



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
<< ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ >>

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ-
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ Γ.Ν. ΡΟΔΟΥ
ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ (ΑΜ: 154118)

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας:
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : **Δρ. ΓΚΑΝΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ**
ΣΥΝ- ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: **Δρ. ΛΑΠΠΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**

ΡΟΔΟΣ, ΜΑΙΟΣ 2024

© Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2022 « Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Καραγιάννη Χριστίνας- Μορφινής που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων».

Ευχαριστίες

Εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Γκανά Αντώνιο, για την πολύτιμη βοήθεια και υπομονή που έδειξε καθώς και για την επιστημονική του καθοδήγηση, προκειμένου να ολοκληρώσω την διπλωματική μου εργασία. Νιώθω επίσης την ανάγκη να ευχαριστήσω την συν επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Δρ. Λάππα Ευαγγελία. Επιπρόσθετα, οφείλω να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου, που παρόλες τις δυσκολίες του εργασιακού χώρου, αφιέρωσαν τον χρόνο τους για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων στηρίζοντας έτσι την προσπάθεια της ερευνητικής διαδικασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
2.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	13
2.1 Ιστορική αναδρομή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης...	13
2.2 Εννοιολογική προσέγγιση	14
2.3 Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης..	16
2.3.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach	16
2.3.2 Το μοντέλο των Edelwich και Brodksy	17
2.3.3 Το μοντέλο του Cherniss	18
2.3.4 Το μοντέλο της Pines	19
2.3.5 Το μοντέλο της Κοπεγχάγης	19
2.4 Κλίμακες μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης	20
2.4.1 Η κλίμακα της Maslach (The Maslach Burnout Inventory- MBI)...	20
2.4.2 Η κλίμακα μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burn Out Inventory- BI) των Pines Aronson και Kafry	21
2.4.3. Η κλίμακα προσωπικού (Stuff Burnout Scale-SBS)	21
2.4.4. Η κλίμακα της Κοπεγχάγης (The Copenhagen Burnout Inventory - CBI)	
2.5 Τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας ...	22
2.6 Κλινικές εκδηλώσεις του Συνδρόμου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης..	25
2.7 Μέθοδοι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης	27
2.8 Η ικανοποίηση ως μέσω παρακίνησης στους επαγγελματίες υγείας	29
2.9 Βιβλιογραφική ανασκόπηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρούς και νοσηλεύτες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.....	32
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	37
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	40
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	59
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
Βιβλιογραφία	65

Παραρτήματα

- Έγκριση επιστημονικού συμβουλίου
- Έντυπο συγκατάθεσης
- Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων
- Ερωτηματολόγιο εργασιακής εξουθένωσης Κοπεγχάγης

Περίληψη

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ένα συνηθισμένο φαινόμενο στους εργαζόμενους το οποίο φέρει σημαντικό αντίκτυπο στις σύγχρονες κοινωνίες. Ορίζεται ως μία κατάσταση κατά την οποία ο επαγγελματίας εμφανίζει συναισθηματική και σωματική εξάντληση στο πλαίσιο της εργασίας του, με αποτέλεσμα να μην έχει την απαιτούμενη ενέργεια για την επαρκή εκτέλεση των καθηκόντων του, να αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών, να απουσιάζει συχνά από την εργασία του ακόμα και να φτάσει σε σημείο παραίτησης από αυτήν. Αν και μπορεί να παρουσιαστεί σε πλήθος επαγγελματικών κλάδων, τα άτομα τα οποία εργάζονται στον χώρο της υγείας, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνισή του.

Οι γιατροί και οι νοσηλευτές των νοσοκομείων της χώρας μας βρίσκονται καθημερινά αντιμέτωποι με τις δύσκολες συνθήκες στον χώρο εργασίας τους. Οι συχνές νυχτερινές βάρδιες, το κυλιόμενο ωράριο, οι 24ωρες εφημερίες, η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, η πίεση που ασκείται από τους ασθενείς και τους συνοδούς τους καθώς και η ελλιπής διοίκηση αποτελούν μερικές μόνο από τις προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν. Επιπλέον η παρακίνηση των εργαζομένων είναι ανεπαρκής εφόσον ο μισθός είναι αρκετά χαμηλός βάση του έργου που προσφέρουν, δεν υπάρχει ηθική ανταμοιβή ή αναγνώριση.

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στη Ρόδο και έχει ως σκοπό να διερευνήσει τον βαθμό εξουθένωσης που παρουσιάζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε ένα νοσοκομείο της επαρχίας, καθώς και για το αν συνδέονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στην έρευνα συμμετείχαν 203 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο, ενώ η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο έως και τον Μάιο του 2024. Για την πραγματοποίηση της ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο της Κοπεγχάγης το οποίο αποτελείται από τρεις διαφορετικές κλίμακες οι οποίες μετρώνε την επαγγελματική εξουθένωση που βιώνει ο επαγγελματίας σε προσωπικό επίπεδο, την επαγγελματική εξουθένωση που σχετίζεται με την εργασία καθώς και την επαγγελματική εξουθένωση που προκαλείται από τη σχέση του με τους ασθενείς.

