ο και ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα. Ο συνολικός αριθμός των τμημάτων και των πέντε τομέων ανέρχεται στα 35 τμήματα.

Οι αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υπευθύνων σε κάθε περίπτωση γιατρών, η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών.

Γ) Η Διοικητική Υπηρεσία

Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί και αυτή Διεύθυνση και απαρτίζεται από δύο Υποδιευθύνσεις.

A) Υποδιεύθυνση Διοικητικού

B) Υποδιεύθυνση Οικονομικού

Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία ως παρακάτω:

A) Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού στα Τμήματα

- Προσωπικού
- Γραμματείας
- Κίνησης Ασθενών
- Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
- Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Παραϊατρικών Επαγγελμάτων (Τεχνολόγων)

B) Η Υποδιεύθυνση Οικονομικού στα Τμήματα

- Οικονομικού
- Πληροφορικής και Οργάνωσης
- Διατροφής

Και στα αυτοτελή γραφεία

- Επιστασίας
- Ιματισμού

Οι αρμοδιότητες που αναπτύσσει η Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου αφορούν:

- Στο συντονισμό της λειτουργίας των άλλων υπηρεσιών
- Στην υποστήριξη του έργου των άλλων υπηρεσιών
- Στη διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας του νοσοκομείου
- Στη φροντίδα για αυτοδύναμη λειτουργία και ανάπτυξη του νοσοκομείου
- Στην εκπαίδευση των στελεχών της σε θέματα διοίκησης-διαχείρισης
- Στην εκπαίδευση των στελεχών όλου του Νοσοκομείου σε θέματα που αφορούν στο νοσοκομείο γενικά (π.χ. πυροπροστασία προσωπικού και εγκαταστάσεων)

Οι αρμοδιότητες για το κάθε τμήμα και τα αυτοτελή γραφεία της Διοικητικής Υπηρεσίας αναφέρονται αναλυτικά ως εξής:

Υποδιεύθυνση Διοικητικού

- Το Τμήμα Προσωπικού είναι υπεύθυνο για οποιοδήποτε θέμα έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του Νοσοκομείου καθώς επίσης την εποπτεία και τον έλεγχο αυτού για όλες τις υπηρεσίες. Τα θέματα με τα οποία ασχολούνται περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα αρμοδιοτήτων και είναι σχετικά με: Προσλήψεις προσωπικού, προαγωγές, μισθολογική εξέλιξη, λύση υπαλληλικής σχέσης, συνταξιοδοτικά και ασφαλιστικά θέματα, άδειες κανονικές κλπ, άδειες υπηρεσιακής εκπαίδευσης, υπερωριακή απασχόληση προσωπικού, εφημερίες, έκδοση βεβαιώσεων υπηρεσιακής κατάστασης, απαντήσεις σε αιτήματα εργαζομένων, μετατάξεις, αποσπάσεις, πειθαρχικά παραπτώματα, έκδοση στοιχείων που αφορούν δικαστικά θέματα υπαλλήλων σχετικά με αποζημιώσεις, πρόσθετες αμοιβές, στοιχεία προγραμματισμού προσλήψεων προσωπικού προς το

Υπουργείο Υγείας και το Β' Δ.Υ.ΠΕ. Αττικής, απογραφικά στοιχεία, στοιχεία για το χάρτη υγείας, στοιχεία προσωπικού ως προς τον προϋπολογισμό, εισηγήσεις προς το Διοικητικό Συμβούλιο για θέματα υγιεινής και ασφάλειας, χορήγησης αδείας για άσκηση ιδιωτικού έργου, κρίσεων προϊσταμένων και άλλων σχετικών με το προσωπικό θεμάτων.

- Το Τμήμα της Γραμματείας φροντίζει αρχικά για την τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου, την διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση εκείνων των προβλημάτων που κωλύουν την ομαλή λειτουργία του έργου του Νοσοκομείου. Στα γενικότερα καθήκοντα του εντάσσονται όλα εκείνα τα θέματα που σχετίζονται με τη γραμματειακή υποστήριξη σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης και των άλλων υπηρεσιών του Ιδρύματος.

- Το Τμήμα Κίνησης Ασθενών συγκεντρώνει μεγάλο μέρος αρμοδιοτήτων. Ειδικότερα, εκδίδει εισιτήρια για την εισαγωγή και εξιτήρια για την εξαγωγή των ασθενών ενώ τηρεί κατάλογο αναμονής εισαγωγής. Στα πλαίσια αυτά υπολογίζονται σε ξεχωριστό βιβλίο τα κενά κρεβάτια και ενημερώνονται στη συνέχεια οι ασθενείς της λίστας για την εισαγωγή τους. Επίσης έχει την ευθύνη για τη λογιστική παρακολούθηση των νοσηλευόμενων και τη χρέωση δαπανών νοσηλείας όπως και την έκδοση των δελτίων παροχής υπηρεσιών. Τέλος τηρεί λεπτομερές βιβλίο ασθενών και στατιστικά στοιχεία νοσηλευτικής κίνησης ενώ χορηγεί πιστοποιητικά στους ασθενείς κατόπιν αίτησής τους.

- Το Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων έχει την ευθύνη για τη φροντίδα και τη γραμματειακή υποστήριξη των τακτικών εξωτερικών ιατρείων. Τούτο σημαίνει ότι τηρεί αρχείο και βιβλίο κίνησης, ρυθμίζει την προσέλευση των ασθενών προγραμματίζοντας τυχόν επανεξέτασή τους. Σε περίπτωση που ζητήσουν οι ασθενείς κάποιο πιστοποιητικό απευθύνονται στη Γραμματεία η οποία τους το χορηγεί. Επίσης, είναι υπεύθυνο για την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των προσερχομένων στα εξωτερικά ιατρεία. Έχει την ευθύνη για τη λογιστική παρακολούθηση των εξεταζομένων, τη χρέωση δαπανών εξέτασης και διενεργουμένων εξετάσεων καθώς και την έκδοση δελτίων παροχής υπηρεσιών. Τέλος στο τμήμα αυτό εντάσσονται και τα Απογευματινά Εξωτερικά Ιατρεία.

- Το Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι υπεύθυνο για την συμπαράσταση των νοσηλευόμενων για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής της Πολιτείας.

- Το Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελματιών έχει την ευθύνη των τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, των χειριστών εμφανιστών, των παρασκευαστών, των φυσικοθεραπευτών και των εργοθεραπευτών.

Υποδιεύθυνση Οικονομικού

- Το Τμήμα Οικονομικού (λογιστήριο, μισθοδοσία, γραφείο προμηθειών-υλικού-προϋπολογισμού, ταμείο, αποθήκες) αναλαμβάνει τη μελέτη των οικονομικών αναγκών του νοσοκομείου και είναι υπεύθυνο για την εισήγηση και έγκαιρη επεξεργασία των προτάσεων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού. Επίσης η πραγματοποίηση των δαπανών, η εκκαθάριση των αποδοχών του προσωπικού και των αποζημιώσεων προς αυτό, οι προμήθειες, η διαχείριση και φύλαξη των εφοδίων και των υλικών που είναι απαραίτητα για τη λειτουργία του νοσοκομείου, η κατάρτιση ισολογισμού και απολογισμού, η τήρηση των λογιστικών βιβλίων και η είσπραξη εσόδων καθώς και η ευθύνη για τη διαφύλαξη της περιουσίας του Ιδρύματος και η τήρηση των οικονομικών στατιστικών στοιχείων είναι καθήκοντα τα οποία εντάσσονται στις αρμοδιότητες του τμήματος οικονομικού.
- Το Τμήμα Πληροφορικής και Οργάνωσης έχει την ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία του πληροφοριακού συστήματος του Νοσοκομείου, την υποστήριξη των εφαρμογών των υποσυστημάτων και τη γενικότερη ευθύνη της λειτουργίας του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος καθώς το Νοσοκομείο ήταν ένα από τα πιλοτικά Νοσοκομεία στον τομέα εφαρμογής πληροφοριακού συστήματος.
- Το Τμήμα Διατροφής (Γραφείο Τροφίμων, Αποθήκη Τροφίμων, Μαγειρεία) έχει όλες τις αρμοδιότητες που σχετίζονται με τα διατροφικά σχήματα των ασθενών αλλά και του προσωπικού. Επίσης, αναλαμβάνει να εκπαιδεύει ασθενείς και να τους πληροφορεί για τη διατροφή που θα πρέπει να ακολουθήσουν σε περίπτωση που υπόκεινται σε συγκεκριμένη διατροφική αγωγή. Τέλος στο τμήμα αυτό εντάσσονται και όλες οι επιστημονικές, οργανωτικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες όσων απασχολούνται με τα τρόφιμα και την κατανάλωση τους.
- Σε ότι αφορά τα αυτοτελή γραφεία της Υποδιεύθυνσης Οικονομικού αυτά έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες:
 - Το αυτοτελές γραφείο επιστασίας φροντίζει για όλα τα θέματα που σχετίζονται με την καθαριότητα των χώρων του Νοσοκομείου και την εποπτεία των γενικών εργασιών και μεταφορών.
 - Το αυτοτελές γραφείο Ιματισμού έχει στην αρμοδιότητα του τη φύλαξη, τη διανομή, την επιδιόρθωση και την καθαριότητα του ιματισμού.

Δ) Η Τεχνική Υπηρεσία

Η Τεχνική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τμήματα:

- *Τεχνικού και*
- *Βιοϊατρικής Τεχνολογίας.*

Οι αρμοδιότητες των τμημάτων είναι οι παρακάτω:

- Το *Τμήμα Τεχνικού* έχει τη ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρύματος και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεση τους και έχει την φροντίδα για την ποιοτική και ποσοτική παραλαβή τους. Η ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία του επιστημονικού και τεχνολογικού εξοπλισμού καθώς και των οχημάτων του Ιδρύματος.
- Το *Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας* έχει την ευθύνη και φροντίδα της ορθολογικής χρήσης του ιατρικού επιστημονικού εξοπλισμού καθώς και την οργανωμένη τεχνική υποστήριξή του.

Επίσης, στο Νοσοκομείο εξακολουθούν να εντάσσονται ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τα παρακάτω Κέντρα Υγείας και Κέντρο Ψυχικής Υγείας:

1. Κέντρο Υγείας Κορωπίου Ν. Αττικής, με έδρα το Δήμο Κορωπίου
2. Κέντρο Υγείας Μαρκόπουλου Ν. Αττικής με έδρα το Δήμο Μαρκόπουλου
3. Κέντρο Υγείας Λαυρίου Ν. Αττικής με έδρα το Δήμο Λαυρεωτικής
4. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλανδρίου Ν. Αττικής με έδρα το Δήμο Χαλανδρίου

Σύμφωνα με το Ν. 2889/2001 τα Κέντρα Υγείας με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.

7.5. Στελέχωση των υπηρεσιών

Η *Ιατρική Υπηρεσία* στελεχώνεται από γιατρούς που κατέχουν θέσεις κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. και από ειδικευόμενους γιατρούς που τοποθετούνται σε θέσεις ειδικευομένων γιατρών καθώς και από επιστήμονες που προσφέρουν συναφείς υπηρεσίες με το έργο της Ιατρικής Υπηρεσίας των κλάδων ΠΕ Χημικών-Βιοχημικών, ΠΕ Βιολόγων, ΠΕ Φαρμακοποιών, ΠΕ Ψυχολόγων, ΠΕ Ακτινοφυσικών και ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου.

Η *Νοσηλευτική Υπηρεσία* στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατηγορία κλάδων:

ΠΕ Νοσηλευτών, ΤΕ Νοσηλευτών, ΤΕ Επισκεπτών Υγείας, ΤΕ Μαιών, ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων, ΥΕ Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού και ΔΕ Πρακτικών Νοσοκόμων.

Η *Διοικητική Υπηρεσία* στελεχώνεται από προσωπικό το οποίο κατατάσσεται ανά κλάδο σε τέσσερις κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές έχουν ως κριτήριο το επίπεδο εκπαίδευσης με την Α' κατηγορία να περιλαμβάνει όσους έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση (κλάδοι: διοικητικός-λογιστικός, διαιτολόγων, πληροφορικής, κοινωνιολόγων) τη Β' κατηγορία να περιλαμβάνει αποφοίτους Τ.Ε.Ι. (κλάδοι: διοίκησης νοσοκομείων, λογιστικής, φυσικοθεραπευτών, εργοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών, ιατρικών εργαστηρίων, εποπτών δημόσιας υγείας βιβλιοθηκονομίας, τεχνολόγων τροφίμων πληροφορικής), τη Γ' κατηγορία να περιλαμβάνει όσους είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (κλάδοι: διοικητικού-λογιστικού, παρασκευαστών, χειριστών-εμφανιστών, μαγείρων, γραμματέων, προσωπικού Η/Υ) και η Δ' κατηγορία αποτελείται από υπαλλήλους αποφοίτους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και περιλαμβάνει τους κλάδους : (βοηθητικού προσωπικού, προσωπικού εστίασης, προσωπικού καθαριότητας, εργατών).

Με τη ψήφιση του Ν. 2889/2001 και συγκεκριμένα στο άρθρο 7 οι κλάδοι ειδικοτήτων στελεχών υγείας μεταφέρθηκαν από τη Διοικητική Υπηρεσία και εντάχθηκαν στην Ιατρική Υπηρεσία των Νοσοκομείων. Οι κλάδοι αυτοί είναι των φυσικοθεραπευτών, εργοθεραπευτών τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, κοινωνικών λειτουργών, διαιτολόγων, τεχνολόγων τροφίμων, εποπτών δημόσιας υγείας.

Η Τεχνική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των κλάδων ΠΕ Μηχανικών, ΤΕ Τεχνολογικών Εφαρμογών και ΔΕ Τεχνικού.

7.6. Η λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών του Νοσοκομείου

Η λειτουργία ενός νοσοκομείου όπως και κάθε Μονάδας παροχής υπηρεσιών Υγείας διαφέρει σημαντικά από τη λειτουργία των άλλων οργανισμών. Οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται καθημερινά από όλες τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου για τη σωστή διάγνωση του προβλήματος υγείας του ασθενούς, για την επιλογή στη συνέχεια της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, την περίθαλψη μέχρι την τελική αποθεραπεία είναι όχι μόνο πολλές και διάφορες αλλά αλληλεξαρτώμενες και απόλυτα συμπληρωματικές μεταξύ τους.

Η ανάπτυξη από τις τέσσερις υπηρεσίες του Νοσοκομείου των ενδεδειγμένων και κατάλληλων κάθε φορά δραστηριοτήτων, οι οποίες μπορεί να πραγματοποιούνται σε διαφορετικές χρονικές και λειτουργικές φάσεις αλλά και ο συσχετισμός των επί μέρους δραστηριοτήτων μεταξύ τους αποτελεί ιδιαίτερα σύνθετο και πολύπλοκο συνολικό έργο, για την εκτέλεση του οποίου χρειάζεται υψηλού βαθμού συγχρονισμός των αποφάσεων και των ενεργειών όλων όσων εμπλέκονται στα διάφορα στάδια υλοποίησης του.

Έτσι, η κάθε υπηρεσία του Νοσοκομείου με τα διάφορα τμήματα της δεν περιορίζεται μόνο στην υποστήριξη του έργου των άλλων υπηρεσιών αλλά συμμετέχει ενεργά και συνεχώς στην παραγωγή του τελικού προϊόντος που είναι η σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασθενών του Νοσοκομείου. Παρά τη διοικητική αυτοτέλεια που έχει κάθε μια από τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, αυτές διασυνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά ώστε να είναι δυνατή η συνεχής ροή πληροφοριών και δραστηριοτήτων μεταξύ όλων των υπηρεσιών και η εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας στη συνολική λειτουργία του Νοσοκομείου.

7.7. Το ανθρώπινο δυναμικό

Σε ότι αφορά τη στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» αυτή έχει ως εξής:

A) ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Πανεπιστημιακοί Γιατροί (ΔΕΠ) 14

Καθηγητές 1

Αναπληρωτές Καθηγητές 7

Επικουροι Καθηγητές 5

Λέκτορες 1

Μόνιμοι Γιατροί ΕΣΥ 254

Διευθυντές 33

Αναπληρωτές Διευθυντές 67

Επιμελητές Α' 101

Επιμελητές Β' 53

Ειδικευόμενοι Γιατροί 300

Επιστημονικό μη Ιατρικό προσωπικό 36

ΠΕ Φαρμακοποιών, Βιοχημικών κλπ 30

ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου 6

B) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ 908

ΠΕ Νοσηλευτών 20

ΤΕ, ΔΕ Νοσηλευτών 711

ΔΕ Πρακτικών 44

ΤΕ Επισκεπτών, Μαιών	14
ΥΕ Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπ.	119

Γ) ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ 502

ΠΕ	27
ΤΕ	124
ΔΕ	203
ΥΕ	148

Δ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ 98

ΠΕ Μηχανικών	5
ΤΕ	5
ΔΕ	88

- **ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΛΗΝ ΓΙΑΤΡΩΝ 1544**
- **ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 572**

Κατωτέρω παρουσιάζεται η κατανομή του μονίμου πλην των γιατρών προσωπικού σύμφωνα με τα χρόνια εκπαίδευσης (Πίν7.1), κατά ηλικιακή ομάδα και κατά φύλο (Πίν. 7.2), κατά χρόνια υπηρεσίας (Πίν. 7.3) και κατά βαθμό, κατηγορία και φύλο (Πίν. 7.4).

Πίνακας 7.1. Κατανομή προσωπικού σύμφωνα με τα χρόνια εκπαίδευσης

	Μόνιμοι	Ιδ. Δικαίου
ΠΕ	82	2
ΤΕ	593	1

Πίνακας 7.3. Κατανομή προσωπικού κατά χρόνια υπηρεσίας

ΑΝΔΡΕΣ

Κατηγορία	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35
ΠΕ	2	5	4	7	5	5	5
ΤΕ	30	24	16	33	5	2	-
ΔΕ	19	10	18	71	43	10	8
ΥΕ	25	14	8	35	13	4	2
ΣΥΝΟΛΟ		423					

ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Κατηγορία	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35
ΠΕ	6	12	5	15	5	4	2
ΤΕ	129	82	59	121	58	18	16
ΔΕ	80	18	68	162	53	21	19
ΥΕ	36	12	25	59	23	6	5

ΣΥΝΟΛΟ 1121

Πίνακας 7.4. Κατανομή προσωπικού κατά βαθμό, κατηγορία και φύλο

ΒΑΘΜΟΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ							
	ΠΕ		ΤΕ		ΔΕ		ΥΕ	
	Άνδρ.	Γυναικ.	Άνδρ.	Γυναικ.	Άνδρ.	Γυναικ.	Άνδρ.	Γυναικ.
Δ/ΝΤΗ	2	2	6	-	-	-	-	-
Α'	15	30	37	194	82	118	-	-
Β'	13	12	24	83	72	197	15	18
Γ'	3	10	39	159	15	76	47	99
Δ'	-	5	10	47	10	32	29	33
Ε'	-	-	-	-	-	-	10	16

Σύμφωνα με τους παραπάνω πίνακες, το ανθρώπινο δυναμικό των μονίμων υπαλλήλων πλην των γιατρών του Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς» έχει ως εξής:

Ένα ποσοστό, της τάξης του 44% ανήκει στις κατηγορίες Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ) και Τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ) (Πίνακας 7.1).

Η πλειοψηφία των εργαζομένων είναι γυναίκες σε ποσοστό 73%, δηλαδή περίπου τα $\frac{3}{4}$ του προσωπικού είναι γυναίκες (Πίνακας 7.2).

Ως προς την ηλικιακή ομάδα των εργαζομένων, για μεν τους άνδρες, στην ΠΕ και ΤΕ κατηγορία η πλειοψηφία είναι μεταξύ 35 και 44 ετών, στη ΔΕ κατηγορία είναι μεταξύ 40-44 και στην ΥΕ μεταξύ 35 και 39 χρονών.

Για δε τις γυναίκες, στην ΠΕ και ΤΕ κατηγορία είναι μεταξύ 40 και 44 ετών, στη ΔΕ 35-39 ετών και στην ΥΕ 45-49 ετών.

Ως προς τα χρόνια υπηρεσίας, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες η πλειοψηφία των εργαζομένων έχει 16-20 χρόνια υπηρεσίας σε όλες τις κατηγορίες εκπαίδευσης, πλην των γυναικών της ΤΕ κατηγορίας που στα 0-5 χρόνια υπηρεσίας συγκεντρώνεται ο μεγαλύτερος αριθμός γυναικών και αυτό ίσως οφείλεται στο ότι τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί προτεραιότητα στις προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία και είχαμε μεγάλο αριθμό προσλήψεων νοσηλευτών/τριών, που η πλειοψηφία του κλάδου είναι γυναίκες (Πίνακας 7.3).

Όσον αφορά στη βαθμολογική διάρθρωση, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες όλων των κατηγοριών εκπαίδευσης οι μεγαλύτεροι αριθμοί είναι στους Βαθμούς Α και Β.

Από τα ανωτέρω, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το προσωπικό (πλην των γιατρών για τους οποίους δεν καταγράφονται στοιχεία) του Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς», έχει αρκετά χρόνια εμπειρίας και βρίσκεται στην πλέον παραγωγική ηλικία.

Μετά την αναφορά στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», στην αποστολή του, την οργανωτική του διάρθρωση και τη στελέχωσή του, θα περιγραφεί η έρευνα που πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων πίεσης στον εργασιακό χώρο του Νοσοκομείου και της επαγγελματικής εξουθένωσης, έτσι ώστε να είναι δυνατός ο σχεδιασμός παρεμβάσεων.

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή αυτής της εργασίας, σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που προκαλούν πίεση καθώς και η διερεύνηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» και συγκεκριμένα στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, έτσι ώστε να γίνουν προσπάθειες για τη διαχείριση και την εξάλειψή τους μέσω των κατάλληλα σχεδιασμένων παρεμβάσεων.

Οι ειδικότεροι στόχοι της έρευνας ήταν:

- Ο εντοπισμός των παραγόντων που προκαλούν πίεση στους εργαζόμενους και η σύγκριση τους με τις τρεις κατηγορίες του προσωπικού (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό).
- Ο εντοπισμός των παραγόντων κάθε μιας από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ήτοι της συναισθηματικής εξάντλησης, των προσωπικών επιτευγμάτων και της αποπροσωποποίησης ανά κατηγορία προσωπικού (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό).
- Η σύγκριση των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις τρεις κατηγορίες του προσωπικού, προκειμένου να εντοπισθούν τυχόν διαφοροποιήσεις.
- Η εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων για τη μείωση και εξάλειψη των παραγόντων που προκαλούν πίεση και γενικότερα για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας.
-
- Η εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων για τη μείωση και εξάλειψη της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς».

8. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

8.1. Υλικό και μέθοδος

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας διαμορφώθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε μια σειρά ερωτήσεων κλειστού τύπου ανά ενότητα (βλέπε Παράρτημα Α) και συμπληρώθηκε από εργαζόμενους του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ.Γεννηματάς». Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από επιστολή στην οποία περιγράφονταν ο φορέας πραγματοποίησης της έρευνας, ο σκοπός και η χρησιμότητά της, ενώ παράλληλα δίνονταν οδηγίες για τη συμπλήρωση του και διαβεβαίωση ως προς την εξασφάλιση της ανωνυμίας.

Το ερωτηματολόγιο δομήθηκε σε επτά ενότητες. Οι πέντε ενότητες είχαν διαμορφωθεί από τον Τομέα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της Ε.Σ.Δ.Υ και διερευνούσαν τους παράγοντες πίεσης, η έκτη ενότητα ήταν το Ερωτηματολόγιο Καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach «Maslach Burnout Inventory MBI» και διερευνούσε το σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και τέλος η έβδομη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορούσε σε γενικά στοιχεία των εργαζομένων.

Και στις πέντε πρώτες ενότητες, η μέτρηση των παραγόντων πίεσης στηρίχθηκε σε κλίμακα πέντε πιθανών απαντήσεων (1=Δεν με πιέζει καθόλου, 2=Με πιέζει λίγο, 3=Με πιέζει αρκετά, 4=Με πιέζει πολύ, 5=Με πιέζει πάρα πολύ).

Στην έκτη ενότητα, η μέτρηση των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης: της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων στηρίχθηκε και αυτή σε κλίμακα πέντε πιθανών απαντήσεων (1=Ποτέ, 2=Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο, 3=Μερικές φορές το μήνα ή λιγότερο, 4=Μερικές φορές την εβδομάδα ή λιγότερο, 5=Συνεχώς

Συγκεκριμένα:

Η πρώτη ενότητα αφορούσε στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με το χώρο και τις συνθήκες εργασίας και περιλάμβανε 24 ερωτήσεις.

Η δεύτερη ενότητα αφορούσε στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας περιλάμβανε 10 ερωτήσεις.

Η τρίτη ενότητα αφορούσε στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με τη θέση του εργαζόμενου και την επαγγελματική του εξέλιξη περιλάμβανε 6 ερωτήσεις.

Η τέταρτη ενότητα αφορούσε στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον περιλάμβανε 5 ερωτήσεις.

Η πέμπτη ενότητα αφορούσε στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με το εργασιακό κλίμα περιλάμβανε 11 ερωτήσεις.

Η έκτη ενότητα, αναφερόταν στην Καταγραφή της Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach. Αφορούσε στους παράγοντες που σχετίζονται με τις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Περιλάμβανε 22 ερωτήσεις που μετρούν τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: τη συναισθηματική εξάντληση (9 ερωτήσεις), την αποπροσωποποίηση (5 ερωτήσεις) και τα προσωπικά επιτεύγματα (8 ερωτήσεις). Υψηλές τιμές στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και χαμηλές τιμές στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων δηλώνουν αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι Φ. Αναγνωστόπουλος και Δ. Παπαδάτου διαμόρφωσαν την ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου της Maslach μετά από μετάφραση, αντίστροφη μετάφραση, ομαδική συζήτηση με 60 φοιτητές νοσηλευτικής και διόρθωση ορισμένων θεμάτων. Εφάρμοσαν το ερωτηματολόγιο σε δείγμα 443 νοσηλευτριών έξι δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992).

Τέλος, **η έβδομη ενότητα** του ερωτηματολογίου αφορούσε στα γενικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων και συγκεκριμένα περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία επαγγελματικής προσωπικότητας, εκπαίδευσης, εισοδήματος, ύπαρξης υποστηρικτικού περιβάλλοντος και χόμπι.

Αναλυτικά τα στοιχεία της έβδομης ενότητας αναφέρονταν στα παρακάτω:

- Φύλο
- Ηλικία
- Οικογενειακή κατάσταση
- Εκπαίδευση
- Ειδικότητα
- Θέση στον Οργανισμό
- Επαγγελματική εμπειρία
- Μηνιαίο εισόδημα
- Απασχόληση άλλη εκτός από την κύρια
- Οικογενειακό-Κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον
- Υπαρξη χόμπι

Στα πλαίσια της προέρευνας, συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια με προσωπική συνέντευξη. Κατά τη διάρκεια της προέρευνας ελέγχθηκαν η πληρότητα και η λειτουργικότητα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου πριν τη διαμόρφωση του τελικού σχεδίου. Επίσης, έγιναν αναδιατυπώσεις ορισμένων ερωτημάτων, προκειμένου να μην υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην ερμηνεία τους και να εξασφαλιστεί η δυνατότητα αποτελεσματικών συγκρίσεων και δεδομένων.

Το δείγμα της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε ήταν 300 άτομα και συγκεκριμένα 100 άτομα από το ιατρικό προσωπικό, 100 άτομα από το νοσηλευτικό προσωπικό και 100 άτομα από το διοικητικό προσωπικό και η εκλογή του έγινε με τυχαία δειγματοληψία.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους εργαζόμενους κατά το χρονικό διάστημα από 18-12-2004 έως 24-12-2004. Τελικά, επιστράφησαν συμπληρωμένα από το ιατρικό προσωπικό 93 ερωτηματολόγια, από το νοσηλευτικό προσωπικό 96 ερωτηματολόγια και από το διοικητικό προσωπικό 98 ερωτηματολόγια. Συνολικά συμπληρώθηκαν 287 ερωτηματολόγια από τους εργαζόμενους στο νοσοκομείο.

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και μετά από στατιστική επεξεργασία που έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα κοινωνικών επιστημών (Statistical Package for Social Sciences) όλων των μεταβλητών προσδιορίστηκε για κάθε μεταβλητή – ερώτηση προς τους χρήστες, το ποσοστό ανά κλίμακα απαντήσεων.

Αρχικά, βρέθηκαν τα ποσοστά και οι μέσοι όροι των μεταβλητών των σχετικών με την προσωπική και επαγγελματική προσωποτυπία, τόσο για το ιατρικό όσο και για το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του Γ.Ν.Α «Γ.Γεννηματάς».

Εν συνεχεία, υπολογίστηκε ο μέσος βαθμός πίεσης ανά κατηγορία προσωπικού, για κάθε μια από τις πέντε ενότητες των παραγόντων πίεσης, δηλαδή για τους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με το χώρο και τις συνθήκες εργασίας, με τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, με τη θέση του εργαζόμενου και την επαγγελματική του εξέλιξη, με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και με το εργασιακό κλίμα.

Για τον έλεγχο της ύπαρξης διαφοροποίησης στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με το χώρο και τις συνθήκες εργασίας, με τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, με τη θέση του εργαζόμενου και την επαγγελματική του εξέλιξη, με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και με το εργασιακό κλίμα ανά κατηγορία προσωπικού εφαρμόστηκε ο χ^2 έλεγχος σε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο του 0,05.

Τέλος, όσον αφορά στη διερεύνηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, υπολογίστηκε η μέση τιμή του δείκτη μέτρησης για κάθε μια από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ήτοι της συναισθηματικής εξάντλησης, των προσωπικών επιτευγμάτων και της αποπροσωποποίησης ανά κατηγορία προσωπικού. Για τη μελέτη της ύπαρξης διαφοροποιήσεων μεταξύ των κατηγοριών του προσωπικού, διεξήχθη One Way Analysis of Variance.

8.2 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Η έρευνα βασίστηκε σε ανώνυμο κλειστού τύπου ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε 56 ερωτήσεις σχετικά με τους παράγοντες πίεσης και 22 ερωτήσεις σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση και λήφθηκε σε τυχαίο δείγμα 300 εργαζομένων από τον ιατρικό, τον νοσηλευτικό και το διοικητικό τομέα του Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς». Τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση ήταν 287.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο χώρο εργασίας, αφού προηγουμένα ζητήθηκε η άδεια από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου και από τον Πρόεδρο του Β' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε επί τόπου, είτε παρουσία των σπουδαστών

της ΕΣΔΥ, είτε αφού δόθηκαν οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης, ζητήθηκε η εθελοντική συμπλήρωση και επιστροφή τους μετά από ένα χρονικό διάστημα που κυμαινόταν από ώρες μέχρι 3 ημέρες.

Κατά τη διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων επισημάνθηκαν δυσκολίες όπως:

- Προφανής απροθυμία συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, κυρίως λόγω «έλλειψης χρόνου».
- Κάποιοι δέχτηκαν να συμμετέχουν με την προϋπόθεση να κρατούσαν το ερωτηματολόγιο για να το συμπληρώσουν αυτοί όποτε μπορούν.
- Χρειάστηκε να ενοχληθεί 2-3 φορές το ίδιο άτομο για να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο.
- Στα τμήματα όπου υπήρχε μεγάλη ένταση εργασίας (πχ ΜΕΘ για γιατρούς / νοσηλευτές, Τμήματα εξυπηρέτησης πολιτών για διοικητικούς) οι περισσότεροι αρνήθηκαν κατηγορηματικά ακόμα και να παραλάβουν τα έντυπα λόγω έλλειψης χρόνου.
- Υπήρξαν ερωτήσεις στις οποίες δεν απάντησε ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό του δείγματος. Αυτές αφορούσαν ορισμένα δημογραφικά στοιχεία (όπως ηλικία και μηνιαίο εισόδημα) αλλά και θέματα που δεν σχετίζονταν με το αντικείμενο της εργασίας του ατόμου (π.χ. προβλήματα με τις εργαστηριακές εξετάσεις, βάρδιες, στα οποία δεν απάντησε το διοικητικό προσωπικό).
- Πολλοί εργαζόμενοι ρωτούσαν πόσος χρόνος θα χρειαζόταν για τη συμπλήρωση. Αρκετοί ήταν διστακτικοί σχετικά με το περιεχόμενο. Οι περισσότεροι ήταν σίγουροι για τα αποτελέσματα πριν καν το συμπληρώσουν.
- Κάποιοι ήθελαν διευκρινήσεις σε μερικά ερωτήματα.
- Υπήρχαν άτομα που έπεισαν και άλλους να λάβουν μέρος στην έρευνα.
- Σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία, υπήρξαν παρατηρήσεις από το νοσηλευτικό κυρίως προσωπικό ως προς το ότι δεν υπήρχε ερώτηση που να αφορά στον αριθμό των παιδιών, ώστε να φανεί μέσα από αυτό ότι υπάρχουν μητέρες με 3 και 4 παιδιά που κάνουν βάρδιες.

Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δόθηκαν ευχαριστίες για τη συμμετοχή των εργαζομένων στην ολοκλήρωση της έρευνας. Επίσης δόθηκαν διαβεβαιώσεις στους

συμμετέχοντες ότι μπορούσαν εάν το επιθυμούσαν να πληροφορηθούν τα αποτελέσματα της έρευνας.

9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αναλύοντας τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτουν σημαντικές πληροφορίες για τους παράγοντες πίεσης καθώς και για την επαγγελματική εξουθένωση, όπου ιδιαίτερα σημαντικοί θεωρήθηκαν οι παράγοντες με τιμή πάνω από 3,5.

9.1 Η προσωπική και επαγγελματική προσωποτυπία των εργαζομένων του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού τομέα του Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς».

Βάσει των στοιχείων που καταγράφηκαν αναλύονται παρακάτω τα ατομικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση), το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ειδικότητα, η θέση στον οργανισμό η επαγγελματική εμπειρία των εργαζομένων του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού τομέα του Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς».

Πίνακας 9.1.1. Κατανομή του δείγματος ανά κατηγορία ως προς το φύλο.

Φύλο			
	Διοικητικό	Ιατρικό	Νοσηλευτικό
Αντρες	27 (28%)	69 (74%)	22 (25%)
Γυναίκες	71 (72%)	24 (26%)	74 (75%)
Σύνολο	98	93	96

Στην κατανομή ως προς το φύλο (Πίνακα 9.1.1.), για μεν τις κατηγορίες Διοικητικού και Νοσηλευτικού προσωπικού οι αναλογίες ανδρών - γυναικών κυμαίνονται περίπου στα ίδια επίπεδα δηλαδή στους 10 ερωτηθέντες οι 7 ήταν γυναίκες και οι 3 άνδρες, για δε την κατηγορία του ιατρικού προσωπικού η αναλογία είναι αντίστροφη. Η υπεροχή του γυναικείου φύλου στο διοικητικό και νοσηλευτικό τομέα είναι εμφανής.

Πίνακας 9.1.2. Κατανομή του δείγματος ανά κατηγορία ως προς την μέση ηλικία.

Ηλικία			
	Διοικητικό	Ιατρικό	Νοσηλευτικό
Μέσος όρος	42,5	45,87	35,3
Δεν απάντησαν	50(51%)	35(37,6%)	58(60,4%)

Όσον αφορά στην ηλικία, είχαμε μια σημαντική απώλεια απαντήσεων, κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό, όπου 6 στους 10 δεν απάντησαν και ακολούθως στο διοικητικό προσωπικό, όπου δεν απάντησε ο ένας στους δύο, ενώ στο ιατρικό προσωπικό δεν απάντησαν οι 4 στους 10.

Η μέση ηλικία (πίνακας 9.1.2) του δείγματος, για την κατηγορία του διοικητικού προσωπικού προσδιορίζεται στα 42,5 έτη, για την κατηγορία του νοσηλευτικού προσωπικού στα 35,3 έτη και τέλος, για το ιατρικό προσωπικό στα 45,87 έτη. Είναι εμφανές ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι το νεότερο σε ηλικία και από τις τρεις κατηγορίες.

Πίνακας 9.1.3. Κατανομή του δείγματος ανά κατηγορία ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Οικογενειακή κατάσταση			
	Διοικητικό	Ιατρικό	Νοσηλευτικό
Παντρεμένοι	62 (63%)	75(80,6%)	46 (50%)
Ελεύθεροι	21 (22%)	13(14%)	39 (42%)
Διαζευγμένοι	8 (8%)	2(2,2%)	4 (5%)
Χήροι	2 (2%)	1(1,1)	-
Συζούντες	5 (5%)	2(2,2%)	3 (3%)
Δεν απάντησαν	-	-	4 (4,2%)
Σύνολο	98	93	96

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση (πίνακας 9.1.3) διαφαίνεται ότι, η πλειοψηφία και των τριών κατηγοριών προσωπικού είναι έγγαμοι και συγκεκριμένα από το διοικητικό προσωπικό οι 6 στους 10 είναι παντρεμένοι, από το ιατρικό προσωπικό οι 8 στους 10 είναι παντρεμένοι και από το νοσηλευτικό προσωπικό οι 5 στους 10 είναι παντρεμένοι.

Πίνακας 9.1.4. Κατανομή του δείγματος ανά κατηγορία ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Επίπεδο εκπαίδευσης			
	Διοικητικό	Ιατρικό	Νοσηλ
Υποχρεωτική εκπαίδευση	-	-	1 (1,1%)
Β/βάθμια εκπαίδευση	44 (45,3%)	-	26(28,7%)
ΤΕΙ	24 (24,7%)	-	52(57,4%)
ΑΕΙ	16 (16,5%)	91(100%)	5 (5,3%)
Μεταπτυχιακό	12 (12,4%)	7(8%)	5 (5,3%)
Διδακτορικό	0 (0,0%)	48(52%)	1 (1,1%)
Άλλα	1 (1,1%)	1(1,1%)	1 (1,1%)
Δεν απάντησαν	1(1%)	2(2,2%)	2(2,1%)

Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης (πίνακας 9.1.4.) παρατηρείται ότι, στο διοικητικό προσωπικό η πλειοψηφία (45,3%), δηλαδή ο 1 στους 2 προέρχεται από τη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση και στο νοσηλευτικό προσωπικό το 57,4% περίπου οι 10 στους 6 είναι απόφοιτοι Τ.Ε.Ι. Όσον αφορά στο ιατρικό προσωπικό, το 52% ,ήτοι ο 1 στους 2 είναι κάτοχος διδακτορικού τίτλου.