Από την παρούσα μελέτη προέκυψε πως η μέση τιμή της κλίμακας της προσωπικής εξουθένωσης βρίσκεται στις 53,3 μονάδες. Παρόμοια μέση τιμή βρέθηκε και στη εργασιακή εξουθένωση με 54,7 μονάδες. Ωστόσο συγκριτικά χαμηλότερη παρουσιάστηκε η κλίμακα εξουθένωσης λόγω της συναναστροφής του προσωπικού με τους ασθενείς με τη μέση τιμή της να βρίσκεται στις 43,5 μονάδες.

Συμπερασματικά, υπήρχαν εργαζόμενοι οι οποίοι δήλωσαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό βρέθηκε να βρίσκεται σε μεσαία επίπεδα.

Τα παραπάνω ευρήματα υποδηλώνουν την επικινδυνότητα του φαινομένου καθώς και την πιθανότητα που έχουν οι εργαζόμενοι του Γ.Ν Ρόδου να παρουσιάσουν σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Λέξεις κλειδιά : επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας, ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης, Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου.

Summary

The burnout syndrome is a common phenomenon among workers which has a significant impact on modern societies. It is defined as a situation in which the professional shows emotional and physical exhaustion in the context of his work, as a result of which he does not have the required energy for his tasks, ignores the needs of patients, is often absent from his work and even reach a point of giving it up. Although it can occur in a number of professional fields, people who work in the health sector are at greater risk for its appearance.

The doctors and nurses of our country's hospitals are daily faced with difficult conditions in their workplace. Frequent night shifts, 24-hour on-call, daily contact with human pain, pressure exerted by patients and their attendants as well as inadequate management are just some of the challenges they have to face and manage. In addition, the motivation of the workers is insufficient since the salary is quite low based on the work they offer, there is no moral reward or recognition.

The present study was carried out in Rhodes and aims to investigate the degree of burnout presented by the medical and nursing staff in a hospital in the province, as well as whether the demographic characteristics of the individual are associated with the burnout syndrome.

The study included 203 health professionals who work at the General Hospital of Rhodes and was carried out in the months of March to May 2024. To carry out the analysis, the Copenhagen research tool was used, which consists of three different scales that measure professional burnout experienced by the professional on a personal level, work-related burnout as well as burnout caused by his relationship with patients.

From the present study it emerged that the average value of the personal burnout scale is 53.3 points. A similar average value was also found in work burnout with 54.7 points. However, the burnout scale was comparatively lower due to the interaction of the staff with the patients, with an average value of 43.5 points.

In all dimensions of burnout in the present study, there were employees who reported high levels of burnout while the majority of employees were at medium levels.

Keywords: burnout syndrome, health professionals, Copenhagen questionnaire, Hospital of Rhodes.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση που πλήττει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων, είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει και συνεχίζει να απασχολεί πλήθος ερευνητών και επιστημόνων. Η υγεία αποτελεί το πολυτιμότερο αγαθό για τον άνθρωπο και οι παροχές της οφείλουν να διακρίνονται από υψηλά επίπεδα ποιότητας. Η ενασχόληση με τον ευαίσθητο κλάδο της υγείας βρίσκεται ιδιαίτερα απαιτητική, με αποτέλεσμα τα άτομα που εργάζονται με ασθενείς να πλήττονται συχνότερα σε σχέση με άλλα επαγγέλματα από το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ξεκίνησε να κεντρίζει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας ήδη από την δεκαετία του 1970 όταν ο Freudeberg έκανε την πρώτη αναφορά σε αυτό. Μερικά χρόνια αργότερα ορίζεται από την Maslach ως απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται. Ο επαγγελματίας υγείας στερείται βασικών αισθημάτων κατανόησης, με τη συμπεριφορά του να χαρακτηρίζεται από κυνισμό ή και από έλλειψη σεβασμού προς τους ασθενείς του. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν έχει επιπτώσεις μόνο στον επαγγελματία υγείας που το παρουσιάζει αλλά μπορεί να γίνει αρκετά επιζήμιο τόσο για τους ασθενείς του όσο και για ολόκληρο το σύστημα υγείας στο οποίο εργάζεται.

Στην παρούσα εργασία, θα γίνει προσπάθεια στο να διερευνηθεί και να αποσαφηνιστεί η εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης σε εργαζόμενους ενός Γενικού Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής της Ελλάδας. Βασικός σκοπός της έρευνας είναι να προσδιοριστούν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται σε αυτό, καθώς και η πιθανή επίδραση που μπορεί να έχουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία.

Το νοσοκομείο της Ρόδου βρίσκεται σε 24ωρη λειτουργία κάθε ημέρα της εβδομάδας, σε αντίθεση με νοσοκομεία μεγάλων πόλεων τα οποία μπορεί να εφημερεύουν κάθε δεύτερη ή και κάθε τέταρτη ημέρα.

Επιπλέον πρόκειται για το μεγαλύτερο νοσοκομείο της Δωδεκανήσου, και σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η Ρόδος αποτελεί δημοφιλή τουριστικό προορισμό έχει ως αποτέλεσμα τον αυξημένο φόρτο εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού το

οποίο καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια προκειμένου να παρέχει ιατρική φροντίδα υψηλών προδιαγραφών προς όλους.

Τέλος αν και έχει υπάρξει έντονο ενδιαφέρον για το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρούς και νοσηλευτές μεγάλων νοσοκομείων, δεν υπάρχουν επαρκείς έρευνες σε νοσοκομεία της επαρχίας.

Από την άλλη πρέπει να τονισθεί το γεγονός ότι τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρονται στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συγκεκριμένου νοσοκομείου μιας δεδομένης χρονικής περιόδου. Έτσι, παρόλο που το δείγμα συμμετεχόντων ήταν ικανοποιητικό για την εκπόνηση της έρευνας, δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό όσον αφορά τον ευρύτερο τομέα της υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη μελέτη βασίστηκε πάνω στο ερευνητικό εργαλείο της Κοπεγχάγης (CBI), ενώ ως επί το πλείστον οι περισσότερες έρευνες που πραγματοποιούνται για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας χρησιμοποιούν το ερωτηματολόγιο της Maslach (MBI). Το παραπάνω θα μπορούσε να αποτελέσει περιορισμό ως προς την αποτελεσματικότητα της σύγκρισης μεταξύ μελετών.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται δομικά σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται επεξήγηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσω μιας σύντομης αναφοράς στην ιστορική αναδρομή και στον ορισμό του. Έπειτα αναλύονται μερικά από τα θεωρητικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί από τους σημαντικότερους ερευνητές του συνδρόμου καθώς και τα ερευνητικά εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρησή του. Στη συνέχεια η εργασία αναφέρεται στα αίτια και τις κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης έτσι ώστε μέσω της κατανόησης τους να υπάρξει έγκυρη αναγνώριση προκειμένου να εφαρμοστούν διάφορες παρεμβάσεις για την καταπολέμηση του. Στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται μία σύντομη αναφορά στην ικανοποίηση εφόσον αποτελεί μέσω παρακίνησης για τον επαγγελματία και ισχυρό παράγοντα για τον περιορισμό του συνδρόμου. Τέλος γίνεται προσέγγιση της έκτασης του φαινομένου μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης τόσο από τον διεθνή όσο και από τον Ελλαδικό χώρο.

Το ειδικό μέρος αποτελεί την έρευνα που πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η επαγγελματική εξουθένωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στο Γ.Ν. Ρόδου. Αρχικά περιλαμβάνει τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε

για να διεξαχθεί η συγκεκριμένη έρευνα. Στη συνέχεια αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας και έπειτα γίνεται η συζήτηση από την οποία προκύπτει η συμβατότητα ή μη των αποτελεσμάτων με άλλες αντίστοιχες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας.

2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

2.1. Ιστορική αναδρομή του Συνδρόμου της Επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είχε απασχολήσει τους ειδικούς λόγω της υψηλής του επίπτωσης στους επαγγελματίες υγείας και για τις επιπτώσεις που αυτό έχει τόσο για την υγεία τους όσο και για την αποδοτικότητα τους.

Ο όρος burn out πρωτοαναφέρεται σε ένα μυθιστόρημα του Greene με τίτλο “A Burn-Out Case”, του 1961 όπου ένας ψυχικά κουρασμένος και απογοητευμένος αρχιτέκτονας, αφήνει τη δουλειά του και αποφασίζει να ζήσει στην αφρικανική ζούγκλα (Maslach et. All, 2001).

Αρχικά οι μελέτες είχαν διερευνητικό χαρακτήρα, με το θέμα να απασχολεί τους κοινωνικούς σχολιαστές οι οποίοι μελετούσαν μεμονωμένα κάποια από τα συμπτώματα του.

Ωστόσο, το μεγάλο ενδιαφέρον και η έντονη απασχόληση των επιστημόνων για την επαγγελματική εξουθένωση ξεκίνησε σχεδόν μία δεκαετία αργότερα όπου στα μέσα του 1970 άρχισαν οι πρώτες αναφορές του σε επιστημονικά άρθρα. Πιο συγκεκριμένα το 1974 υπάρχει αναφορά του συνδρόμου σε άρθρο του Sigmund Ginsburg (Heinemann & Heinemann, 2017) και του Herbert J. Freudenberger ο οποίος περιέγραψε τα συμπτώματα υπερκόπωσης τα οποία παρατήρησε όχι μόνο στον εαυτό του και σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας αλλά ακόμα και σε εθελοντές που εργάζονταν σε πρόγραμμα στήριξης ατόμων με θέματα εθισμού. (Παππά, Αναγνωστόπουλος & Νιάκας, 2008). Καθόρισε την κατάσταση ως αδυναμία για επίδοση ή εξουθένωση λόγω των υπερβολικών απαιτήσεων. Ο Freudenberger υποστηρίζει ότι τα άτομα τα οποία είναι περισσότερο αφοσιωμένα και απορροφημένα από την εργασία τους, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση λόγω των εσωτερικών και εξωτερικών πιέσεων που τους ασκούνται προκειμένου να αποδώσουν (Freudenberger, 1975).