Τέλος, το 5,3% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απόφοιτοι Α.Ε.Ι. και το ίδιο ποσοστό έχει και μεταπτυχιακό τίτλο.

Πίνακας 9.1.5 . Κατανομή του δείγματος ανά κατηγορία ως προς τη θέση στον Οργανισμό.

	Διοικητικό	Νοσηλευτικό	Ιατρικό	
Προϊστάμενος	9 (9,5%)	7 (8,9%)	Διευθυντής	18(25%)
Υπεύθυνος τμήματος	7 (7,3%)	6 (7,6%)	Επιμελητής Α΄	30(42%)
Υπάλληλος	79(83,2%)	66(83,5%)	Επιμελητής Β΄	24(33%)
Δεν απάντησαν	3(3,1%)	17(17,7%)	Δεναπάντησαν	21(22,6%)

Οι ερωτηθέντες προέρχονταν από όλες τις βαθμίδες της ιεραρχίας. Η πλειοψηφία των εργαζομένων από το διοικητικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ήτοι οι 8 στους 10, κατείχαν θέση υπαλλήλου στον Οργανισμό, ο 1 στους 10 κατείχε θέση προϊστάμενου και ο 1 στους 10 κατείχε θέση υπεύθυνου τμήματος. Από το ιατρικό προσωπικό, οι 2 στους 10 κατείχαν τη θέση του Διευθυντή, οι 4 στους 10 κατείχαν τη θέση του Επιμελητή Α' και οι 3 στους 10 κατείχαν τη θέση του Επιμελητή Β'.

Πίνακας 9.1.6. Κατανομή του δείγματος ανά κατηγορία ως προς τον χαρακτηρισμό της θέσης στον Οργανισμό

Χαρακτηρισμός της θέσης στον Οργανισμό			
	Διοικητικό	Ιατρικό	Νοσηλευτ
Χαμηλή	37(38,1%)	19(21,1%)	29(30,9%)
Μεσαία	51(52,6%)	45(50,0%)	59(62,8%)
Υψηλή	9(9,3%)	25(27,8%)	6(6,4%)
Δεν απάντησαν	1(1%)	4(4,3%)	2(2,1%)

Ο μεγαλύτερος αριθμός από τους ερωτηθέντες και των τριών

κατηγοριών του προσωπικού χαρακτήρισε τη θέση του στον Οργανισμό ως μεσαία.

Πίνακας 9.1.7. Κατανομή του δείγματος ανά κατηγορία ως προς τα συνολικά χρόνια εργασίας

	Διοικητικό		Ιατρικό		Νοσηλευτικό	
	Συνολικά Χρόνια εργασίας	Χρόνια Εργασίας στο Γ.Ν.Α«Γ.Γεννηματος»	Συνολικά Χρόνια εργασίας	Χρόνια Εργασίας στο Γ.Ν.Α«Γ.Γεννηματος»	Συνολικά Χρόνια εργασίας	Χρόνια Εργασίας στο Γ.Ν.Α«Γ.Γεννηματος»
0-10	15(15,8%)	28(31,5%)	20(22,7%)	43(53,1%)	28(30,8%)	36(43,4%)
11-20	43(45,3%)	43(48,3%)	29(33%)	27(33,3%)	48(52,7%)	40(48,2%)
21-30	33(34,7%)	16(18%)	35(40,2%)	8(9,9%)	15(16,5%)	7(8,4%)
31-	4(4,2%)	2(2,2%)	4(4,5%)	3(3,7%)	-	-
Δεν απάντησαν	3(3,1%)	9(9,2%)	5(5,4%)	12(12,9%)	5(5,2%)	13(13,5%)

Ο μέσος όρος των συνολικών χρόνων εργασίας για το προσωπικό έχει ως εξής:

Διοικητικό προσωπικό	18,44 χρόνια εργασίας
Ιατρικό προσωπικό	19,01 χρόνια εργασίας
Νοσηλευτικό προσωπικό	13,7 χρόνια εργασίας

Όπως φαίνεται από τον ανωτέρω πίνακα το προσωπικό και των τριών κατηγοριών έχει μεγάλη εργασιακή εμπειρία. Το ιατρικό προσωπικό έχει το μεγαλύτερο μέσο όρο χρόνων εργασίας (19,01), ακολουθεί το διοικητικό προσωπικό και τέλος το νοσηλευτικό προσωπικό.

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει τα λιγότερα χρόνια εργασίας, καθώς γίνονται προσλήψεις για την κάλυψη των αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ αντίθετα οι προσλήψεις σε διοικητικό προσωπικό είναι ελάχιστες και αφορούν κυρίως ειδικότητες όπως πληροφορικής, διοίκησης μονάδων υγείας και πρόνοιας, λογιστικής, δηλαδή εξειδικευμένο προσωπικό.

Ο μέσος όρος των συνολικών χρόνων εργασίας στο Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς» για το προσωπικό έχει ως εξής:

Διοικητικό προσωπικό	14,9 χρόνια εργασίας
Ιατρικό προσωπικό	12,14 χρόνια εργασίας
Νοσηλευτικό προσωπικό	11,9 χρόνια εργασίας

Ο μέσος όρος δείχνει ότι υπάρχει προσωπικό με μεγάλη εμπειρία μέσα στο ίδιο το Νοσοκομείο.

Πίνακας 9.1.8. Κατανομή του δείγματος ανά κατηγορία ως προς τα χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη θέση.

Χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη θέση			
	Διοικητικό	Ιατρικό	Νοσηλευτικό
0-10	60(69,0%)	60(75,9%)	40(56,3%)
11-20	24(27,6%)	15(19,0%)	26(36,7%)
21-30	3(3,4%)	3(3,8%)	5(7,0%)
31-	-	-	-
Δεν απάντησαν	11(11,2%)	15(16,2%)	25(26,0%)

Ο μέσος όρος των συνολικών χρόνων εργασίας στη συγκεκριμένη θέση για το προσωπικό έχει ως εξής:

Διοικητικό προσωπικό 8,28 χρόνια εργασίας

Ιατρικό προσωπικό 7,8 χρόνια εργασίας

Νοσηλευτικό προσωπικό 10,39 χρόνια εργασίας

Στα χρόνια εργασίας στη συγκεκριμένη θέση, το νοσηλευτικό προσωπικό παρά το γεγονός ότι έχει τα λιγότερα χρόνια εργασίας τόσο γενικά όσο και στο Γ.Ν.Α «Γ.Γεννηματάς», σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες προσωπικού, ωστόσο έχει μεγαλύτερη σταθερότητα στη συγκεκριμένη θέση όπως φαίνεται από το μέσο όρο, σε σύγκριση με το διοικητικό και ιατρικό προσωπικό που παρουσιάζει κινητικότητα.

Πίνακας 9.1.9. Κατανομή του δείγματος ανά κατηγορία ως προς το μηνιαίο εισόδημα.

Μηνιαίο εισόδημα (ευρώ)			
	Διοικητικό	Ιατρικό	Νοσηλευτικό
Εύρος	800-2000	930-3000	800-1500
Μέσος όρος	1080	1930	1060
Δεν απάντησαν	12(12,3%)	15(16,4%)	16(17,4%)

Όπως προαναφέρθηκε στα μεθοδολογικά σχόλια, οι απαντήσεις ως προς το ύψος του μηνιαίου εισοδήματος ήταν ατελείς και γι' αυτό εξαιρέθηκαν οι ακραίες τιμές και

εργαστήκαμε με λιγότερα στοιχεία και με τους μέσους όρους, γιατί η κλιμάκωση και η κατανομή σε ομάδες δεν θα εξυπηρετούσε την ανάλυσή μας.

Ο μέσος όρος ως προς το μηνιαίο εισόδημα είναι για το διοικητικό και νοσηλευτικό προσωπικό περίπου στα ίδια επίπεδα (1080 και 1060 Ευρώ) και για το ιατρικό προσωπικό στα 1930 Ευρώ.

Ως προς την ερώτηση εάν έχουν άλλη εργασία εκτός από την κύρια, το προσωπικό που δήλωσε ότι έχει και άλλη εργασία ήταν:

- στο διοικητικό προσωπικό το 21,6% με μέσο όρο 16 ώρες απασχόλησης την εβδομάδα.
- στο ιατρικό προσωπικό το 9,9% με μέσο όρο 9,5 ώρες απασχόλησης την εβδομάδα.
- στο νοσηλευτικό προσωπικό το 11,6% με μέσο όρο 14 ώρες απασχόλησης την εβδομάδα.

Πίνακας 9.1.10. Κατανομή του δείγματος ανά κατηγορία ως προς τη λήψη υποστήριξης από την οικογένεια, τους φίλους και τον προϊστάμενο, ως προς το εάν δόθηκε η κατάλληλη εκπαίδευση, ως προς την ύπαρξη χόμπι και ως προς την παρέα με συναδέλφους.

		Διοικητικό	Ιατρικό	Νοσηλευτικό
Υποστήριξη από οικογένεια φίλους	Ναι	79 (84,0%)	78(86%)	84 (87,5%)
	Όχι	15 (16,0%)	13(14%)	12 (12,5%)
Υποστήριξη Προϊστάμενου	Ναι	57 (60,0%)	61(69%)	72 (77,4%)
	Όχι	38 (40,0%)	27(31%)	21 (22,6%)
Δόθηκε η κατάλληλη εκπαίδευση	Ναι	48 (50,0%)	70(77%)	66 (71,0%)
	Όχι	48 (50,0%)	21(23%)	27 (29,0%)
Υπαρξη χόμπι	Ναι	74 (77,9%)	74(81%)	76 (81,7%)
	Όχι	21 (22,1%)	17(19%)	17 (18,3%)
Παρέα με Συναδέλφους	Ναι	55 (56,7%)	64(70%)	70 (74,5%)
	Όχι	42 (43,3%)	27(30%)	24 (25,5%)

Στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες και των τριών κατηγοριών προσωπικού σε ένα ποσοστό 85%, υποστηρίζονται από την οικογένεια και τον κοινωνικό τους περίγυρο σε δυσκολίες που ανακύπτουν στη ζωή τους. Συγκεκριμένα δήλωσαν ότι υποστηρίζονται οι 8 στους 10 από το διοικητικό προσωπικό και οι 9 στους 10 από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Όσον αφορά στο εάν νομίζουν ότι ο άμεσος προϊστάμενος τους, τους υποστηρίζει στις δυσκολίες που ανακύπτουν στην εργασία τους απάντησαν θετικά οι 6 στους 10 από το διοικητικό προσωπικό, οι 7 στους 10 από το ιατρικό προσωπικό και οι 8 στους 10 από το νοσηλευτικό προσωπικό. Φαίνεται ότι η αλληλεγγύη στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι πιο ισχυρή.

Ως προς το εάν νομίζουν πως τους δόθηκε η κατάλληλη εκπαίδευση για να ανταπεξέλθουν στην εργασία που κάνουν, είναι σημαντική η διαφορά που παρατηρείται μεταξύ αφενός του διοικητικού προσωπικού και αφετέρου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Στο διοικητικό προσωπικό, οι θετικές προς τις αρνητικές απαντήσεις είναι 50% προς 50%, σε σχέση με το 23% των αρνητικών απαντήσεων του ιατρικού προσωπικού και το 29% των αρνητικών απαντήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού. Όπως προαναφέρθηκε στον πίνακα 9.1.4., ο 1 στους 2 εργαζόμενους από το διοικητικό προσωπικό είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, χωρίς ιδιαίτερη εκπαίδευση

Ως προς την ύπαρξη χόμπι που χαρίζουν ευεξία, και στις τρεις κατηγορίες οι 8 στους 10 απάντησαν ποσοστά πως έχουν χόμπι.

Τέλος, σχετικά με το εάν κάνουν παρέα με συναδέλφους, απάντησαν πως κάνουν παρέα οι 6 στους 10 από το διοικητικό προσωπικό και οι 7 στους 10 από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

9.2. Ως προς τους παράγοντες πίεσης των εργαζομένων του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού τομέα του Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς»

Για την εκτίμηση των παραγόντων πίεσης που αφορούν το χώρο και τις συνθήκες εργασίας, τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, τη θέση του εργαζόμενου και την επαγγελματική του εξέλιξη, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και το εργασιακό κλίμα, υπολογίσαμε το μέσο βαθμό πίεσης, τόσο για το διοικητικό όσο και για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Πίνακας 9.2.1. Μέσος βαθμός πίεσης του διοικητικού, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τους προς μελέτη παράγοντες

	Μέσοι όροι παραγόντων πίεσης σε σχέση με:	Διοικ	Ιατρ	Νοσ
Ενότητα 1	Χώρο και συνθήκες εργασίας	3,34	3,11	3,62
Ενότητα 2	Διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας	3,78	3,15	3,64
Ενότητα 3	Θέση εργαζόμενου και επαγγελματική εξέλιξη	2,95	2,58	3,02
Ενότητα 4	Οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον	2,57	2,57	3,00
Ενότητα 5	Εργασιακό κλίμα	3,54	2,92	3,63

Από την επεξεργασία των απαντήσεων του πίνακα (9.2.1.) προέκυψαν τα εξής:

Όσον αφορά το **διοικητικό προσωπικό**, από την ανάλυση των δεδομένων, γίνεται σαφές ότι ο κυριότερος παράγοντας πίεσης είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις (μέσος βαθμός πίεσης 3,78), ενώ ακολουθεί το εργασιακό κλίμα (μέσος βαθμός πίεσης 3,54). Το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον καθώς και η θέση του εργαζόμενου και η επαγγελματική εξέλιξη φαίνεται ότι επηρεάζει πολύ λίγο.

Όσον αφορά στο **ιατρικό προσωπικό**, ο βαθμός πίεσης για τους παράγοντες και των πέντε ενότητων δεν ξεπερνά το όριο του 3,5, που σημαίνει ισχυρή άσκηση πίεσης. Καμία ενότητα παραγόντων δεν είναι τόσο ισχυρή.

Το **νοσηλευτικό προσωπικό** παρουσιάζει μεγαλύτερο βαθμό πίεσης στο σύνολο των παραγόντων σε σχέση με το διοικητικό και ιατρικό προσωπικό. Βεβαίως, είναι γεγονός ότι, οι κυριότεροι παράγοντες και εδώ, όπου ο βαθμός πίεσης ξεπέρασε το όριο του 3,5 σχετίζονται με: το χώρο και τις συνθήκες εργασίας (μέσος βαθμός πίεσης 3,62), τις διαπροσωπικές σχέσεις (μέσος βαθμός πίεσης 3,64), το εργασιακό κλίμα (μέσος βαθμός πίεσης 3,63), αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (μέσος βαθμός πίεσης 3,00).

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται αναλυτικά οι παράγοντες πίεσης ανά ενότητα και οι διαφοροποιήσεις ανά κατηγορία προσωπικού και οι παρατηρούμενες στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά ερώτηση.

Πίνακας 9.2.2. Συγκριτική παρουσίαση παραγόντων πίεσης που σχετίζονται με το χώρο και τις συνθήκες εργασίας ανά κατηγορία προσωπικού (Chi- Square).

A/A		Κατηγορία Προσωπικού	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
1	Ο μεγάλος φόρτος εργασίας	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	14,3% 2,2% 4,3%	19,8% 9,8% 23,4%	26,4% 26,1% 25,5%	26,4% 26,1% 21,3%	13,2% 35,9% 25,5%
2	Ότι παίρνω σημαντικές αποφάσεις που επηρεάζουν τις ζωές των άλλων	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	12,1% 15,2% 16,9%	23,1% 7,6% 12,0%	29,7% 25,0% 31,3%	22,0% 25,0% 16,9%	13,2% 27,2% 22,9%
3	Το γεγονός ότι υπεραπασχολούμαι ή δεν απασχολούμαι μόνο στο αντικείμενο της εργασιακής μου ειδικότητας	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	16,1% 2,1% 10,6%	20,7% 10,6% 12,9%	27,6% 13,8% 15,3%	17,2% 39,4% 23,5%	18,4% 34,0% 37,6%
4	Η υπερβολική ή ελάχιστη εναλλαγή καταστάσεων που βιώνω στο χώρο εργασίας μου	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	28,6% 7,6% 13,5%	27,5% 13,0% 22,5%	27,5% 32,6% 19,1%	8,8% 26,1% 20,2%	7,7% 20,7% 24,7%
5	Το ότι εργάζομαι πάρα πολλές ώρες εργασίας	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	13,2% 4,4% 11,3%	25,3% 15,6% 31,3%	23,1% 24,4% 22,5%	25,3% 18,9% 17,5%	13,2% 36,7% 17,5%
6	Η έλλειψη προσωπικού	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	5,6% 1,1% 2,2%	13,3% 1,1% 9,8%	14,4% 13,7% 22,8%	27,8% 13,7% 14,1%	38,9% 70,5% 51,1%
7	Η μη ικανοποιητική χρηματική αμοιβή για το είδος της εργασίας που παρέχω και τα οικονομικά προβλήματα που μου δημιουργούνται	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	4,4% 2,1% 2,2%	9,9% 3,2% 5,4%	22,0% 8,5% 17,4%	29,7% 25,5% 31,5%	34,1% 60,6% 43,5%
8	Η συνεχής αλλαγή στις βάρδιες και η έλλειψη ύπνου εξαιτίας των εφημεριών	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	12,1% 9,7% 37,7%	27,5% 2,2% 6,6%	17,6% 11,8% 14,8%	27,5% 28,0% 9,8%	15,4% 48,4% 31,1%
9	Το ότι δεν επαρκούν οι χώροι των νοσοκομείων για τις ανάγκες των ασθενών	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	5,7% 2,2% 12,9%	10,2% 4,4% 15,7%	23,9% 27,8% 25,7%	27,3% 31,1% 15,7%	33,0% 34,4% 30,0%
10	Το ότι δεν επαρκούν οι χώροι των νοσοκομείων για τις ανάγκες	Ιατρικό	5,4%	13,0%	26,1%	26,1%	29,3%

	των εργαζόμενων	Νοσηλευτικό	,0%	8,4%	26,3%	30,5%	34,7%
		Διοικητικό	1,1%	5,6%	30,0%	28,9%	34,4%
11	Η έλλειψη αναγκαίων αναλώσιμων υλικών και κατάλληλου εξοπλισμού	Ιατρικό	6,6%	19,8%	24,2%	18,7%	30,8%
		Νοσηλευτικό	4,5%	12,4%	28,1%	27,0%	28,1%
		Διοικητικό	8,5%	7,3%	36,6%	20,7%	26,8%
12	Η καθημερινή λεπτομερής ενημέρωση των φακέλων των ασθενών	Ιατρικό	30,4%	30,4%	23,9%	6,5%	8,7%
		Νοσηλευτικό	29,7%	31,9%	20,9%	12,1%	5,5%
		Διοικητικό	50,0%	17,6%	16,2%	7,4%	8,8%
13	Η μεγάλη γραφειοκρατική διαδικασία για την εισαγωγή – εξιτήριο ασθενών και η πιθανή ταλαιπωρία τους	Ιατρικό	14,6%	21,3%	20,2%	16,9%	27,0%
		Νοσηλευτικό	14,3%	22,0%	19,8%	19,8%	24,2%
		Διοικητικό	19,7%	18,4%	17,1%	21,1%	23,7%
14	Ο κίνδυνος μετάδοσης ασθενειών και ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων	Ιατρικό	17,4%	33,7%	19,6%	15,2%	14,1%
		Νοσηλευτικό	3,1%	10,4%	21,9%	19,8%	44,8%
		Διοικητικό	7,9%	20,2%	20,2%	18,0%	33,7%
15	Η αναξιπιστία και η καθυστέρηση κάποιες φορές των εργαστηριακών εξετάσεων	Ιατρικό	8,7%	23,9%	33,0%	17,0%	13,6%
		Νοσηλευτικό	4,2%	13,5%	28,6%	21,4%	22,6%
		Διοικητικό	12,9%	14,1%	26,6%	14,1%	23,4%
16	Η αρνητική-επιθετική στάση κάποιων ασθενών και των συγγενών τους	Ιατρικό	8,7%	23,9%	19,6%	19,6%	28,3%
		Νοσηλευτικό	4,2%	13,5%	21,9%	24,0%	36,5%
		Διοικητικό	12,9%	14,1%	24,7%	15,3%	32,9%
17	Το αίσθημα διαρκούς ευθύνης για τη ζωή των ασθενών και την εξέλιξη της υγείας τους	Ιατρικό	11,5%	23,0%	25,3%	18,4%	21,8%
		Νοσηλευτικό	3,4%	17,0%	20,5%	26,1%	33,0%
		Διοικητικό	13,8%	9,2%	26,2%	29,2%	21,5%
18	Η αντίληψη κάποιων ασθενών ή συγγενών τους ότι οι επαγγελματίες υγείας για να ασκήσουν σωστά τα καθήκοντά τους πρέπει να χρηματίζονται («φακελάκια»)	Ιατρικό	12,1%	25,3%	18,7%	11,1%	33,0%
		Νοσηλευτικό	11,6%	12,6%	21,1%	21,1%	33,7%
		Διοικητικό	14,6%	9,8%	18,3%	12,2%	45,1%
19	Η πιθανότητα να κάνω κάποιο λάθος κατά την διάρκεια της εργασίας μου και οι πιθανές επιπτώσεις του	Ιατρικό	6,6%	20,9%	25,3%	19,8%	27,5%
		Νοσηλευτικό	3,4%	11,4%	13,6%	28,4%	43,2%
		Διοικητικό	,0%	15,9%	19,3%	22,7%	42,0%
20	Η έλλειψη εμπιστοσύνης και η γενική καχυποψία απέναντι στους επαγγελματίες υγείας	Ιατρικό	9,9%	16,5%	26,4%	15,4%	31,9%
		Νοσηλευτικό	3,2%	18,9%	16,8%	25,3%	35,8%

		Διοικητικό	9,0%	14,6%	24,7%	27,0%	24,7%
21	Η ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας των ασθενών και η δημιουργία ψεύτικων προσδοκιών για ανθρωπιστικούς λόγους	Ιατρικό	15,4%	33,0%	23,1%	16,5%	12,1%
		Νοσηλευτικό	6,4%	17,0%	31,9%	27,7%	17,0%
		Διοικητικό	14,3%	12,9%	41,4%	20,0%	11,4%
22	Η αίσθηση αδυναμίας που νοιώθω κάποιες φορές να λάβω σημαντικές αποφάσεις	Ιατρικό	17,6%	31,9%	24,2%	13,2%	13,2%
		Νοσηλευτικό	11,7%	27,7%	21,3%	21,3%	18,1%
		Διοικητικό	5,1%	24,1%	29,1%	29,1%	22,8%
23	Η πιθανότητα διασυρμού μου από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης	Ιατρικό	29,9%	17,2%	20,7%	5,7%	26,4%
		Νοσηλευτικό	21,3%	21,3%	14,9%	16,0%	26,6%
		Διοικητικό	27,6%	14,5%	19,7%	14,5%	23,7%
24	Η ανυπαρξία ψυχολογικής υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας στα ενδονοσοκομειακά προγράμματα	Ιατρικό	26,1%	18,5%	22,8%	13,0%	19,6%
		Νοσηλευτικό	3,1%	11,5%	25,0%	33,3%	27,1%
		Διοικητικό	8,6%	9,9%	29,6%	25,9%	25,9%

Όπου 1=Δε με πιέζει καθόλου, 2=Με πιέζει λίγο, 3=Με πιέζει αρκετά, 4=Με πιέζει πολύ, 5=Με πιέζει πάρα πολύ

Όσον αφορά στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με το χώρο και τις συνθήκες εργασίας, αν μελετήσουμε κάθε μια από τις παραμέτρους, που επί της ουσίας εξετάστηκαν ανά κατηγορία προσωπικού, παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται κυρίως στις ερωτήσεις που έχουν σχέση με:

- Το μεγάλο φόρτο εργασίας
- Το γεγονός ότι υπεραπασχολούνται ή δεν απασχολούνται μόνο στο αντικείμενο της εργασιακής τους ειδικότητας
- Την υπερβολική ή ελάχιστη εναλλαγή καταστάσεων που βιώνουν στο χώρο εργασίας τους
- Το ότι εργάζονται πάρα πολλές ώρες εργασίας
- Την έλλειψη προσωπικού
- Τη μη ικανοποιητική χρηματική αμοιβή για το είδος της εργασίας που παρέχουν και τα οικονομικά προβλήματα που τους δημιουργούνται
- Τη συνεχή αλλαγή στις βάρδιες και την έλλειψη ύπνου εξαιτίας των εφημεριών
- Το ότι δεν επαρκούν οι χώροι των νοσοκομείων για τις ανάγκες των ασθενών
- Τον κίνδυνο μετάδοσης ασθενειών και ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων
- Την πιθανότητα να κάνουν κάποιο λάθος κατά την διάρκεια της εργασίας τους και τις πιθανές επιπτώσεις του
- Την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας των ασθενών και τη δημιουργία ψεύτικων προσδοκιών για ανθρωπιστικούς λόγους
- Την ανυπαρξία ψυχολογικής υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας στα ενδοноσοκομειακά προγράμματα

Ειδικότερα, όσον αφορά στο **ιατρικό προσωπικό**, τα ποσοστά πίεσης παρότι δεν είναι αμελητέα, δεν είναι και τα υψηλότερα ανά κατηγορία, συγκριτικά με τις άλλες δύο κατηγορίες προσωπικού. Αντίθετα, στην ερώτηση που αφορά την υπερβολική ή ελάχιστη εναλλαγή καταστάσεων που βιώνουν στο χώρο εργασίας τους, τα ποσοστά πίεσης είναι τα μικρότερα σε σχέση με τις άλλες δύο προς μελέτη κατηγορίες προσωπικού.

Το **νοσηλευτικό προσωπικό** είναι η κατηγορία των εργαζομένων που από την ανάλυση γίνεται εμφανές ότι δέχεται τις περισσότερες πιέσεις από τους παράγοντες που σχετίζονται

με το χώρο και τις συνθήκες εργασίας και διαφοροποιείται από τις άλλες δύο κατηγορίες προσωπικού στα ακόλουθα:

- Το μεγάλο φόρτο εργασίας
- Το γεγονός ότι υπεραπασχολούνται ή δεν απασχολούνται μόνο στο αντικείμενο της εργασιακής τους ειδικότητας
- Το ότι εργάζονται πάρα πολλές ώρες εργασίας
- Την έλλειψη προσωπικού
- Τη μη ικανοποιητική χρηματική αμοιβή για το είδος της εργασίας που παρέχουν και τα οικονομικά προβλήματα που τους δημιουργούνται
- Τη συνεχή αλλαγή στις βάρδιες και την έλλειψη ύπνου εξαιτίας των εφημεριών
- Τον κίνδυνο μετάδοσης ασθενειών και ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων
- Την πιθανότητα να κάνουν κάποιο λάθος κατά την διάρκεια της εργασίας τους και τις πιθανές επιπτώσεις του
- Την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας των ασθενών και τη δημιουργία ψεύτικων προσδοκιών για ανθρωπιστικούς λόγους
- Την ανυπαρξία ψυχολογικής υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας στα ενδονοσοκομειακά προγράμματα

Ως προς το Διοικητικό προσωπικό, από τα στοιχεία του πίνακα 9.2.2. φαίνεται ότι δεν δέχεται την υψηλότερη πίεση από τους παράγοντες που σχετίζονται με το χώρο και τις συνθήκες εργασίας και παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τις άλλες δύο κατηγορίες εργαζομένων στο:

- ότι δεν επαρκούν οι χώροι των νοσοκομείων για τις ανάγκες των ασθενών

Πίνακας 9.2.3. Συγκριτική παρουσίαση παραγόντων πίεσης που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας ανά κατηγορία προσωπικού (Chi- Square).

A/A		Κατηγορία Προσωπικού	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
1	Η επαγγελματική μετριότητα κάποιων συναδέλφων	Ιατρικό	5,4%	31,2%	28,0%	21,5%	14,0%
		Νοσηλευτικό	1,1%	13,7%	36,8%	25,3%	23,2%
		Διοικητικό	8,3%	15,6%	22,9%	17,7%	35,4%
2	Η υποχρέωση να ανήκετε σε ενδονοσοκομειακό κύκλωμα-κλίκα για να εξασφαλίσετε την ευημερία και την επαγγελματική σας εξέλιξη	Ιατρικό	22,8%	12,0%	20,7%	20,7%	23,9%
		Νοσηλευτικό	16,7%	15,6%	12,5%	22,9%	32,3%
		Διοικητικό	18,4%	10,3%	11,5%	12,6%	47,1%
3	Η αδιαφορία και η έλλειψη ευαισθησίας κάποιων συναδέλφων απέναντι στην εργασία τους και στους αποδέκτες της	ιατρικό	5,4%	19,6%	22,8%	23,9%	28,3%
		Νοσηλευτικό	1,1%	8,4%	25,3%	32,6%	32,6%
		Διοικητικό	1,1%	7,6%	18,5%	21,7%	51,1%
4	Η ανεπαρκής συνεργασία μεταξύ συναδέλφων διαφόρων ειδικοτήτων καθώς και τμημάτων του Οργανισμού	Ιατρικό	4,3%	16,1%	23,7%	21,5%	34,4%
		Νοσηλευτικό	1,1%	12,6%	24,2%	22,1%	40,0%
		Διοικητικό	2,1%	9,5%	14,7%	27,4%	46,3%
5	Η έλλειψη αλληλοϋποστήριξης και αλληλεγγύης μεταξύ συναδέλφων	Ιατρικό	5,6%	25,8%	22,5%	16,9%	29,2%
		Νοσηλευτικό	2,2%	8,6%	16,1%	30,1%	43,0%
		Διοικητικό	4,4%	4,4%	22,2%	18,9%	50,0%
6	Οι διαπροσωπικές συγκρούσεις μεταξύ συναδέλφων ή με ανωτέρους την ώρα εργασίας	Ιατρικό	7,5%	23,7%	21,5%	19,4%	28,0%
		Νοσηλευτικό	6,3%	7,3%	24,0%	20,8%	41,7%
		Διοικητικό	2,1%	5,2%	16,7%	20,8%	55,2%
7	Η κακή χρήση του εργασιακού χρόνου από κάποιους	Ιατρικό	9,2%	21,8%	25,3%	21,8%	21,8%
		Νοσηλευτικό	2,2%	18,9%	20,0%	34,4%	24,4%
		Διοικητικό	2,4%	11,9%	14,3%	28,6%	42,9%
8	Οι ανύπαρκτες ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις στο χώρο εργασίας	Ιατρικό	36,3%	28,6%	16,5%	11,0%	7,7%
		Νοσηλευτικό	22,6%	20,4%	24,7%	19,4%	12,9%
		Διοικητικό	24,2%	24,2%	18,9%	16,8%	15,8%
9	Η απουσία ενθάρρυνσης ή θετικής ανταπόκρισης που αποκομίζετε από το περιβάλλον εργασίας σας	Ιατρικό	16,3%	31,5%	20,7%	18,5%	13,0%
		Νοσηλευτικό	9,7%	18,3%	18,3%	26,9%	26,9%

		Διοικητικό	6,5%	21,5%	14,0%	21,5%	36,6%
10	Η προνομιακή μεταχείριση κάποιων εργαζομένων (λόγω φύλου, οικογενειακής κατάστασης, γνωριμιών κλπ) και οι διακρίσεις σε βάρος κάποιων άλλων	Ιατρικό	14,0%	21,5%	20,4%	15,1%	29,0%
		Νοσηλευτικό	4,3%	8,5%	17,0%	14,9%	55,3%
		Διοικητικό	7,2%	10,3%	14,4%	17,5%	50,5%

Οπου 1=Δε με πιέζει καθόλου, 2=Με πιέζει λίγο, 3=Με πιέζει αρκετά, 4=Με πιέζει πολύ, 5=Με πιέζει πάρα πολύ

Όσον αφορά στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, αν μελετήσουμε κάθε μια από τις παραμέτρους, που επί της ουσίας εξετάστηκαν ανά κατηγορία προσωπικού, παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται κυρίως στις ερωτήσεις που έχουν σχέση με:

- Την επαγγελματική μετριότητα κάποιων συναδέλφων
- Την αδιαφορία και την έλλειψη ευαισθησίας κάποιων συναδέλφων απέναντι στην εργασία τους και στους αποδέκτες της
- Την έλλειψη αλληλοϋποστήριξης και αλληλεγγύης μεταξύ συναδέλφων
- Τις διαπροσωπικές συγκρούσεις μεταξύ συναδέλφων ή με ανωτέρους την ώρα εργασίας
- Την κακή χρήση του εργασιακού χρόνου από κάποιους
- Την απουσία ενθάρρυνσης ή θετικής ανταπόκρισης που αποκομίζουν από το περιβάλλον εργασίας τους
- Την προνομιακή μεταχείριση κάποιων εργαζομένων (λόγω φύλου, οικογενειακής κατάστασης, γνωριμιών κλπ) και τις διακρίσεις σε βάρος κάποιων άλλων

Ειδικότερα, όπως προκύπτει από την ανάλυση των στοιχείων του πίνακα 9.2.3., τα υψηλότερα ποσοστά πίεσης από τους παράγοντες που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας παρουσιάζονται στο διοικητικό προσωπικό, το οποίο διαφοροποιείται ως προς τις άλλες δύο κατηγορίες προσωπικού σε σχέση με:

- Την επαγγελματική μετριότητα κάποιων συναδέλφων
- Την αδιαφορία και την έλλειψη ευαισθησίας κάποιων συναδέλφων απέναντι στην εργασία τους και στους αποδέκτες της
- Την κακή χρήση του εργασιακού χρόνου από κάποιους

Όσον αφορά στο ιατρικό προσωπικό, από την ανάλυση των στοιχείων του πίνακα 9.2.3., παρουσιάζει τα μικρότερα ποσοστά πίεσης σε σχέση με τις άλλες δύο προς μελέτη κατηγορίες προσωπικού στις ερωτήσεις που έχουν σχέση με:

- Την έλλειψη αλληλοϋποστήριξης και αλληλεγγύης μεταξύ συναδέλφων

- Τις διαπροσωπικές συγκρούσεις μεταξύ συναδέλφων ή με ανωτέρους την ώρα εργασίας
- Την απουσία ενθάρρυνσης ή θετικής ανταπόκρισης που αποκομίζουν από το περιβάλλον εργασίας τους
- Την προνομιακή μεταχείριση κάποιων εργαζομένων (λόγω φύλου, οικογενειακής κατάστασης, γνωριμιών κλπ) και τις διακρίσεις σε βάρος κάποιων άλλων

Ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό, αν και τα ποσοστά πίεσης είναι υψηλά, δεν είναι τα υψηλότερα ανά κατηγορία συγκριτικά με το διοικητικό προσωπικό.

Πίνακας 9.2.4. Συγκριτική παρουσίαση παραγόντων πίεσης που σχετίζονται με τη θέση του εργαζόμενου και την επαγγελματική του εξέλιξη ανά κατηγορία προσωπικού (Chi- Square).

A/A		Κατηγορία Προσωπικού	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
1	Η εκτίμηση της εργασίας σας από τους ανωτέρους σας	Ιατρικό	31,1%	27,8%	24,4%	12,2%	4,4%
		Νοσηλευτικό	18,3%	18,3%	24,7%	23,7%	15,1%
		Διοικητικό	17,4%	19,6%	17,4%	12,0%	33,7%
2	Η έλλειψη προοπτικής επαγγελματικής προαγωγής	Ιατρικό	13,8%	24,1%	23,0%	17,2%	21,8%
		Νοσηλευτικό	12,5%	15,6%	29,2%	13,5%	29,2%
		Διοικητικό	24,7%	14,0%	15,1%	12,9%	33,3%
3	Η αμφίβολη από πλευράς αξιοπιστίας διαδικασία προαγωγής σας	Ιατρικό	14,9%	17,2%	25,3%	17,2%	25,3%
		Νοσηλευτικό	10,5%	16,8%	23,2%	24,2%	25,3%
		Διοικητικό	27,6%	11,5%	12,6%	14,9%	33,3%
4	Η πιθανότητα να αλλάξετε κάποια στιγμή εργασία γιατί δεν αντέχετε άλλο	Ιατρικό	38,6%	25,0%	17,0%	11,4%	8,0%
		Νοσηλευτικό	24,0%	21,9%	18,8%	15,6%	19,8%
		Διοικητικό	29,0%	21,5%	8,6%	17,2%	23,7%
5	Οι ελάχιστες πιθανότητες που σας παρέχει η δουλειά προκειμένου να ικανοποιήσετε κάποιες προσδοκίες και φιλοδοξίες που έχετε	Ιατρικό	20,7%	23,0%	25,3%	18,4%	12,6%
		Νοσηλευτικό	9,6%	21,3%	35,1%	19,1%	14,9%
		Διοικητικό	22,5%	23,6%	12,4%	14,6%	27,0%
6	Η πιθανότητα να τεθείτε σε διαθεσιμότητα από τον Οργανισμό	Ιατρικό	58,9%	17,8%	8,9%	6,7%	7,8%
		Νοσηλευτικό	37,6%	17,2%	14,0%	10,8%	20,4%
		Διοικητικό	52,2%	12,2%	6,7%	6,7%	22,2%

Όπου 1=Δε με πιέζει καθόλου, 2=Με πιέζει λίγο, 3=Με πιέζει αρκετά, 4=Με πιέζει πολύ, 5=Με πιέζει πάρα πολύ

Όσον αφορά στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με τη θέση του εργαζόμενου και την επαγγελματική του εξέλιξη, αν μελετήσουμε κάθε μια από τις παραμέτρους, που επί της ουσίας εξετάστηκαν ανά κατηγορία προσωπικού, παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται κυρίως στις ερωτήσεις που έχουν σχέση με:

- Την εκτίμηση της εργασίας τους από τους ανωτέρους τους
- Την αμφίβολη από πλευράς αξιοπιστίας διαδικασία προαγωγής τους
- Τις ελάχιστες πιθανότητες που τους παρέχει η δουλειά προκειμένου να ικανοποιήσουν κάποιες προσδοκίες και φιλοδοξίες που έχουν
- Την πιθανότητα να τεθούν σε διαθεσιμότητα από τον Οργανισμό

Από την ανάλυση των στοιχείων του πίνακα 9.2.4., προκύπτει ότι το διοικητικό προσωπικό παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά πίεσης σε σχέση με:

- Την εκτίμηση της εργασίας τους από τους ανωτέρους τους
- Τις ελάχιστες πιθανότητες που τους παρέχει η δουλειά προκειμένου να ικανοποιήσουν κάποιες προσδοκίες και φιλοδοξίες που έχουν

Το ιατρικό προσωπικό διαφοροποιείται ως προς τα μικρότερα ποσοστά πίεσης σε σχέση με τις άλλες δύο προς μελέτη κατηγορίες στις ερωτήσεις που αφορούν:

- Την αμφίβολη από πλευράς αξιοπιστίας διαδικασία προαγωγής τους
- Την πιθανότητα να τεθούν σε διαθεσιμότητα από τον Οργανισμό.