Το 1976, η Christina Maslach, ξεκίνησε να μελετά το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης και εστίασε σε μηχανισμούς άμυνας που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι του χώρου υγείας, όπως είναι η αποστασιοποίηση. Σύμφωνα με την Maslach η επαγγελματική εξουθένωση αναφέρεται σε μία κατάσταση σωματικής και ψυχικής

εξάντλησης, όπου ο επαγγελματίας σταδιακά απομακρύνεται από τα θετικά συναισθήματα που είχε για τον ασθενή, αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και παρουσιάζει έντονη δυσαρέσκεια για τη δουλειά του (Maslach & Jackson, 1982). Επί της ουσίας αποτελεί έναν μηχανισμό άμυνας του εργαζόμενου απέναντι στο χρόνιο και παρατεταμένο στρες το οποίο έχει ως βάση τη σχέση του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή. Ο ορισμός της Maslach αποτελεί έναν από τους πιο διαδεδομένους και ακριβείς ορισμούς που έχουν μέχρι σήμερα δοθεί, για την περιγραφή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Το 1986 η Maslach και Jackson δημιουργούν το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI), το οποίο χρησιμοποιείται σε διεθνές επίπεδο και έχει ως σκοπό την μέτρηση και την καταγραφή του συνδρόμου. Έκτοτε και με το ενδιαφέρον που παρουσιάζει το φαινόμενο για τους ερευνητές, έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί διάφορα ερωτηματολόγια τα οποία προσπαθούν να ξεπεράσουν τις έντονες κριτικές που παρουσίασε το ερωτηματολόγιο της C. Maslach.

Αν και αρχικά το φαινόμενο μελετήθηκε εκτεταμένα στους επαγγελματίες υγείας, εφόσον θεωρήθηκαν πιο επιρρεπείς σε σχέση με άλλους εργασιακούς χώρους (Pines, 1997), στη συνέχεια ξεκίνησαν έρευνες και σε άλλες επαγγελματικές ομάδες.

2.2 Εννοιολογική προσέγγιση

Παρά το γεγονός πως η επαγγελματική εξουθένωση έχει απασχολήσει πλήθος ερευνητών δεν υπάρχει προς το παρόν ένας απόλυτα αποδεκτός ορισμός.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί συνώνυμο των όρων εργασιακή πίεση, κόπωση, αποξένωση, κατάθλιψη παρόλο που συχνά παρατηρείται κατάχρηση του όρου στην προσπάθεια να περιγράψουν οι παραπάνω συνθήκες, με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση όρων και ορισμών.

Κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν την επαγγελματική εξουθένωση, ως κατάσταση η οποία εμφανίζεται στα επαγγέλματα τα οποία σχετίζονται με άμεση επαφή με ανθρώπους λόγω των διαπροσωπικών σχέσεων που δημιουργούνται με αυτούς (π.χ. ιατροί, νοσηλεύτες, εκπαιδευτικοί). Σε αυτήν την περίπτωση ενεργό ρόλο παίζουν και οι διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες που εντοπίζονται στο χώρο εργασίας. Άλλοι συγγραφείς συνδέουν την επαγγελματική εξουθένωση με την προσωπικότητα του ίδιου

του ατόμου και την περιγράφουν ως μία διαδικασία η οποία εξαρτάται άμεσα από τον τρόπο με τον οποίο ο επαγγελματίας βιώνει το στρες και την πίεση του χώρου εργασίας αλλά και με περιβαλλοντικούς παράγοντες, που σχετίζονται με την οργανωτική υποδομή κάθε εργασιακής μονάδας (Μπελλάλη και συν, 2007).

Σύμφωνα με την καθηγήτρια κοινωνικής ψυχολογίας Christine Maslach, της οποίας ο ορισμός είναι από τους πλέον πιο αποδεκτούς, η επαγγελματική εξουθένωση αναφέρεται ως «Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς» (Maslach and Jackson, 1997). Στην ουσία είναι το αποτέλεσμα του χρόνιου συσσωρευμένου άγχους του επαγγελματία και της εργασιακής πίεσης, το οποίο έχει συνέπειες στην σωματική και ψυχική του υγεία. Ως απόρροια των παραπάνω το άτομο δεν μπορεί πλέον να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις που δημιουργεί ο εργασιακός του χώρος (Maslach et al, 2001).

Όπως φαίνεται από αυτό τον ορισμό, η επαγγελματική εξουθένωση στην ουσία αναφέρεται στην καταπόνηση που νιώθει ο εργαζόμενος τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά από την εξάντληση των προσωπικών του αποθεμάτων, στην προσπάθεια που καταβάλλει προκειμένου να προσαρμοστεί στις καθημερινές επαγγελματικές πιέσεις που του ασκούνται. Ο επαγγελματίας υγείας δεν παρουσιάζει πλέον ενδιαφέρον αλλά ούτε και θετικά συναισθήματα για τους ασθενείς του, ενώ ταυτόχρονα σχηματίζεται μέσα του μία αρνητική εικόνα για τον ίδιο του τον εαυτό (Maslach et al, 2001).

Ο Αμερικανός ψυχολόγος Herbert Freudenberger (1974) περιγράφει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως ένα σύνολο ψυχοσωματικών συμπτωμάτων το οποίο παρατηρείται στους επαγγελματίες υγείας, βασισμένος στη θεωρία του προκειμένου να επισημάνει τις επιπτώσεις του έντονου εργασιακού στρες στα άτομα αυτά (Nene & Tadi, 2020). Το άτομο μπορεί να εμφανίζει μία αίσθηση σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης και να παρουσιάζει οργανικές διαταραχές όπως γαστρεντερικές ενοχλήσεις, συχνούς πονοκεφάλους και αϋπνίες. Σύμφωνα με τον Herbert Freudenberger τα άτομα που έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αυτά τα χαρακτηριστικά είναι εκείνα με την περισσότερη ενσυναίσθηση, τα οποία νιώθουν

δέσμευση για την εργασία τους, επενδύουν στην καριέρα τους και είναι απόλυτα αφοσιωμένοι σε αυτήν (Reith, 2018). Περιέγραψε τον αφοσιωμένο εργαζόμενο ο οποίος θέλει να αναλαμβάνει υπερβολικά πολλή δουλειά, τον υπερδεσμευμένο εργαζόμενο ο οποίος δεν μπορεί να βρει ικανοποίηση εκτός του χώρου εργασίας του και τον αυταρχικό εργαζόμενο ο οποίος αισθάνεται ότι κανένας άλλος δεν είναι ικανός να προσφέρει την ίδια αποτελεσματικότητα στην δουλειά του (Freudenberger, 1974).

Ο Pines και Aronson προσδιόρισαν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως «μία φυσική, συναισθηματική και ψυχική κατάσταση η οποία είναι απότοκος της μακροχρόνιας έκθεσης του ατόμου σε καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή» (Pines & Aronson, 1988).

2.3 Θεωρητικά μοντέλα του Συνδρόμου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

2.3.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach

Όπως προαναφέρθηκε η Maslach απέδωσε έναν από τους πιο αποδεκτούς ορισμούς για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον δημιούργησε ένα μοντέλο το οποίο αναφέρεται σε τρεις διαστάσεις που είναι κυρίως, υπεύθυνες για την ανάπτυξη του φαινομένου.

Τα βασικά στοιχεία τα οποία απαρτίζουν αυτό το μοντέλο είναι τα εξής:

- Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion): χαρακτηρίζεται από την μείωση ή και την εξάντληση των πηγών του συναισθήματος η οποία εκδηλώνεται με ψυχολογική κούραση που εμφανίζει ο εργαζόμενος, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να διαθέσει την ενέργεια που χρειάζεται για να επενδύσει στην δουλειά του και να ανταπεξέλθει στα εργασιακά του καθήκοντα (Maslach, 2003).
- Αποπροσωποποίηση (depersonalization): ο επαγγελματίας υγείας προσπαθεί να δημιουργήσει απόσταση από τον λήπτη υπηρεσιών υγείας. Δυσκολεύεται να εστιάσει στα χαρακτηριστικά του ατόμου που τον κάνουν μοναδικό σαν άνθρωπο και οι σχέσεις που δημιουργεί μαζί του είναι απρόσωπες. Πολλές

φορές διατηρεί μία κυνική και υποτιμητική στάση απέναντι στον ασθενή (Αναγνωστόπουλος & Καρανιάδου, 2008).

- Αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment): λόγω της τάσης που παρατηρείται στο να αξιολογείται πολλές φορές αρνητικά η εργασία του επαγγελματία υγείας, μπορεί να τον κάνει να νιώθει ιδιαίτερα ανεπαρκής και αποτυχημένος. Αυτό θα φέρει ως αποτέλεσμα την παραίτηση του από κάθε προσπάθεια χειρισμού και αντιμετώπισης των προβλημάτων του ασθενή (Maslach, 2003).

2.3.2. Το μοντέλο των Edelwich και Brodsky

Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky (1980) η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται μέσα από τέσσερα στάδια, τα οποία διαδέχονται το ένα το άλλο και συνοδεύουν τον επαγγελματία υγείας από την αρχή της καριέρας του μέχρι το τέλος της.

1. Στάδιο του ενθουσιασμού: Ξεκινώντας τα πρώτα βήματα της καριέρας του ο εργαζόμενος διακατέχεται από υπερβάλλοντα ζήλο και ενθουσιασμό για αυτήν. Χαρακτηρίζεται από υπερβολικά υψηλούς στόχους και προσδοκίες. Λόγω των στόχων που έχει θέσει επενδύει στη δουλειά του αφιερώνοντας μεγάλο μέρος του χρόνου του αλλά και των ψυχικών του αποθεμάτων. Η ταύτιση με τους ασθενείς και η υπερβολική κατανάλωση των αποθεμάτων της ενέργειας του αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο αυτού του σταδίου (Maes et al., 1992).

2. Στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας: Ο επαγγελματίας συνειδητοποιεί ότι το εργασιακό περιβάλλον δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις αρχικές προσδοκίες και τις ανάγκες του. Προσπαθεί να εστιάσει και να βελτιώσει πιθανές προσωπικές ελλείψεις καταβάλλοντας ακόμα μεγαλύτερη προσπάθεια. Οι χαμηλές οικονομικές απολαβές, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας και η έλλειψη προσωπικού χρόνου αρχίζουν να αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα. Η έμφαση σε αυτό το στάδιο δίνεται στην κάλυψη των προσωπικών του αναγκών.