Όσον αφορά στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, αν μελετήσουμε κάθε μια από τις παραμέτρους, που επί της ουσίας εξετάστηκαν ανά κατηγορία προσωπικού, παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται σε όλες τις ερωτήσεις αυτής της ενότητας και έχουν σχέση με:

- Τον ανταγωνισμό που νοιώθει η οικογένεια τους εξαιτίας του χρόνου που καταναλώνουν για τη δουλειά τους και τις ευθύνες που αυτή συνεπάγεται
- Την έλλειψη κατανόησης και συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια και τον κοινωνικό τους περίγυρο
- Τα προβλήματα που δημιουργούνται με τον/την σύντροφό τους που επίσης κάνει καριέρα
- Το ότι λόγω του εργασιακού φόρτου και του είδους της εργασίας τους, η συναισθηματική και σωματική κούραση που τους δημιουργείται δεν τους επιτρέπει να φροντίσουν τον εαυτό τους και την οικογένεια τους όπως εκείνοι θα ήθελαν
- Την έλλειψη πρακτικής υποστήριξης από το στενό οικογενειακό ή το κοινωνικό περιβάλλον όποτε την χρειάζονται

Συγκεκριμένα, σ' αυτήν την ενότητα, το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά πίεσης σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες και ειδικότερα σε σχέση με:

- Τον ανταγωνισμό που νοιώθει η οικογένεια τους εξαιτίας του χρόνου που καταναλώνουν για τη δουλειά τους και τις ευθύνες που αυτή συνεπάγεται
- Την έλλειψη κατανόησης και συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια και τον κοινωνικό τους περίγυρο
- Τα προβλήματα που δημιουργούνται με τον/την σύντροφό τους που επίσης κάνει καριέρα
- Την έλλειψη πρακτικής υποστήριξης από το στενό οικογενειακό ή το κοινωνικό περιβάλλον όποτε την χρειάζονται

Από την ανάλυση, τα χαμηλότερα ποσοστά από τους παράγοντες που σχετίζονται με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον παρουσιάζονται στο **ιατρικό προσωπικό** στο:

- Το ότι λόγω του εργασιακού φόρτου και του είδους της εργασίας τους, η συναισθηματική και σωματική κούραση που τους δημιουργείται δεν τους επιτρέπει να φροντίσουν τον εαυτό τους και την οικογένεια τους όπως εκείνοι θα ήθελαν

Πίνακας 9.2.5. Συγκριτική παρουσίαση παραγόντων πίεσης που σχετίζονται με το εργασιακό κλίμα ανά κατηγορία προσωπικού (Chi-Square).

A/A		Κατηγορία Προσωπικού	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
1	Το γεγονός ότι κάποιες φορές τη διοίκηση του Οργανισμού και των ευρύτερων τμημάτων του την αναλαμβάνουν άτομα αναρμόδια ή εντελώς άσχετα με το χώρο της υγείας	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	3,2% 4,2% 5,3%	9,7% 11,6% 8,4%	24,7% 18,9% 16,8%	25,8% 24,2% 16,8%	36,6% 41,1% 52,6%
2	Το γεγονός ότι το επάγγελμά σας δεν θεωρείται ανθυγιεινό	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	15,1% 2,1% 10,5%	16,1% 3,2% 7,4%	22,6% 5,3% 12,6%	23,7% 9,5% 16,8%	22,6% 80,0% 52,6%
3	Το εργασιακό κλίμα του νοσοκομείου ή του τμήματος σας	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	14,4% 5,5% 13,6%	25,6% 13,3% 14,8%	23,3% 27,8% 15,9%	17,8% 28,9% 20,5%	18,9% 24,4% 35,2%
4	Το ότι κάποιοι σας αντιμετωπίζουν σαν «αφεντικό» με ότι συνεπάγεται αυτό	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	42,9% 22,0% 28,9%	28,6% 26,4% 9,6%	13,2% 20,9% 19,3%	5,5% 24,2% 15,7%	9,9% 6,6% 26,5%
5	Η έλλειψη επιβράβευσης και αναγνώρισης εκ μέρους των ανωτέρων σας	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	22,8% 7,4% 11,5%	26,1% 14,9% 13,8%	25,0% 22,3% 11,5%	14,1% 22,3% 18,4%	12,0% 33,0% 44,8%
6	Ο τρόπος με τον οποίο καταμερίζονται οι εργασίες-ευθύνες	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	12,9% 5,4% 6,3%	32,3% 10,8% 13,5%	24,7% 30,1% 16,7%	19,4% 31,2% 26,0%	10,8% 22,6% 37,5%
7	Οποιαδήποτε αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο εργάζεστε	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	25,6% 14,6% 25,3%	32,2% 21,3% 19,5%	21,1% 31,5% 27,6%	13,3% 18,0% 16,1%	7,8% 14,6% 11,5%
8	Η οργάνωση και ο τρόπος λειτουργίας του Οργανισμού	Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό	5,4% 7,3% 4,3%	17,2% 12,5% 14,0%	25,8% 21,9% 21,5%	33,3% 32,2% 28,0%	18,3% 26,0% 32,3%
9	Το ότι λόγω έλλειψης προσωπικού, εκτελείτε καθήκοντα που υποτιμούν την εκπαίδευση και τις ικανότητες σας και σπαταλάτε χρόνο εις βάρος της	Ιατρικό Νοσηλευτικό	9,9% 4,2%	15,4% 3,2%	19,8% 12,6%	23,1% 22,1%	31,9% 57,9%

	ουσιαστικής εργασίας σας	Διοικητικό	16,7%	10,0%	10,0%	16,7%	46,7%
10	Το ότι δεν σας επιτρέπεται να αναλαμβάνετε πρωτοβουλίες και οι συνέπειες που έχετε όταν το κάνετε	Ιατρικό	25,8%	29,2%	27,0%	9,0%	9,0%
		Νοσηλευτικό	10,8%	17,2%	19,4%	26,9%	25,8%
		Διοικητικό	7,9%	22,5%	14,6%	23,6%	31,5%
11	Η απουσία ενθάρρυνσης και θετικής ανταπόκρισης που αποκομίζετε από το περιβάλλον εργασίας σας	Ιατρικό	26,4%	23,1%	19,8%	16,5%	14,3%
		Νοσηλευτικό	7,5%	12,9%	25,8%	31,2%	22,6%
		Διοικητικό	14,3%	13,2%	15,4%	19,8%	37,4%

Όπου 1=Δε με πιέζει καθόλου, 2=Με πιέζει λίγο, 3=Με πιέζει αρκετά, 4=Με πιέζει πολύ, 5=Με πιέζει πάρα πολύ

Όσον αφορά στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με το εργασιακό κλίμα, αν μελετήσουμε κάθε μια από τις παραμέτρους, που επί της ουσίας εξετάστηκαν ανά κατηγορία προσωπικού, παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται κυρίως στις ερωτήσεις που έχουν σχέση με:

- Το γεγονός ότι το επάγγελμά τους δεν θεωρείται ανθυγιεινό
- Το εργασιακό κλίμα του νοσοκομείου ή του τμήματος τους
- Το ότι κάποιιοι τους αντιμετωπίζουν σαν «αφεντικό» με ότι συνεπάγεται αυτό
- Την έλλειψη επιβράβευσης και αναγνώρισης εκ μέρους των ανωτέρων τους
- Τον τρόπο με τον οποίο καταμερίζονται οι εργασίες-ευθύνες
- Την οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας του Οργανισμού
- Το ότι λόγω έλλειψης προσωπικού, εκτελούν καθήκοντα που υποτιμούν την εκπαίδευση και τις ικανότητες τους και σπαταλούν χρόνο εις βάρος της ουσιαστικής εργασίας τους
- Το ότι δεν τους επιτρέπεται να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και οι συνέπειες που έχουν όταν το κάνουν
- Την απουσία ενθάρρυνσης και θετικής ανταπόκρισης που αποκομίζουν από το περιβάλλον εργασίας τους

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του πίνακα 9.2.6., τα υψηλότερα ποσοστά πίεσης παρουσιάζονται, όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό στα εξής:

- Το γεγονός ότι το επάγγελμά τους δεν θεωρείται ανθυγιεινό
- Το ότι λόγω έλλειψης προσωπικού, εκτελούν καθήκοντα που υποτιμούν την εκπαίδευση και τις ικανότητες τους και σπαταλούν χρόνο εις βάρος της ουσιαστικής εργασίας τους

Το διοικητικό προσωπικό, σύμφωνα με την ανάλυση εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά πίεσης σε σχέση με:

- Το ότι κάποιιοι τους αντιμετωπίζουν σαν «αφεντικό» με ότι συνεπάγεται αυτό
- Την έλλειψη επιβράβευσης και αναγνώρισης εκ μέρους των ανωτέρων τους
- Τον τρόπο με τον οποίο καταμερίζονται οι εργασίες-ευθύνες

Τέλος όσον αφορά στο **ιατρικό προσωπικό**, σε σχέση με τους παράγοντες που σχετίζονται με το εργασιακό κλίμα παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά πίεσης σε ότι σχετίζεται με:

- Το εργασιακό κλίμα του νοσοκομείου ή του τμήματος τους
- Την απουσία ενθάρρυνσης και θετικής ανταπόκρισης που αποκομίζουν από το περιβάλλον εργασίας τους

9.3. Αποτελέσματα ως προς τους παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού τομέα του Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς».

Το 1982 η Christine Maslach περιέγραψε το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης που αναπτύσσεται σε όσους έρχονται σε επαγγελματική επαφή με άλλους ανθρώπους. Ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε προς τους ασθενείς ή πελάτες, παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία και την απόδοση του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Maslach, 1982).

Μια από τις βασικές διαφορές ανάμεσα στο επαγγελματικό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση είναι ότι το πρώτο δε συνοδεύεται απαραίτητα από αρνητικά αισθήματα απέναντι στον εργασιακό οργανισμό ή τους αποδεκτές των υπηρεσιών, κάτι που εξ' ορισμού ταυτίζεται με την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (Brill, 1984).

Σύμφωνα με τη Maslach & Jackson το 1986 η επαγγελματική εξουθένωση πρέπει να εννοηθεί ως σύνδρομο που αποτελείται από τρία επιμέρους συνθετικά στοιχεία: συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), αποπροσωποποίηση (depersonalization) και (μειωμένη) προσωπική επίτευξη (personal accomplishment). Η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται στη μείωση των συναισθημάτων του ατόμου, με αποτέλεσμα να μην μπορεί πλέον να προσφέρει συναισθηματικά στους αποδεκτές των υπηρεσιών του. Η αποπροσωποποίηση αναφέρεται στην αρνητική στάση που αναπτύσσει ο άτομο απέναντι στους αποδεκτές των υπηρεσιών του, τους οποίους αρχίζει να αντιμετωπίζει σαν αντικείμενα, ενώ το αίσθημα μειωμένης επίτευξης αναφέρεται στην

αρνητική αξιολόγηση που κάνει πλέον το άτομο για τον εαυτό του και την εργασία του (Maslach & Jackson, 1986).

Οι Maslach & Leiter ισχυρίζονται ότι οι απαιτήσεις της εργασίας οδηγούν σε συναισθηματική εξάντληση του εργαζόμενου που νιώθει ότι δεν έχει πλέον ψυχική ενέργεια για να επενδύσει στην δουλειά του. Η συναισθηματική εξάντληση με τη σειρά της οδηγεί στην αποπροσωποποίηση, κατά την οποία ο εργαζόμενος αναπτύσσει μια απόμακρη και απρόσωπη σχέση με τους ασθενείς ή πελάτες και η οποία δεν είναι παρά ένας μηχανισμός αντιμετώπισης με αποτέλεσμα το άτομο να παραιτείται από κάθε προσπάθεια αλλαγής της υπάρχουσας κατάστασης και να του δημιουργούνται αισθήματα αποτυχίας και μειωμένης επίτευξης (Leiter & Maslach, 1988).

Υψηλές τιμές στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και χαμηλές τιμές στην υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων δηλώνουν αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992)..

Ο πρώτος από τρεις παράγοντες του ερωτηματολογίου αποτελείται από 9 θέματα. Μεγάλες τιμές στον παράγοντα αυτό δηλώνουν συχνότερη συναισθηματική εξάντληση. Στο δεύτερο παράγοντα, στον οποίο εντάσσονται 8 θέματα, όσο μεγαλύτερες είναι οι τιμές, τόσο συχνότερη είναι η αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων στο χώρο εργασίας. Ο τρίτος παράγοντας στον οποίο εντάσσονται 5 θέματα, αποτελείται από ερωτήσεις στις οποίες μεγάλη βαθμολογία σημαίνει συχνότερη αίσθηση αποπροσωποποίησης (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992).

Βάσει λοιπόν των θεμάτων που εντάσσονται σε κάθε παράγοντα της επαγγελματικής εξουθένωσης, σχηματίζονται τρεις υποκλίμακες, η συνολική βαθμολόγηση των οποίων μας δίνει τρεις δείκτες, όσοι και οι παράγοντες/διαστάσεις του φαινομένου. Έτσι ο πρώτος δείκτης της συναισθηματικής εξάντλησης προκύπτει από τα θέματα 1,2,3,6,8,13,14,16 και 20. Ο δεύτερος δείκτης των προσωπικών επιτευγμάτων προκύπτει από τα θέματα 4,7,9,12,17,18,19 και 21. Τέλος, ο τρίτος δείκτης, της αποπροσωποποίησης προκύπτει από τα θέματα 5,10,11,15 και 22 (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992).

Η ελληνική εκδοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach αποτελεί ένα σύντομο, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο όργανο

καταγραφής του φαινομένου, του οποίου η χρησιμότητα κυρίως σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας αλλά και σε άλλους πληθυσμούς εργαζομένων του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα φαίνεται να είναι μεγάλη.

Η δέσμη των ερωτήσεων της Maslach χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα εργασία, ως πρώτη απόπειρα διερεύνησης του φαινομένου αυτού στους επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ». Όσον αφορά στη μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, αυτή έγινε στα πλαίσια των τριών βασικών χαρακτηριστικών ήτοι της συναισθηματικής εξάντλησης, της προσωπικής επίτευξης και της αποπροσωποποίησης.

Η συναισθηματική εξάντληση μετρήθηκε με εννέα παραμέτρους που είναι οι εξής:

1. Νιώθω συναισθηματικά άδειος από τη δουλειά μου
2. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος στο τέλος μιας εργάσιμης ημέρας
3. Νιώθω κουρασμένος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά
4. Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα
5. Νιώθω εξουθενωμένος από τη δουλειά μου
6. Νιώθω απογοητευμένος από τη δουλειά μου
7. Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου
8. Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους
9. Νιώθω ότι βρίσκομαι στα όρια της αντοχής μου

Η μέτρηση της συναισθηματικής εξάντλησης στηρίχθηκε σε κλίμακα πέντε πιθανών απαντήσεων όπου 1 = ποτέ, 2 = μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο, 3 = μερικές φορές το μήνα ή λιγότερο, 4 = μερικές φορές την εβδομάδα ή λιγότερο, 5 = συνεχώς.

Βάσει αυτών των παραμέτρων υπολογίστηκε ο δείκτης μέτρησης, ο οποίος φυσιολογικά κυμαίνεται από 1 έως 5. Θεωρήσαμε ότι δείχνει ουσιαστική συναισθηματική εξάντληση όταν η τιμή του ξεπερνάει το 3,5.

Η διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων μετρήθηκε με οκτώ παραμέτρους που είναι οι εξής:

1. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν
2. Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των αποδεκτών των υπηρεσιών μου
3. Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των αποδεκτών των υπηρεσιών μου μέσα από τη δουλειά μου
4. Νιώθω γεμάτος δύναμη και ενεργητικότητα
5. Νιώθω πως μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου
6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου
7. Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά
8. Νιώθω πως μπορώ να αντιμετωπίσω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου

Η μέτρηση των προσωπικών επιτευγμάτων στηρίχθηκε σε κλίμακα πέντε πιθανών απαντήσεων όπου 1 = ποτέ, 2 = μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο, 3 = μερικές φορές το μήνα ή λιγότερο, 4 = μερικές φορές την εβδομάδα ή λιγότερο, 5 = συνεχώς.

Η αποπροσωποποίηση μετρήθηκε με πέντε παραμέτρους που είναι οι εξής:

1. Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς αποδέκτες των υπηρεσιών μου σαν να ήταν αντικείμενα
2. Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά
3. Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό
4. Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς
5. Νιώθω πως οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου ρίχνουν τις ευθύνες σε μένα για μερικά από τα προβλήματα τους

Η μέτρηση της αποπροσωποποίησης στηρίχθηκε σε κλίμακα πέντε πιθανών απαντήσεων όπου 1 = ποτέ, 2 = μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο, 3 = μερικές φορές το μήνα ή λιγότερο, 4 = μερικές φορές την εβδομάδα ή λιγότερο, 5 = συνεχώς.

Πίνακας 9.3.1. Μέση τιμή του δείκτη μέτρησης των προς μελέτη παραγόντων των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού, διοικητικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς».

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	ΙΑΤΡΙΚΟ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	F	Sig.
Συναισθηματική Εξάντληση	2,47	2,78	3,06	12,485	,000
Προσωπικά επιτεύγματα	3,63	3,65	3,67	,075	,928
Αποπροσωποποίηση	2,10	2,17	2,42	3,718	,025

Όσον αφορά στη συναισθηματική εξάντληση παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των εργαζομένων. Από την one way analysis of variance προκύπτει ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι πολύ μικρότερη στο ιατρικό προσωπικό (2,47) απ' ότι στο διοικητικό προσωπικό (2,78) και στο νοσηλευτικό προσωπικό (3,06) (Πίνακας 9.3.1).

Έχουμε επιβεβαιωμένη διαφοροποίηση που αφορά στο ιατρικό προσωπικό άσχετα από το βαθμό της συναισθηματικής εξάντλησης.

Όσον αφορά στα προσωπικά επιτεύγματα δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών κατηγοριών του προσωπικού. Προκύπτει ότι ο δείκτης που αφορά στα προσωπικά επιτεύγματα είναι στο ιατρικό προσωπικό (3,63), στο διοικητικό προσωπικό (3,65) και στο νοσηλευτικό προσωπικό (3,67) (Πίνακας 9.3.1). Όπως επιβεβαιώνεται, δεν παρατηρείται διαφοροποίηση στη συγκεκριμένη διάσταση.

Μολονότι δεν επιβεβαιώνεται καμία διαφορά, είναι γεγονός ότι την υψηλότερη τιμή προσωπικών επιτευγμάτων παρουσιάζει το νοσηλευτικό προσωπικό, αμέσως μετά το διοικητικό προσωπικό και τελευταίο το ιατρικό προσωπικό.