3. Στάδιο της απογοήτευσης και της ματαίωσης: αυτό το στάδιο περιλαμβάνει την συνειδητοποίηση του ατόμου ότι οι αρχικές του προσδοκίες δεν έχουν εκπληρωθεί και οι προσωπικές του ανάγκες δεν έχουν ικανοποιηθεί, οπότε οδηγείται στην

αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Επί της ουσίας ο επαγγελματίας βρίσκεται σε μία μεταβατική περίοδο, κατά την οποία καλείται να αποφασίσει αν διατίθεται να συνεχίσει να εργάζεται αναθεωρώντας όμως τις προσδοκίες του και τον τρόπο συμπεριφοράς του ή να αποστασιοποιηθεί υιοθετώντας μια στάση αδιαφορίας ή αποξένωσης (Θεοφίλου, 2009).

4. Στάδιο της απάθειας: το τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνει την απάθεια του επαγγελματία απέναντι στην εργασία του και στους ασθενείς του, ως άμυνα, προκειμένου να ανταπεξέλθει ψυχολογικά απέναντι στην απογοήτευση και στη ματαιώση που του δημιουργεί. Σε αυτό το στάδιο ο επαγγελματίας αποφεύγει κάθε υπεύθυνη συμπεριφορά απέναντι στους άλλους, χρησιμοποιεί την ελάχιστη ενέργεια για την διεκπεραίωση των καθηκόντων του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών του και απουσιάζει συχνά από την εργασία του. Επί της ουσίας οι λόγοι που συνεχίζει να εργάζεται είναι καθαρά βιοποριστικοί (Edelwich & Brodsky, 1980; Θεοφίλου, 2009).

2.3.3. Το μοντέλο του Cherniss

Το μοντέλο του Cherniss (1980) υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο συμβάν αλλά μία διαδικασία η οποία είναι εξαρτώμενη από την αλληλεπίδραση ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η διαδικασία περνάει από τρία στάδια

- Το στάδιο του επαγγελματικού στρες, κατά το οποίο υπάρχει διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους στόχους (προσδοκίες επαγγελματία) και στους διαθέσιμους πόρους (εργασιακό περιβάλλον).
- Το στάδιο της εξάντλησης, το οποίο εκδηλώνεται με τη μορφή κόπωσης, συναισθηματικής εξάντλησης, έλλειψης ενδιαφέροντος και αδιαφορία. Ο επαγγελματίας σε αυτό το στάδιο εμφανίζει μια συνεχόμενη ένταση η οποία αν δεν διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.
- Το στάδιο της αμυντικής κατάληξης όπου παρατηρείται αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς του επαγγελματία προκειμένου να μπορέσει να ανταπεξέλθει στον εργασιακό του χώρο. Σε αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος παρουσιάζει

κυνισμό και απάθεια για τους άλλους (Belias & Varsanis, 2014; Θεοφίλου, 2009).

2.3.4 Το μοντέλο της Pines

Η Pines και οι συνεργάτες (1988) υποστήριξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση του επαγγελματία σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες και εκδηλώνεται ως σωματική, συναισθηματική και πνευματική εξάντληση (Pines & Aronson, 1988).

Σύμφωνα με το κοινωνικο- ψυχολογικό μοντέλο της Pines, οι περιβαλλοντικές συνθήκες εργασίας αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την αποδοτικότητα του επαγγελματία στην εργασία του καθώς και για την ανάπτυξη ή όχι του συνδρόμου. Η έμφαση δίνεται στον ρόλο του εργασιακού περιβάλλοντος, ενώ τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου και τα κίνητρα είναι υπεύθυνα μόνο για την πυροδότηση και τη βαρύτητα του συνδρόμου. Τονίζεται ότι οι επαγγελματίες οι οποίοι είναι πιο αφοσιωμένοι στην εργασία τους θα εμφανίσουν βαρύτερη μορφή επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ωστόσο, η εφαρμογή του μοντέλου της Pines δεν περιορίστηκε μόνο στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε αρχικά προταθεί, αλλά αντίθετα διερευνά και άλλους τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1996) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993).

2.3.5 Το μοντέλο της Κοπεγχάγης

Το μοντέλο της Κοπεγχάγης δημιουργήθηκε από τους Tage Kristensen και τους συνεργάτες του (2005) ως απάντηση στην κριτική που ασκήθηκε τόσο από τον ίδιο τον Kristensen όσο και από άλλους ερευνητές στο μοντέλο της Maslach και στο ερευνητικό εργαλείο της, MBI (Maslach Burnout Inventory). Το μοντέλο της Κοπεγχάγης στηρίζεται εν μέρη, σε έναν ορισμό που έδωσαν οι Schaufeli και Greenglass (2001) για την επαγγελματική εξουθένωση. Οι Schaufeli και Greenglass ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μία κατάσταση σωματικής, ψυχολογικής και συναισθηματικής εξάντλησης, η οποία προκύπτει από τη μακροχρόνια έκθεση του

επαγγελματία σε εργασιακές συνθήκες που είναι συναισθηματικά απαιτητικές (Schaufeli & Greenglass 2001).