Όσον αφορά στην αποπροσωποποίηση παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των εργαζομένων. Προκύπτει ότι ο δείκτης που αφορά στην

αποπροσωποποίηση, είναι στο ιατρικό προσωπικό (2,10), στο διοικητικό προσωπικό (2,17) και στο νοσηλευτικό προσωπικό (2,42) (Πίνακας 9.3.1).

Έχουμε επιβεβαιωμένη διαφοροποίηση που αφορά στο ιατρικό προσωπικό σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Γεγονός είναι ότι η υψηλότερη τιμή παρατηρείται στην κατηγορία του νοσηλευτικού προσωπικού και η χαμηλότερη τιμή στην κατηγορία του ιατρικού προσωπικού.

Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1992), όσο μεγαλώνουν οι τιμές στον παράγοντα των προσωπικών επιτευγμάτων, τόσο μικραίνουν οι τιμές στον παράγοντα της αποπροσωποποίησης. Επίσης όσο μεγαλώνουν οι τιμές στον παράγοντα της αποπροσωποποίησης τόσο μεγαλώνουν οι τιμές στον παράγοντα της συναισθηματικής εξάντλησης. Ο παράγοντας των προσωπικών επιτευγμάτων ουσιαστικά κυμαίνεται ανεξάρτητα από τις όποιες μεταβολές στον παράγοντα της συναισθηματικής εξάντλησης.

Στην παρούσα έρευνα η επιμέρους μελέτη των παραμέτρων που στοιχειοθετούν τις διαστάσεις:

- Της συναισθηματικής εξάντλησης
- Των προσωπικών επιτευγμάτων και
- Της αποπροσωποποίησης

έγινε με την εφαρμογή της χ^2 ανάλυσης.

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται αναλυτικά τα θέματα της κάθε διάστασης και οι διαφοροποιήσεις ανά κατηγορία προσωπικού και οι παρατηρούμενες στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά θέμα.

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

Πίνακας 9.3.2. Συγκριτική παρουσίαση της διάστασης της συναισθηματικής εξάντλησης ανά κατηγορία προσωπικού (Chi- Square).

Αρ. Ερωτ.		Κατηγορία Προσωπικού	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
1	Νιώθω συναισθηματικά άδειος από τη δουλειά μου	Ιατρικό	42,4%	33,7%	10,9%	6,5%	6,5%
		Νοσηλευτικό	18,3%	29,0%	24,7%	18,3%	9,7%
		Διοικητικό	15,1%	39,8%	17,2%	10,8%	17,2%
2	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος στο τέλος μιας εργάσιμης ημέρας	Ιατρικό	15,4%	33,0%	25,3%	17,6%	8,8%
		Νοσηλευτικό	4,2%	16,8%	23,2%	42,1%	13,7%
		Διοικητικό	5,2%	19,8%	31,3%	27,1%	16,7%
3	Νιώθω κουρασμένος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά	Ιατρικό	16,9%	33,7%	24,7%	14,6%	10,1%
		Νοσηλευτικό	7,5%	17,2%	29,0%	28,0%	18,3%
		Διοικητικό	8,7%	25,0%	33,7%	17,4%	15,2%
6	Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα	Ιατρικό	39,1%	41,3%	16,3%	1,1%	2,2%
		Νοσηλευτικό	45,2%	20,4%	17,2%	9,7%	7,5%
		Διοικητικό	57,4%	17,0%	10,6%	11,7%	3,2%
8	Νιώθω εξουθενωμένος από τη δουλειά μου	Ιατρικό	11,0%	38,5%	27,5%	16,5%	6,6%
		Νοσηλευτικό	2,1%	15,8%	34,7%	27,4%	20,0%
		Διοικητικό	11,6%	22,1%	46,3%	12,6%	7,4%
13	Νιώθω απογοητευμένος από τη δουλειά μου	Ιατρικό	32,2%	34,4%	18,9%	4,4%	10,0%
		Νοσηλευτικό	6,6%	28,6%	27,5%	17,6%	19,8%
		Διοικητικό	25,9%	45,9%	15,3%	7,1%	5,9%
14	Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	Ιατρικό	6,7%	18,0%	21,3%	22,5%	31,5%
		Νοσηλευτικό	3,2%	8,4%	20,0%	28,4%	40,0%
		Διοικητικό	5,3%	17,9%	20,0%	13,7%	43,2%
16	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	Ιατρικό	35,9%	35,9%	20,7%	4,3%	3,3%
		Νοσηλευτικό	32,3%	35,4%	17,7%	8,3%	6,3%
		Διοικητικό	37,2%	43,6%	11,7%	2,1%	5,3%
20	Νιώθω ότι βρίσκομαι στα όρια της αντοχής μου	Ιατρικό	15,2%	35,9%	28,3%	7,6%	13,0%
		Νοσηλευτικό	6,3%	27,4%	25,3%	18,9%	22,1%
		Διοικητικό	11,8%	31,2%	16,1%	26,9%	14,0%

Όπου 1 = ποτέ, 2 = μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο, 3 = μερικές φορές το μήνα ή λιγότερο, 4 = μερικές φορές την εβδομάδα ή λιγότερο, 5 = συνεχώς

Όσον αφορά στη **διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης**, αν μελετήσουμε κάθε μια από τις παραμέτρους, που επί της ουσίας εξετάστηκαν ανά κατηγορία προσωπικού (Πίνακας 9.3.2.), παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται κυρίως στα θέματα που έχουν σχέση με:

- Νιώθω συναισθηματικά άδειος από τη δουλειά μου
- Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος στο τέλος μιας εργάσιμης ημέρας
- Νιώθω κουρασμένος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά
- Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα
- Νιώθω εξουθενωμένος από τη δουλειά μου
- Νιώθω απογοητευμένος από τη δουλειά μου

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των στοιχείων του Πίνακα 9.3.2., τα υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται στο **νοσηλευτικό προσωπικό** και συγκεκριμένα στα θέματα που έχουν σχέση με:

- Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος στο τέλος μιας εργάσιμης ημέρας
- Νιώθω κουρασμένος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά
- Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα
- Νιώθω εξουθενωμένος από τη δουλειά μου
- Νιώθω απογοητευμένος από τη δουλειά μου

Τα χαμηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται στο **ιατρικό προσωπικό** στο θέμα που σχετίζεται με:

- Νιώθω συναισθηματικά άδειος από τη δουλειά μου

Πίνακας 9.3.3. Συγκριτική παρουσίαση της διάστασης των προσωπικών επιτευγμάτων ανά κατηγορία προσωπικού

Αρ. Ερωτ.		Κατηγορία Προσωπικού	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
4	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	Ιατρικό	5,4%	9,8%	21,7%	17,4%	45,7%
		Νοσηλευτικό	1,1%	7,4%	21,3%	18,1%	52,1%
		Διοικητικό	9,3%	12,0%	34,7%	12,0%	32,0%
7	Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των αποδεκτών των υπηρεσιών μου	Ιατρικό	5,6%	15,6%	23,3%	27,8%	27,8%
		Νοσηλευτικό	7,9%	14,6%	16,9%	25,8%	34,8%
		Διοικητικό	6,3%	8,8%	17,5%	12,5%	55,0%
9	Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των αποδεκτών των υπηρεσιών μου μέσα από τη δουλειά μου	Ιατρικό	4,4%	18,7%	24,2%	25,3%	27,5%
		Νοσηλευτικό	5,6%	14,4%	23,3%	23,3%	33,3%
		Διοικητικό	20,2%	11,9%	17,9%	17,9%	32,1%
12	Νιώθω γεμάτος δύναμη και ενεργητικότητα	Ιατρικό	8,9%	18,9%	22,2%	22,2%	27,8%
		Νοσηλευτικό	9,4%	21,9%	18,8%	31,3%	18,8%
		Διοικητικό	5,5%	12,1%	23,1%	40,7%	18,7%
17	Νιώθω πως μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου	Ιατρικό	4,5%	9,1%	22,7%	21,6%	42,0%
		Νοσηλευτικό	5,5%	5,5%	25,3%	30,8%	33,0%
		Διοικητικό	2,4%	14,1%	5,9%	32,9%	4,7%
18	Αισθάνομαι αναζωογονημένος όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου	Ιατρικό	5,6%	10,0%	20,0%	32,2%	32,2%
		Νοσηλευτικό	7,4%	14,9%	18,1%	23,4%	36,2%
		Διοικητικό	4,4%	14,4%	26,7%	23,3%	31,1%
19	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά	Ιατρικό	5,8%	11,6%	18,6%	44,2%	19,8%
		Νοσηλευτικό	7,0%	11,6%	20,9%	36,0%	24,4%
		Διοικητικό	6,8%	17,6%	13,5%	32,4%	29,7%
21	Νιώθω πως μπορώ να αντιμετωπίσω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	Ιατρικό	4,5%	16,9%	22,5%	31,5%	24,7%
		Νοσηλευτικό	2,2%	9,8%	27,2%	32,6%	28,3%
		Διοικητικό	5,6%	13,5%	23,6%	38,2%	19,1%

Όπου 1 = ποτέ, 2 = μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο, 3 = μερικές φορές το μήνα ή λιγότερο, 4 = μερικές φορές την εβδομάδα ή λιγότερο,

5 = συνεχώς

Όσον αφορά στη **διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων**, αν μελετήσουμε κάθε μια από τις παραμέτρους, που επί της ουσίας εξετάστηκαν ανά κατηγορία προσωπικού (Πίνακας 9.3.3.), παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται κυρίως στα θέματα που έχουν σχέση με:

- Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των αποδεκτών των υπηρεσιών μου
- Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των αποδεκτών των υπηρεσιών μου μέσα από τη δουλειά μου
- Νιώθω πως μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου

Στη συγκεκριμένη διάσταση, από το σύνολο των οκτώ θεμάτων, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στα τρία θέματα.

Τα υψηλότερα ποσοστά, όπως προκύπτει από την ανάλυση των στοιχείων του Πίνακα 9.3.3., αφορούν το **νοσηλευτικό προσωπικό** και συγκεκριμένα στο θέμα που έχει σχέση με:

- Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των αποδεκτών των υπηρεσιών μου μέσα από τη δουλειά μου

Αντίθετα τα χαμηλότερα ποσοστά αφορούν στο **ιατρικό προσωπικό** και στο θέμα που έχει σχέση με:

- Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των αποδεκτών των υπηρεσιών μου

Πίνακας 9.3.4. Συγκριτική παρουσίαση της διάστασης της αποπροσωποποίησης ανά κατηγορία προσωπικού

Αρ. Ερωτ.		Κατηγορία Προσωπικού	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
5	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς αποδέκτες των υπηρεσιών μου σαν να ήταν αντικείμενα	Ιατρικό	33,3%	34,4%	15,6%	12,2%	4,4%
		Νοσηλευτικό	32,6%	23,9%	19,6%	15,2%	8,7%
		Διοικητικό	57,5%	17,2%	16,1%	5,7%	3,4%
10	Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	Ιατρικό	40,0%	28,9%	14,4%	7,8%	8,9%
		Νοσηλευτικό	38,9%	14,7%	17,9%	15,8%	12,6%
		Διοικητικό	44,6%	33,7%	8,7%	8,7%	4,3%
11	Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό	Ιατρικό	41,6%	21,3%	18,0%	12,4%	6,7%
		Νοσηλευτικό	32,2%	21,1%	16,7%	17,8%	12,2%
		Διοικητικό	55,7%	19,3%	10,2%	5,7%	9,1%
15	Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς	Ιατρικό	61,8%	25,8%	9,0%	,0%	3,4%
		Νοσηλευτικό	54,9%	18,7%	16,5%	5,5%	4,4%
		Διοικητικό	54,9%	18,3%	11,3%	4,2%	11,3%
22	Νιώθω πως οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου ρίχνουν τις ευθύνες σε μένα για μερικά από τα προβλήματα τους	Ιατρικό	16,5%	51,6%	17,6%	9,9%	4,4%
		Νοσηλευτικό	13,8%	34,0%	27,7%	12,8%	11,7%
		Διοικητικό	14,1%	29,3%	20,7%	26,1%	9,8%

Όπου 1 = ποτέ, 2 = μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο, 3 = μερικές φορές το μήνα ή λιγότερο, 4 = μερικές φορές την εβδομάδα ή λιγότερο, 5 = συνεχώς

Όσον αφορά στη **διάσταση της αποπροσωποποίησης**, αν μελετήσουμε κάθε μια από τις παραμέτρους, που επί της ουσίας εξετάστηκαν ανά κατηγορία προσωπικού (Πίνακας 9.3.4.), παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται κυρίως στα θέματα που έχουν σχέση με:

- Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς αποδέκτες των υπηρεσιών μου σαν να ήταν αντικείμενα
- Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά
- Νιώθω πως οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου ρίχνουν τις ευθύνες σε μένα για μερικά από τα προβλήματα τους

Ειδικότερα, τα υψηλότερα ποσοστά σύμφωνα με τον Πίνακα 9.3.4., παρατηρήθηκαν στο **νοσηλευτικό προσωπικό** και στα θέματα τα σχετικά με:

- Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς αποδέκτες των υπηρεσιών μου σαν να ήταν αντικείμενα
- Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά

Στο διοικητικό προσωπικό, τα υψηλότερα ποσοστά όπως προκύπτει από την ανάλυση αφορούν στο θέμα:

- Νιώθω πως οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου ρίχνουν τις ευθύνες σε μένα για μερικά από τα προβλήματα τους

9.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι έννοιες του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι στενά συνδεδεμένες. Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με ποικίλους παράγοντες πίεσης και πρόσφατες αναφορές σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση επιχειρούν να την εντάξουν σε

ευρύτερα εννοιολογικά πλαίσια όπως αυτό της γενικής θεωρίας του στρες (Hobfoll και Freedy, 1993) και της θεωρίας του εργασιακού στρες (Cox κ.α., 1993).

Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται ότι έχει σημαντικές επιπτώσεις στο άτομο, στον οργανισμό και στον πελάτη (Cherniss, 1980a, Maslach and Jackson, 1981). Ιδιαίτερα, είναι ένα μεγάλο πρόβλημα για τους επαγγελματίες φροντίδας όπως, κοινωνικοί λειτουργοί, δάσκαλοι, νοσηλευτές, γιατροί, σύμβουλοι, προσωπικό φυλακών κ. α.

Γενικά τα επαγγέλματα υγείας έχουν χαρακτηριστεί ως τα πλέον απαιτητικά με ένα υψηλό βαθμό υπευθυνότητας. Τα λάθη μπορεί να έχουν καταστροφικές συνέπειες και για τον ασθενή και για τον επαγγελματία.

Σχετικά με τις πηγές της επαγγελματικής εξουθένωσης υπάρχουν πολλές διαφορετικές θεωρίες και οι περισσότερες δίνουν έμφαση στις δύσκολες διαπροσωπικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο, στις απαιτήσεις της εργασίας και στα χαρακτηριστικά του οργανισμού. Ωστόσο πρόσφατες μελέτες προτείνουν ότι οι πρωτογενείς πηγές της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται με οργανωσιακές συνθήκες και προσωπικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών φροντίδας (Burke και Richardsen, 1996).

Οι απαιτήσεις της εργασίας, ο υπερβολικός φόρτος δουλειάς έχει διαπιστωθεί ότι σχετίζεται με τη συναισθηματική εξουθένωση αλλά δεν συμβάλλει στην αποπροσωποποίηση ή στα προσωπικά επιτεύγματα (Leiter, 1988b, 1991a,b). Η μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υψηλότερη σε εργασιακούς χώρους που χαρακτηρίζονται από υπερβολικό φόρτο δουλειάς (Burke και Richardsen, 1996).

Ένας αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους σχετίζεται με επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με τους Burke et al. 1984, Dignam and West 1988, Leiter 1988a, 1991a, Ross κ.α. 1989, στο (Burke και Richardsen, 1996 σελ. 104). Ο Leiter (1991a) έχει διαπιστώσει πως οι εργαζόμενοι που βιώνουν συναισθηματική εξάντληση είναι πολύ πιθανό να έχουν μια αποπροσωποποιημένη αντίληψη των πελατών ή μειωμένα αισθήματα επίτευξης εάν δεν έχουν υποστηρικτικές σχέσεις με τους συναδέλφους τους καθώς και με του άμεσους προϊστάμενους τους.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η έλλειψη υποστήριξης από το σπίτι και την οικογένεια σχετίζεται με αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση κατά τους Burke et al. 1984, Zedeck et al. 1988, Leiter 1990, στο (Burke and Richardsen, 1996 σελ. 105).

Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει ένα υψηλό βαθμό υπευθυνότητας και φόρτου εργασίας, ενώ την ίδια στιγμή έρχεται αντιμέτωπο με συγκρουόμενες απαιτήσεις και συχνά ανεπαρκείς γνώσεις (Schaufeli κ.α.1995). Επίσης, ο νοσηλευτής/τρια, όπως και κάθε επαγγελματίας υγείας εκτίθεται σε συναισθηματικούς και σωματικούς κινδύνους. Ο συναισθηματικός κίνδυνος προέρχεται από τον ανθρώπινο πόνο και ο σωματικός κίνδυνος προέρχεται από την έκθεση σε μεταδοτικές ασθένειες και τοξικές ουσίες (McIntosh, 1995).

Αν και πολλοί πειστικοί παράγοντες είναι κοινοί στους επαγγελματίες υγείας, ωστόσο υπάρχουν διαφοροποιήσεις, ειδικά όταν συγκρίνονται επαγγέλματα που διαφέρουν ως προς τη θέση και την εκπαίδευση. Οι Menon κ. α. 1996 συνέλεξαν δεδομένα από τρεις πειστικούς παράγοντες σε δείγμα νοσηλευτών και γιατρών. Οι νοσηλευτές ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα φόρτου εργασίας από τους γιατρούς, αλλά οι γιατροί είχαν υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικών συγκρούσεων από τους νοσηλευτές. Επίσης οι νοσηλευτές είχαν περισσότερα σωματικά συμπτώματα υγείας από τους γιατρούς, αλλά και οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς την επαγγελματική ικανοποίηση. Ωστόσο ένας παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι αυτός του φύλου. Χαμηλότερου επιπέδου επαγγέλματα, όπως του νοσηλευτή, τείνουν να τα ασκούν γυναίκες, ενώ υψηλότερου επιπέδου επαγγέλματα όπως του γιατρού, ασκούνται κυρίως από άνδρες. Διαφορές ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες ως προς τους πειστικούς παράγοντες είναι μικρές (Frone et al., 1995).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν παρατηρήσουμε τους μέσους όρους του παρακάτω πίνακα 10.1. θα διαπιστώσουμε ότι τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης στους επαγγελματίες υγείας είναι χαμηλότερα εάν συγκριθούν με αυτά των δασκάλων. Αν και τα επίπεδα της αποπροσωποποίησης στους επαγγελματίες υγείας είναι σχετικά χαμηλά, εάν συγκριθούν με των κοινωνικών υπηρεσιών, οι γιατροί έχουν υψηλότερους βαθμούς. Οι γιατροί έχουν σχετικά χαμηλούς βαθμούς στις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι ολοφάνερο ότι οι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας όπως ψυχολόγοι και γιατροί βιώνουν τα υψηλότερα επίπεδα επίτευξης στην εργασία τους. Συγκρινόμενοι με τους γιατρούς, οι νοσηλευτές βιώνουν ελάχιστα λιγότερη συναισθηματική εξάντληση αλλά πολύ λιγότερη αποπροσωποποίηση και προσωπική επίτευξη. Το προσωπικό που δεν έχει ακαδημαϊκή εκπαίδευση βιώνει περισσότερη συναισθηματική εξάντληση και λιγότερη επίτευξη από τους ψυχολόγους (Spector, 1999).