Το μοντέλο της Κοπεγχάγης αποτελεί το νεότερο χρονικά μοντέλο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

2.4 Κλίμακες μέτρησης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

2.4.1. Κλίμακα της Maslach (The Maslach Burnout Inventory- MBI)

Η κλίμακα της Maslach αποτελεί τη πιο δημοφιλή κλίμακα η οποία χρησιμοποιείται διεθνώς για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε πλήθος επαγγελματιών. Η αρχική του μορφή αναπτύχθηκε από τις Christina Maslach και Susan Jackson και είχε ως σκοπό την αξιολόγηση της εμπειρίας του ατόμου από την επαγγελματική εξουθένωση. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο παραλλαγές με 16 και 22 ερωτήσεις αντίστοιχα. Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν τρεις κατηγορίες, την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την προσωπική επίτευξη του επαγγελματία.

Το ερωτηματολόγιο ζητά από τους εργαζόμενους να αποτυπώσουν τη συχνότητα που εμφανίζονται διάφορα συναισθήματα τους μέσα από τις ερωτήσεις. Έπειτα για την αξιολόγηση των απαντήσεων χρησιμοποιείται μια κλίμακα 7 διαβαθμίσεων Likert σταθμισμένη από το 0 (ποτέ) έως το 6 (κάθε μέρα). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι βαθμολογίες για κάθε κλίμακα υπολογίζονται ξεχωριστά χωρίς να μπορούν να συνδυαστούν ως ένα ενιαίο σύνολο, επομένως προκύπτουν τρεις βαθμολογίες για τον κάθε εξεταζόμενο.

Η εν λόγω κλίμακα αρχικά χρησιμοποιήθηκε κυρίως για την αξιολόγηση του συνδρόμου σε εκπαιδευτικούς και σε επαγγελματίες του χώρου κοινωνικών υπηρεσιών. Αργότερα και προκειμένου να μπορέσει να χρησιμοποιηθεί και σε άλλους επαγγελματικούς κλάδους δημιουργήθηκε η κλίμακα Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI GS) (Aguayo et al.,2011).

2.4.2 Κλίμακα μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burn Out Inventory- BI) των Pines Aronson και Kafry

Η κλίμακα BI επινοήθηκε από τους Pines, Aronson και Kafry (1981) και περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αξιολογούν τις τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και πιο συγκεκριμένα την συναισθηματική εξουθένωση, την αποπροσωποποίηση και την μειωμένη προσωπική επίτευξη του επαγγελματία, σε μία κλίμακα Likert , η οποία είναι σταθμισμένη από το 0 που εκφράζεται ως “ποτέ”, έως το 6 το οποίο αντιστοιχεί στο “πάντα”.

Ως εργαλείο μέτρησης κρίνεται αξιόπιστο και χωρίς περιορισμό σε συγκεκριμένους τύπους εργασίας (Schaufeli & Enzmann, 1998).

2.4.3 Η κλίμακα προσωπικού (Stuff Burnout Scale-SBS)

Η συγκεκριμένη κλίμακα, αποτελεί δημιουργήθηκε από τον Jones (1980) και αποτελείται από τριάντα ερωτήματα. Είναι βασισμένη στη θεωρητική προσέγγιση της Christina Maslach και απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας. Η διαφορά βρίσκεται στο ότι το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης, περιλαμβάνει ερωτήσεις οι οποίες συσχετίζονται με τη φυσιολογία και τη συμπεριφορά του ατόμου. Η επαγγελματική εξουθένωση μελετάται μέσα από τέσσερις παράγοντες και πιο συγκεκριμένα: την ψυχολογική ένταση που βιώνει το άτομο από το χώρο εργασίας του, τη φυσική ασθένεια, τη δυσαρέσκεια του ατόμου απέναντι στα εργασιακά του καθήκοντα και τη μη ικανοποιητική του σχέση με τους λήπτες των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Arthur, 1990).

2.4.4. Η κλίμακα της Κοπεγχάγης (The Copenhagen Burnout Inventory - CBI)

Η κλίμακα της Κοπεγχάγης δημιουργήθηκε από τους Kristensen και συν.(2005) έπειτα από την ανάγκη που προέκυψε για τη δημιουργία ενός σύγχρονου μοντέλου αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και ως απάντηση, στις έντονες κριτικές που δέχτηκε το ερωτηματολόγιο της Maslach. Αποτελείται από τρεις διαφορετικές κλίμακες οι οποίες μετράνε την επαγγελματική εξουθένωση του ατόμου

σε προσωπικό επίπεδο, την επαγγελματική εξουθένωση που σχετίζεται με την εργασία καθώς και την επαγγελματική εξουθένωση που προκαλείται από τη συναναστροφή του με τον ασθενή. Αποτελεί πολύτιμο εργαλείο επιστημονικής έρευνας, καθώς μπορεί και καλύπτει πολλούς επαγγελματικούς κλάδους. Επιπλέον, έχει κριθεί ιδιαίτερα χρήσιμο ως προς την αξιοπιστία των δεδομένων που παρέχει (Whitehead et al.,2000; Yeh et al.,2007).