Πίνακας 9.4.1. Επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στα διάφορα επαγγέλματα από 43 μελέτες στις ΗΠΑ που δημοσιεύθηκαν μεταξύ των ετών 1979 και 1998

Επάγγελμα	Δείγμα	Συναισθηματική Εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά Επιτεύγματα
Διδασκαλία	5481	28.15	8.68	11.65
Κοινωνικές υπηρεσίες	1631	24.29	9.47	13.45
Νοσηλεύτες	1542	23.80	7.13	13.53
Ιατροί	479	24.03	10.59	8.64
Ψυχολόγοι	1804	19.93	6.26	8.36
Προσωπικό	333	22.09	6.03	11.24

Από τους Schaufeli και Enzmann, (1998, σελ. 62).

Ως προς την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς», από την ανάλυση των δεδομένων είναι σαφές ότι όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος έχουν ως εξής:

Το προφίλ του διοικητικού προσωπικού είναι γυναίκες, παντρεμένες με μέση ηλικία 42,5 χρόνια.

Αντίστοιχα, το προφίλ του ιατρικού προσωπικού είναι άνδρες, παντρεμένοι με μέση ηλικία 45,87 χρόνια και του νοσηλευτικού προσωπικού είναι γυναίκες, παντρεμένες με μέση ηλικία τα 35,3 χρόνια,

Ως προς τη εκπαίδευση, το διοικητικό προσωπικό στην πλειοψηφία του είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, στο ιατρικό προσωπικό οι μισοί είναι κάτοχοι διδακτορικού και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι απόφοιτοι ΤΕΙ με μόνο 5% νοσηλεύτες απόφοιτους ΑΕΙ, αλλά οι οποίοι είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος.

Όσον αφορά τα χρόνια εμπειρίας και οι τρεις κατηγορίες έχουν μεγάλη συνολική εμπειρία και μεγάλη εμπειρία επίσης στο Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς».

Τέλος υποστηρίζονται από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, τον άμεσο προϊστάμενο, έχουν χόμπι και κάνουν παρέα με τους συναδέλφους τους.

Από την ανάλυση των παραγόντων πίεσης προέκυψε ότι στους παράγοντες που σχετίζονται με το χώρο και τις συνθήκες εργασίας, την υψηλότερη πίεση την υφίσταται το νοσηλευτικό προσωπικό με το μέσο βαθμό πίεσης να ξεπερνά το 3,5.

Όσον αφορά στους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, την υψηλότερη πίεση την υφίσταται το διοικητικό προσωπικό με μέσο βαθμό πίεσης 3,78 και ακολουθεί το νοσηλευτικό προσωπικό με μέσο βαθμό πίεσης 3,64.

Ως προς τους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με τη θέση του εργαζόμενου και την επαγγελματική του εξέλιξη, το διοικητικό προσωπικό δέχεται την περισσότερη πίεση.

Από τους παράγοντες πίεσης που σχετίζονται με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που πιέζεται περισσότερο συγκριτικά με τις άλλες δύο κατηγορίες προσωπικού.

Τέλος, ως προς τους παράγοντες πίεσης που αφορούν το εργασιακό κλίμα, το διοικητικό προσωπικό είναι αυτό που υφίσταται τη μεγαλύτερη πίεση.

Επισημαίνεται ότι όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, κατά την ανάλυση των στοιχείων, μολονότι τα ποσοστά πίεσης σε κάποιους παράγοντες δεν ήταν αμελητέα, σε καμία από τις πέντε ενότητες που εξετάστηκαν δεν παρατηρήθηκε να υφίσταται την περισσότερη πίεση συγκριτικά με τις άλλες δύο κατηγορίες προσωπικού.

Ως προς τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης παρατηρήθηκαν τα εξής:

- όσον αφορά στη συναισθηματική εξάντληση, μολονότι καμία από τις τρεις κατηγορίες προσωπικού δεν ξεπέρασε το όριο του 3,5, η συναισθηματική εξάντληση είναι πολύ μικρότερη στο ιατρικό προσωπικό, απ' ότι στο διοικητικό προσωπικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό.
- όσον αφορά στα προσωπικά επιτεύγματα, μολονότι δεν επιβεβαιώνεται καμία διαφορά, είναι γεγονός ότι την υψηλότερη τιμή προσωπικών επιτευγμάτων παρουσιάζει το νοσηλευτικό προσωπικό, αμέσως μετά το διοικητικό προσωπικό και τελευταίο το ιατρικό προσωπικό.
- Τέλος ως προς τη διάσταση της αποπροσωποποίησης η υψηλότερη τιμή παρατηρείται στην κατηγορία του νοσηλευτικού προσωπικού και η χαμηλότερη τιμή στην κατηγορία του ιατρικού προσωπικού.

Επιβεβαιώνεται από την έρευνά μας η θετική συσχέτιση της αποπροσωποποίησης και της συναισθηματικής εξάντλησης και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό έχει τις υψηλότερες τιμές σ' αυτές τις δύο διαστάσεις. Αυτή η διαπίστωση είναι σύμφωνη και με τις έρευνες που παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες 10.2 και 10.3 που έχουν γίνει τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση, την επαγγελματική ικανοποίηση και τους παράγοντες πίεσης.

Πίνακας 9.4.2. Έρευνες διερεύνησης της επαγγελματικής εξουθένωσης στην Ελλάδα

Έρευνα	Μεθοδολογία	Χώρος Έρευνας	Μέγεθος δείγματος	Αποτελέσματα
Γκρίμπα Ε. κ.α Ιαν. 2003 ΕΣΔΥ Εργασία στο μάθημα «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»	Ερωτηματολόγιο MBI	Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά	102 νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ & ΔΕ κατηγορίας	Υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση και μετρίου βαθμού αποπροσωποποίηση και χαμηλή προσωπική επίτευξη
Κώτη Αν. 2004, Πτυχιακή Εργασία στη Φιλοσοφική Σχολή Αθηνών	Ερωτηματολόγιο MBI, Επαγγελματικής ικανοποίησης και Εξάντλησης στην εργασία	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	71 ΔΕ νοσηλευτές, 47 ΤΕ νοσηλευτές, 20 Εργοθεραπευτές, 10 Επισκέπτες Υγείας, 24 Ψυχολόγοι	Θετική συσχέτιση της συναισθηματικής εξάντλησης με την αποπροσωποποίηση και αρνητική με την επαγγελματική ικανοποίηση. Αρνητική συσχέτιση της αποπροσωποποίησης με την προσωπική επίτευξη
Καντάς Α.	Ερωτηματολόγιο πηγών άγχους και ερωτηματολόγιο MBI	Σεμινάρια κατάρτισης δημοσίων υπαλλήλων	126 δημόσιοι υπάλληλοι	Υψηλότεροι παράγοντες άγχους: Διακρίσεις και ευνοιοκρατία, υπερβολικός φόρτος εργασίας, χαμηλός μισθός, έλλειψη προσωπικού Σύγκριση των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των

				δημοσίων υπαλλήλων με άλλες επαγγελματικές κατηγορίες έδειξε ότι η συναισθηματική εξάντληση των δημοσίων υπαλλήλων είναι μεγαλύτερη από των γιατρών και δασκάλων. Η αποπροσωποποίηση των δημοσίων υπαλλήλων είναι μεγαλύτερη από των κοινωνικών λειτουργών και δασκάλων και η προσωπική επίτευξη είναι μικρότερη από των κοινωνικών λειτουργών, γιατρών και δασκάλων.
Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., Μόνος Δ. British Journal of Medical Psychology (1994),67,187-199	Ερωτηματολόγιο MBI, Hardiness Scale, Ways of Coping Scale, Life Style Scale, Type A behaviour Scale, Ερωτηματολόγιο εργασιακού στρες Γενικό πληροφοριακό ερωτηματολόγιο	1 Δημόσιο ογκολογικό Νοσοκομείο στην Αθήνα και 1 Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο στην Αθήνα	217 νοσηλεύτες από το ογκολογικό νοσοκομείο και 226 νοσηλεύτες από το γενικό νοσοκομείο	Δεν υπήρξε διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες εκτός από τη συναισθηματική εξάντληση που είναι χαμηλότερη στις νοσηλεύτριες που εργάζονται στο ογκολογικό νοσοκομείο. Το στρες τους σχετίζεται περισσότερο με την έλλειψη υποστήριξης από τους προϊστάμενους και από τη δυσκολία ισορροπίας ανάμεσα στην

				οικογένεια και την εργασία. Το συνολικό στρες ήταν εξίσου μοιρασμένο και στις δύο ομάδες.
Καλαφάτη Μ., Μπελάλη Θ., Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Δ. Ανακοίνωση στο 7 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας 2005	Ερωτηματολόγιο MBI, Επισκόπηση Υγείας SF-36	Κλειστά και Ανοικτά Τμήματα Δημόσιων Γενικών Νοσοκομείων Αθήνας και επαρχίας	198 νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστά τμήματα και 149 νοσηλευτές που εργάζονται σε ανοικτά τμήματα	Η σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζονται από το εργασιακό στρες που αυτοί βιώνουν, χωρίς όμως να σχετίζονται με το συγκεκριμένο χώρο στον οποίο εργάζονται (ανοικτά-κλειστά τμήματα)
Κουράκος Μ. κ. α. Ανακοίνωση στο 7 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας 2005	Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στρες	Ταχυδρομική αποστολή ερωτηματολογίου σε νοσηλευτές 114 νεφρολογικών κέντρων της χώρας	Εστάλησαν 1000 ερωτηματολόγια και απάντησαν 863 νοσηλευτές που εργάζονται σε νεφρολογικά τμήματα	Το 78,35% ανέφερε ότι νιώθει στρες χωρίς να επηρεάζει αυτό αρνητικά την προσωπική ζωή. Οι κυριότεροι παράγοντες άγχους είναι: ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού και οι σχέσεις με συναδέλφους
Κόσσυβα Ε. κ.α. Εργασία στο μάθημα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της ΕΣΔΥ, Ιανουάριος 2005	Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής ικανοποίησης διαμορφωμένο από τον τομέα Διοίκησης υπηρεσιών Υγείας ΕΣΔΥ Ερωτηματολόγιο MBI	Υπάλληλοι Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	208 υπάλληλοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	Διαπιστώθηκε μέτριος βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης. Δεν παρουσιάζουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν εμφανίζουν στοιχεία

				συναισθηματικής εξάντλησης αποπροσωποποίησης.	ή
--	--	--	--	---	---

Πίνακας 9.4.3. Έρευνες διερεύνησης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε διάφορες χώρες

Αναφορά	Μεθοδολογία	Χώρος Έρευνας	Μέγεθος δείγματος	Αποτελέσματα
E. Brewer & L.F. Clippard Στο Human Resource Development Quarterly, vol. 3, no 2, Summer 2002	Ερωτηματολόγιο MBI και Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής ικανοποίησης JSS	Προσωπικό υπηρεσιών υποστήριξης φοιτητών στις ΗΠΑ	Τυχαία επιλογή 250 ατόμων από 1702. Απάντησαν τα 174	Σημαντική αρνητική σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική εξάντληση και τη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση. Σημαντική θετική σχέση ανάμεσα στα προσωπικά επιτεύγματα και την επαγγελματική ικανοποίηση και καθολική σημαντική σχέση ανάμεσα στις 3 διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης. Θετική σχέση της συναισθηματικής εξάντλησης με την αποπροσωποποίηση.
C.M. LeSergent & C.J. Haney Στο International Journal for Nursing Studies 2004	Μελέτη σχετικά με τις πιεστικές καταστάσεις των νοσηλευτών των επαρχιακών νοσοκομείων. Εξέταση του επιπέδου πίεσης σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη.	Νοσηλευτές επαρχιακών νοσοκομείων στη Βόρεια Βρετανική Κολούμπια	87 νοσηλευτές επαρχιακών νοσοκομείων ηλικίας 25-65 ετών	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ενώ οι πιεστικοί παράγοντες ήταν κοινοί με αυτούς που αναφέρονται στη βιβλιογραφία των αστικών νοσοκομείων, διέφεραν ως προς τη

	Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο των Folkman's & Lazarus 1984 που δίνει έμφαση στη σχέση ανάμεσα στο άτομο (νοσηλευτής) και το περιβάλλον (επαρχιακό νοσοκομείο) σε σχέση με την πίεση και την αντιμετώπιση.			συχνότητα και τη σπουδαιότητα. Έδειξαν θετικές σχέσεις ανάμεσα στην πίεση και την κοινωνική υποστήριξη, ανάμεσα στην πίεση και στην αντιμετώπιση που εστιάζεται στο συναίσθημα.
K. R. Parkes 1985 Στο Social Science & Medicine 20 (4).945-953	Εξέταση των πιεστικών παραγόντων που νιώθουν οι νοσηλευτές αστικών νοσοκομείων σε σχέση με το περιβάλλον	Αστικά νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας	85 σπουδαστές νοσηλευτικής	Διαπιστώθηκαν 6 κατηγορίες πιεστικών παραγόντων: Φροντίδα για τον ασθενή που πεθαίνει, διαπροσωπικές συγκρούσεις, φόβος αποτυχίας, διαπροσωπικά προβλήματα με ασθενείς και συγγενείς, υπερβολικός φόρτος εργασίας, αμφιβολία σχετικά με την επάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας.
P. Gray-Toft & J.G. Anderson Στο The Journal of Behavioral Assesment 1981, 3 (1), 11-23	Εξέταση πιεστικών παραγόντων	Νοσηλευτικά τμήματα επείγουσας φροντίδας σε αστικά νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας	122 νοσηλευτές που εργάζονται σε 5 τμήματα επείγουσας φροντίδας	Διαπιστώθηκαν 3 πηγές πίεσης: Υπερβολικός φόρτος εργασίας, αίσθημα ανεπάρκειας για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών

				αναγκών των ασθενών, θάνατος.
G.A. Hartrick & M.D. Hills Στο Canadian Journal of Nursing Research, 1993, 25, 23-31	Συνεντεύξεις με νοσηλευτές για να ορίσουν την αντίληψη τους για τις πιεστικές καταστάσεις στον εργασιακό χώρο.		28 νοσηλευτές	Διαπιστώθηκαν: Υπερβολικός φόρτος εργασίας και διαπροσωπικές σχέσεις με τα άλλα μέλη της ομάδας φροντίδας.
Aiken et al. 2002 JAMA Oct 23/30 v.288, no 16	Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης	711 Νοσοκομεία της Ευρώπης και της Αμερικής	43.329 νοσηλευτές	Το 40% δήλωσαν εξουθενωμένοι, περισσότεροι από 3 στους 10 Ευρωπαίοι νοσηλευτές και περισσότεροι από 2 στους 10 Αμερικανοί νοσηλευτές σκόπευαν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα του νοσηλευτή.

Συμπερασματικά, το νοσηλευτικό του Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς» υφίσταται πίεση από παράγοντες όπως το μεγάλο φόρτο εργασίας, την έλλειψη προσωπικού, τη μη ικανοποιητική αμοιβή, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, τα οποία επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς.

Το διοικητικό προσωπικό υφίσταται πίεση από τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας και από τη θέση του και την επαγγελματική του εξέλιξη.

Από μελέτες έχει βρεθεί ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις και ιδιαίτερα η επαφή με τον πελάτη είναι υψηλότερες στη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τη Maslach οι παράγοντες που σχετίζονται με τον τύπο των προβλημάτων του ασθενή καθώς και τα παράπονα του ασθενή είναι από τους πιο στρεσογόνους. Επίσης οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους και οι συγκρούσεις ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας και στην οικογένεια (Burke and Richardsen, 1996 σελ. 105).

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι έννοιες του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι στενά συνδεδεμένες. Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με ποικίλους παράγοντες πίεσης και πρόσφατες αναφορές σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση επιχειρούν να την εντάξουν σε ευρύτερα εννοιολογικά πλαίσια όπως αυτό της γενικής θεωρίας του στρες (Hobfoll και Freedy, 1993) και της θεωρίας του εργασιακού στρες (Cox κ.α., 1993).

Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται ότι έχει σημαντικές επιπτώσεις στο άτομο, στον οργανισμό και στον πελάτη (Cherniss, 1980a, Maslach and Jackson, 1981). Ιδιαίτερα, είναι ένα μεγάλο πρόβλημα για τους επαγγελματίες φροντίδας όπως, κοινωνικοί λειτουργοί, δάσκαλοι, νοσηλευτές, γιατροί, σύμβουλοι, προσωπικό φυλακών κ. α.

Γενικά τα επαγγέλματα υγείας έχουν χαρακτηριστεί ως τα πλέον απαιτητικά με ένα υψηλό βαθμό υπευθυνότητας. Τα λάθη μπορεί να έχουν καταστροφικές συνέπειες και για τον ασθενή και για τον επαγγελματία.

Σχετικά με τις πηγές της επαγγελματικής εξουθένωσης υπάρχουν πολλές διαφορετικές θεωρίες και οι περισσότερες δίνουν έμφαση στις δύσκολες διαπροσωπικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο, στις απαιτήσεις της εργασίας και στα χαρακτηριστικά του οργανισμού. Ωστόσο πρόσφατες μελέτες προτείνουν ότι οι πρωτογενείς πηγές της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται με οργανωσιακές συνθήκες και προσωπικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών φροντίδας (Burke και Richardsen, 1996).

Οι απαιτήσεις της εργασίας, ο υπερβολικός φόρτος δουλειάς έχει διαπιστωθεί ότι σχετίζεται με τη συναισθηματική εξουθένωση αλλά δεν συμβάλλει στην αποπροσωποποίηση ή στα προσωπικά επιτεύγματα (Leiter, 1988b, 1991a,b). Η μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υψηλότερη σε εργασιακούς χώρους που χαρακτηρίζονται από υπερβολικό φόρτο δουλειάς (Burke και Richardsen, 1996).

Ένας αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους σχετίζεται με επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με τους Burke et al. 1984, Dignam and West 1988, Leiter 1988a, 1991a, Ross κ.α. 1989, στο (Burke και Richardsen, 1996 σελ. 104). Ο Leiter (1991a) έχει διαπιστώσει πως οι εργαζόμενοι που βιώνουν συναισθηματική εξάντληση είναι πολύ πιθανό να έχουν μια αποπροσωποποιημένη

αντίληψη των πελατών ή μειωμένα αισθήματα επίτευξης εάν δεν έχουν υποστηρικτικές σχέσεις με τους συναδέλφους τους καθώς και με του άμεσους προϊστάμενους τους.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η έλλειψη υποστήριξης από το σπίτι και την οικογένεια σχετίζεται με αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση κατά τους Burke et al. 1984, Zedeck et al. 1988, Leiter 1990, στο (Burke and Richardsen, 1996 σελ. 105).

Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει ένα υψηλό βαθμό υπευθυνότητας και φόρτου εργασίας, ενώ την ίδια στιγμή έρχεται αντιμέτωπο με συγκρουόμενες απαιτήσεις και συχνά ανεπαρκείς γνώσεις (Schaufeli κ.α.1995). Επίσης, ο νοσηλευτής/τρια, όπως και κάθε επαγγελματίας υγείας εκτίθεται σε συναισθηματικούς και σωματικούς κινδύνους. Ο συναισθηματικός κίνδυνος προέρχεται από τον ανθρώπινο πόνο και ο σωματικός κίνδυνος προέρχεται από την έκθεση σε μεταδοτικές ασθένειες και τοξικές ουσίες (McIntosh, 1995).

Αν και πολλοί πειστικοί παράγοντες είναι κοινοί στους επαγγελματίες υγείας, ωστόσο υπάρχουν διαφοροποιήσεις, ειδικά όταν συγκρίνονται επαγγέλματα που διαφέρουν ως προς τη θέση και την εκπαίδευση. Οι Menon κ. α. 1996 συνέλεξαν δεδομένα από τρεις πειστικούς παράγοντες σε δείγμα νοσηλευτών και γιατρών. Οι νοσηλευτές ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα φόρτου εργασίας από τους γιατρούς, αλλά οι γιατροί είχαν υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικών συγκρούσεων από τους νοσηλευτές. Επίσης οι νοσηλευτές είχαν περισσότερα σωματικά συμπτώματα υγείας από τους γιατρούς, αλλά και οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς την επαγγελματική ικανοποίηση. Ωστόσο ένας παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι αυτός του φύλου. Χαμηλότερου επιπέδου επαγγέλματα, όπως του νοσηλευτή, τείνουν να τα ασκούν γυναίκες, ενώ υψηλότερου επιπέδου επαγγέλματα όπως του γιατρού, ασκούνται κυρίως από άνδρες. Διαφορές ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες ως προς τους πειστικούς παράγοντες είναι μικρές (Frone et al., 1995).

Αν παρατηρήσουμε τους μέσους όρους του παρακάτω πίνακα 10.1. θα διαπιστώσουμε ότι τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης στους επαγγελματίες υγείας είναι χαμηλότερα εάν συγκριθούν με αυτά των δασκάλων. Αν και τα επίπεδα της αποπροσωποποίησης στους επαγγελματίες υγείας είναι σχετικά χαμηλά, εάν συγκριθούν με των κοινωνικών υπηρεσιών, οι γιατροί έχουν υψηλότερους βαθμούς. Οι γιατροί έχουν σχετικά χαμηλούς βαθμούς στις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι ολοφάνερο ότι οι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας όπως ψυχολόγοι και γιατροί βιώνουν τα υψηλότερα επίπεδα επίτευξης στην εργασία τους. Συγκρινόμενοι με τους

γιατρούς, οι νοσηλευτές βιώνουν ελάχιστα λιγότερη συναισθηματική εξάντληση αλλά πολύ λιγότερη αποπροσωποποίηση και προσωπική επίτευξη. Το προσωπικό που δεν έχει ακαδημαϊκή εκπαίδευση βιώνει περισσότερη συναισθηματική εξάντληση και λιγότερη επίτευξη από τους ψυχολόγους (Spector, 1999).

Στους στόχους της παρούσας εργασίας, εκτός από τη διερεύνηση των παραγόντων πίεσης που σχετίζονται με το χώρο και τις συνθήκες εργασίας, τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, τη θέση του εργαζόμενου και την επαγγελματική του εξέλιξη, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και το εργασιακό κλίμα και των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού του Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς», ήταν και η διατύπωση προτάσεων που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη μείωση αυτών των παραγόντων.

Μετά τη μελέτη των αποτελεσμάτων και την εξαγωγή των συμπερασμάτων προκύπτει το γεγονός ότι στο σύνολο του, το εξεταζόμενο προσωπικό του Νοσοκομείου αναγνωρίζει την ύπαρξη stress στο χώρο εργασίας του χωρίς να έχει φθάσει στο επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αναγκαιότητα ύπαρξης οργανωμένης και συστηματικής δράσης διαχείρισης του στρες θα μπορούσε να συμπεριλάβει τα εξής:

- Συμμετοχή των εργαζομένων.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει πως όταν οι εργαζόμενοι έχουν την ευκαιρία να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την εργασία τους είναι πιο παραγωγικοί και ικανοποιημένοι. Οι δυσαρεστημένοι εργαζόμενοι δεν παρέχουν το τέλειο επίπεδο φροντίδας που είναι απαραίτητο στα νοσοκομεία. Μια τέτοια δυσαρέσκεια οδηγεί σε αναποτελεσματική εργατική δύναμη, σε απουσίες από την εργασία που επιφέρουν κόστος (Metzger).

Τα αποτελέσματα μιας μελέτης επιβεβαίωσαν την υπόθεση υποδηλώνοντας ότι η αποξένωση είναι μεγαλύτερη όταν το κατώτερο προσωπικό δεν έχει τη δυνατότητα συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και ότι τα δύσκαμπτα γραφειοκρατικά συστήματα τείνουν να αυξάνουν τις απογοητεύσεις και την αποπροσωποποίηση στις σχέσεις μεταξύ συναδέλφων προκαλώντας έλλειψη πρωτοβουλιών.

Προκειμένου να αυξηθεί η συμμετοχή των εργαζομένων, τα νοσοκομεία και τα συστήματα οργανωμένης παροχής φροντίδας ερευνούν και σε ορισμένες περιπτώσεις εφαρμόζουν τη διαδικασία ποιοτικών κύκλων.

Οι κύκλοι ποιότητας περιλαμβάνουν την αρχή της συμμετοχικής διοίκησης στην πληρότητά της. Ένας κύκλος ποιότητας είναι μια μικρή ομάδα 5 έως 15 ατόμων συνήθως από τον ίδιο εργασιακό τομέα, που κάνουν την ίδια εργασία, οι οποίοι συναντιούνται εθελοντικά και συζητούν με τη βοήθεια κάποιου που διευκολύνει τις διαδικασίες και έχει το ρόλο του ηγέτη, λύσεις σε εργασιακά προβλήματα (Metzger).

Στη διαδικασία ποιοτικού κύκλου, αυτός που έχει τη μεγαλύτερη σπουδαιότητα είναι το άτομο, ως μονάδα. Ο αυτοσεβασμός του εργαζόμενου αυξάνεται. Κατά συνέπεια, οι εργαζόμενοι ανοίγονται περισσότερο και δεν φοβούνται προκειμένου να εκφραστούν ελεύθερα καθώς συζητούν, προτείνουν και θέτουν ποιοτικούς στόχους και μεθόδους επίτευξης αυτών (Metzger).

- Εκπαίδευση – Ανάπτυξη.

Η συστηματική εκπαίδευση του προσωπικού οδηγεί στην αύξηση της παραγωγικότητας, στην ανάπτυξη των ικανοτήτων του, ενώ επίσης βελτιώνει την ατομική απόδοση των εργαζομένων και συνεισφέρει στη συνολική ανάπτυξη του οργανισμού. Το κόστος του προγράμματος της εκπαίδευσης δεν πρέπει να θεωρείται από την επιχείρηση σαν επιπλέον έξοδο αλλά σαν επένδυση, η οποία θα ωφελήσει την επιχείρηση, εφόσον όμως η εκπαίδευση έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του οργανισμού (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Τα οφέλη για την επιχείρηση από την εκπαίδευση των εργαζομένων διακρίνονται σε:

Αυξημένη παραγωγικότητα

Ανύψωση ηθικού

Μειωμένη επίβλεψη

Μείωση ατυχημάτων

Αυξημένη οργανωσιακή σταθερότητα και ευελιξία

Αυξημένη ελκυστικότητα της επιχείρησης ως εργοδότη

Αυξημένη αφοσίωση εργαζομένων

Ανάπτυξη κουλτούρας προσανατολισμένης στη βελτίωση της απόδοσης (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Η εκπαίδευση του προσωπικού σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης δυσκολιών στο χώρο εργασίας είναι σημαντική. Οι υπάλληλοι θα πρέπει να ενθαρρύνονται να

συμμετέχουν σε σεμινάρια και εκπαιδευτικά προγράμματα που γίνονται εντός του Νοσοκομείου είτε σε εξωτερικά προγράμματα. Τα εσωτερικά προγράμματα θα δώσουν τη δυνατότητα στους υπαλλήλους να ανταλλάξουν απόψεις και γνώσεις.

- Ομαδικό Πνεύμα.

Η καλλιέργεια και ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος θα συνέβαλε στην εξέλιξη του προσωπικού και στην ανάπτυξη της συναδελφικότητας, η οποία όπως έδειξαν και μελέτες επιδρά προστατευτικά στην επαγγελματική εξουθένωση.

- Ανάλυση των θέσεων εργασίας.

Είναι σημαντική η ανάλυση των θέσεων εργασίας, δηλαδή η διαδικασία συγκέντρωσης και καταγραφής των σημαντικών δραστηριοτήτων, τις οποίες εκτελεί ένας εργαζόμενος, των απαιτήσεων και των τεχνικών και περιβαλλοντικών δεδομένων της θέσης καθώς και του συνόλου των προσόντων, των γνώσεων, των ικανοτήτων και των υπευθυνοτήτων που πρέπει να συνδυάζει ο εργαζόμενος για την επιτυχή διεξαγωγή της εργασίας του (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

- Εκπαίδευση σε θέματα Διαχείρισης Ανθρωπίνων Πόρων.

Θα ήταν χρήσιμο, τα στελέχη του Νοσοκομείου, να εκπαιδευθούν σε θέματα διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων ώστε να μπορούν να φροντίζουν το ανθρώπινο δυναμικό, να αξιοποιούν στο μέγιστο τις ικανότητες του και να δημιουργούν τις προϋποθέσεις επαγγελματικής ικανοποίησης. Το διοικητικό προσωπικό θα μπορούσε να αποκομίσει σημαντικά οφέλη από την εκπαίδευση σε θέματα διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων, καθόσον στην παρούσα μελέτη διαφάνηκαν δυσκολίες και συγκρούσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας

- Κίνητρα –Ηθικές αμοιβές.

Οι ηθικές αμοιβές, παρότι περιορίζονται μέσα από το ισχύον δημοσιοϋπαλληλικό σύστημα, θα μπορούσαν να δώσουν κίνητρα στους εργαζόμενους.

- Διαλείμματα.

Βέλπστη κατανομή του χρόνου εργασίας με θεσμοθετημένα διαλείμματα σε κατάλληλους χώρους, ώστε να μπορεί ο εργαζόμενος να έχει στιγμές για σωματική και συναισθηματική ξεκούραση.

- Μέριμνα για τους εργαζόμενους γονείς.

Η δίκαιη κατανομή των ωραρίων εργασίας κατά το σχεδιασμό του εβδομαδιαίου προγράμματος και οι διευκολύνσεις σε θέματα αδειών στους γονείς ανηλίκων παιδιών θα μπορούσε να μειώσει τη πίεση που νιώθει ο εργαζόμενος από τις απαιτήσεις της οικογένειας και της εργασίας.

- Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας.

Ενίσχυση του ρόλου της Επιτροπής Υγιεινής και Ασφάλειας των εργαζομένων και ενημέρωση του προσωπικού σε θέματα ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

- Ένταξη στα βαρέα και αθυγιεινά επαγγέλματα.

Το συγκεκριμένο θέμα που απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας, είναι ένα πάγιο αίτημα. Η ένταξη των επαγγελματιών υγείας στα βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα απαιτεί πολιτική βούληση για να πραγματοποιηθεί.

Ως προς τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης παρατηρήθηκαν τα εξής:

- όσον αφορά στη συναισθηματική εξάντληση, μολονότι καμία από τις τρεις κατηγορίες προσωπικού δεν ξεπέρασε το όριο του 3,5, η συναισθηματική εξάντληση είναι πολύ μικρότερη στο ιατρικό προσωπικό, απ' ό τι στο διοικητικό προσωπικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό.
- όσον αφορά στα προσωπικά επιτεύγματα, μολονότι δεν επιβεβαιώνεται καμία διαφορά, είναι γεγονός ότι την υψηλότερη τιμή προσωπικών επιτευγμάτων παρουσιάζει το νοσηλευτικό προσωπικό, αμέσως μετά το διοικητικό προσωπικό και τελευταίο το ιατρικό προσωπικό.
- Τέλος ως προς τη διάσταση της αποπροσωποποίησης η υψηλότερη τιμή παρατηρείται στην κατηγορία του νοσηλευτικού προσωπικού και η χαμηλότερη τιμή στην κατηγορία του ιατρικού προσωπικού.

Επιβεβαιώνεται από την έρευνά μας η θετική συσχέτιση της αποπροσωποποίησης και της συναισθηματικής εξάντλησης και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό έχει τις υψηλότερες τιμές σ' αυτές τις δύο διαστάσεις. Αυτή η διαπίστωση είναι σύμφωνη και με τις έρευνες που παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες 10.2 και 10.3 που έχουν γίνει τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση, την επαγγελματική ικανοποίηση και τους παράγοντες πίεσης.

Συμπερασματικά, το νοσηλευτικό του Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς» υφίσταται πίεση από παράγοντες όπως το μεγάλο φόρτο εργασίας, την έλλειψη προσωπικού, τη μη ικανοποιητική αμοιβή, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, τα οποία επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς.

Το διοικητικό προσωπικό υφίσταται πίεση από τις διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας και από τη θέση του και την επαγγελματική του εξέλιξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Argyris, C. (1964). *Integrating the individual and the organization*. New York:Wiley.
2. Brewer, E. & Clippard, L. (2002). Burnout and job satisfaction. Στο *Human resource development*. Quarterly, vol. 13, No 2, summer 2002,σελ. 169-186.
3. Brief, A., Schuler, R., Van Sell, M. (1981). *Managing job stress*. Boston, Toronto: Little Brown and Co.
4. Brill P. L. (1984) The Need for an Operational Definition of Burnout. *Family and Community Health*, 6, σελ.12-24.
5. Burke R. J. & Richardsen A.M. (1996). Stress, burnout and health. Στο *Handbook of stress, medicine and health*, σελ. 101-117. CRC Press, Inc..
6. Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1981). Life stress and illness: Formulation of the issues. Στο B.S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds), *Stressful life events and their contexts*. New York: Watson.
7. Friedman, M. , & Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
8. Frone, M. R., Russell, M. Cooper, M. L. (1995). Job stressors, job involvement and employee health: a test of identity theory. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68, 1-11.
9. Herzberg F. (1966). *Work and nature of man.*, Cleveland: Work Publishing.
10. Janis, I.L. (1982). Decisionmaking under stress.Στο I. Goldberger & S. Breznitz (Eds), *Handbook of stress* (σελ. 69-87). New York: Free Press.
11. Jimmieson, N. L. (2000).Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderations role of self-efficacy. *Work and stress*, 14 (3), σελ. 262-280.
12. Jones, J. W. (1981a). Diagnosing and treating staff burnout among health professionals. Στο J. W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome* (σελ. 107-126). Park Ridge, IL: London House Press.
13. Kckinnon K. (1998). Coping With Caring. The Dangers of Chronic Stress and Burnout.
14. Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S. (1982). Hardiness and Health: A Prospective Inquiry. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.

15. Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
16. Leiter, M. P. (1991a). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping. *J. Occup.Behav.*, 12, 123-144.
17. Machlowitz, M. (1980). *Workaholics*. Reading, MA: Addison-Wesley.
18. Maslach C., Leiter M. (1997). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About it*. Jossey Bass Pub., N.Y.
19. Maslach, C. (1982a). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall..
20. Maslach, C. (1989). Stress, Burnout and Workaholism. Στο R. Kilburg (Ed.), *Professionals in Distress*, (σελ. 53-75). Publ. : American Psychological Association.
21. Maslach, C. κ. A. (1996). *Maslach burnout inventory. Manual*. (3rd ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, σελ. 4.
22. Maslow A.H. (1964). *Motivation and Personality*. Harper & Bros, New York
23. Murphy, L.R., & Hurrell, J. J., Jr. (1980). Machine pacing and occupational stress. Στο R. M. Schwartz (Ed.), *New developments in occupational stress*. Cincinnati, OH: National Institute for Occupational Safety and Health.
24. Metzger, N. Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων στο L. F. Wolper, *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Τόμος Α' σειρά 4*, Εκδόσεις Mediforce, σελ. 442-443
25. Pearlin, L. I. (1982). The social contexts of stress. Στο I. Goldberger & S. Breznitz (Eds), *Handbook of stress* (σελ.367-379). New York: Free Press.
26. Pines, A.M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.
27. Potter B.A., Orfali S. J. (1994). *Finding a Path with a Heart. How to Go From Burnout to Bliss*. Ronin Publishing, Berkeley, Ca
28. Poulton, E. C. (1978). Blue collar stressors. Στο C.L. Cooper & R. Payne (Eds), *Stress at work* (σελ. 51-79). New York: Wiley.
29. Scala J., (2001). *25 Natural Ways to Manage Stress and Avoid Burnout*. Keats Pub. Inc., New York .
30. Schaufeli, W. (1999). Burnout. Στο Cozens, J.F & Payne, R. *Stress in health professionals*. New York: John Wiley & Sons.
31. Schuler, R., (1981). *Personnel and human resource management*. West Publ. Co..
32. Selye, H. (1976). *The stress of life* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

33. Skovholt, M. T. (2001). *The resilient practitioner*. Boston: Allynand Bacon.
34. Spector P., (1999). Individual differences in the job stress process of health care professionals. Στο J. F. Cozens & R.L. Payne, *Stress in health professionals*, σελ. 33-42. John Willey & Sons Ltd.
35. Spielberger, C.D. (1975). Στο C.D. Spielberger & I. G. Sarason (Eds), *Stress and anxiety*. New York: Wiley.
36. Suedfeld, P. (1981). *Restricted environmental stimulation*. New York: Wiley.
37. Togher I.(2000). *Dealing With Work Burnout*.
38. Vroom, V.H. (1964). *Work and motivation*. New York: John Wiley
39. Warr, P.B. (1987). Job characteristics and mental health. Στο P.Warr (Ed), *Psychology at work*. Harmondsworth : Penguin.
40. www.Medlook.net. ανακτήθηκε την 25/8/2005
41. www.Charityvillage.com
42. www.health.gr/article “εργασιακό στρες, η νέα ασθένεια του Έλληνα εργαζόμενου» ανακτήθηκε την 25/8/2005
43. www.sharpman.com
44. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., (1992). Παραγοντική Σύνθεση και Εσωτερική Συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Δείγμα Νοσηλευτριών. Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5,3, σελ. 183-200.
45. Μάρκου, Π. (2005). Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. *Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας*, τόμος 16, τεύχος 95, Ιούλιος-Αύγουστος 2005 σελ. 21-25.
46. Ξηροτύρη-Κουφίδου Σ, (1997). *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*, Εκδόσεις Ανίκουλα, σελ. 269
47. Παπαλεξανδρή Ν., Μπουραντάς, Δ. (2003). *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*. Εκδόσεις: Μπένου.
48. Παπανικολάου Β., *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών*, σελ. 262
49. Σταθάτου, Α. (1989). *Το εργασιακό στρες, οι επιπτώσεις και ο έλεγχός του*. Εκδόσεις: Γαλαίος.
50. Τούντας Γ., (2003). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, *Περιοδικό «Νέα Υγεία»*, τεύχος 41, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, σελ. 4

51. Τούντας, Γ. (2001). Ανθρώπινο δυναμικό. *Περιοδικό «Νέα Υγεία»*, τεύχος 33, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, σελ. 4-12.