2.5 Αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι αρχικές μελέτες για τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης επικεντρώθηκαν μεμονωμένα γύρω από τους παράγοντες εργασίας και τους προσωπικούς παράγοντες. Η Maslach (1978) αναφέρει πως ο κύριος λόγος εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης σε άτομα που παρέχουν ανθρωπιστικής φύσεως εργασία εντοπίζεται στην συνεχόμενη τριβή τους, με τους ανθρώπους και τα προβλήματα τους.

Η άποψη ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης οφείλει να θεωρηθεί ως συνδυασμός των απαιτήσεων του εργασιακού περιβάλλοντος και της προσωπικότητας που έχει ο επαγγελματίας φαίνεται να είναι κοινή. Τα περισσότερα μοντέλα προσπαθούν να εξηγήσουν την ανάπτυξη του μέσω της αλληλεξάρτησης που υπάρχει ανάμεσα στην προσωπικότητα και το εργασιακό περιβάλλον (O'Brien & Page, 1994). Ο Best & Thurston (2004) αναφέρουν ότι οι βασικοί παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν περιβαλλοντικούς και ατομικούς παράγοντες, καθώς και διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου (Best & Thurston, 2004).

Κατά τη Maslach η εξουθένωση αποτελεί μια προσωπική εμπειρία η οποία αναφέρεται στο ίδιο το περιεχόμενο της εργασίας (Maslach et al., 2001). Καταστάσεις οι οποίες μπορεί να ικανοποιούν έναν εργαζόμενο είναι σε θέση να εξουθενώσουν κάποιον άλλο.

Παράγοντες όπως ο μεγάλος όγκος εργασίας, το κυλιόμενο και εξαντλητικό ωράριο, η ασάφεια των ρόλων, η έλλειψη εποπτείας, η αυταρχική διοίκηση, οι ελλείψεις προσωπικού καθώς και η έλλειψη αναγνώρισης του έργου του εργαζόμενου

διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου (Σαρίδη και συν., 2016).

➤ Ατομικοί παράγοντες

Η βιβλιογραφία αναφέρει ατομικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορεί να ευθύνονται για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα χαρακτηριστικά που συναντώνται συχνότερα αφορούν την ηλικία, το φύλο, τα χρόνια προϋπηρεσίας, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο του ατόμου. Επίσης διάφοροι ενδοατομικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση του συνδρόμου όπως η ανθεκτικότητα στο στρες, οι προσδοκίες από το χώρο εργασίας καθώς και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει το άτομο δυσμενείς καταστάσεις.

Η ηλικία του ατόμου φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση του συνδρόμου. Άτομα νεαρότερης ηλικίας, χωρίς εργασιακή εμπειρία εμφανίζουν συχνότερα εξουθένωση σε σχέση με μεγαλύτερα άτομα, τα οποία φαίνεται να είναι πιο σταθερά συνειδητοποιημένα απέναντι στις εργασιακές καταστάσεις (Vincent et al, 2019; Maslach et al., 2001; Chang et al., 2006; Κουτελέκος, 2007; Παππά και συν, 2008; Γώγος, 2011).

Όσον αφορά το φύλο του επαγγελματία, κάποιες έρευνες δεν δίνουν σημαντική συσχέτιση, ενώ σε άλλες αναφέρονται διαφορετικά επίπεδα εξουθένωσης ανάμεσα στα δύο φύλα. Σύμφωνα με τη Maslach οι διαφορές έχουν να κάνουν περισσότερο με την επιλογή του επαγγέλματος που ακολουθούν τα δύο φύλα παρά με την διαφορετικότητα που εμφανίζεται στα χαρακτηριστικά τους (Maslach & Jackson, 1982). Η Martin θεωρεί ότι υπάρχει ζήτημα φύλου, όσον αφορά την εξουθένωση, και αυτό προκύπτει από το βαθμό της διαφορετικότητας των συναισθημάτων τους καθώς και από τον τρόπο με τον οποίο εκφράζονται αυτά (Martin, 2000). Οι περισσότερες μελέτες ωστόσο, υποστηρίζουν πως υπάρχει διαφορά στα δύο φύλα με τις γυναίκες να βρίσκονται πιο ευάλωτες στην εμφάνιση και την έκταση του συνδρόμου (Luceno – Moreno et al., 2020)

Η οικογενειακή κατάσταση παραμένει ένας παράγοντας ο οποίος παρουσιάζει διαφορούμενες απόψεις. Κάποιοι ερευνητές αναφέρουν πως οι έγγαμοι παρουσιάζουν μικρότερα επίπεδα εξουθένωσης από τους άγαμους, εφόσον βρίσκονται προστατευμένοι λόγω της πλαισίωσης τους από το δίκτυο της οικογένειας (Παππά και συν., 2008), επίσης οι ελεύθεροι δεν έχουν κάποιο τόσο κοντινό τους πρόσωπο ώστε

να μοιραστούν τα καθημερινά προβλήματα που προκύπτουν από το χώρο εργασίας και να λάβουν βοήθεια ή ψυχολογική υποστήριξη (Lahana et al., 2017; Janeway, 2020).

Άλλοι μελετητές, ωστόσο, υποστηρίζουν πως σε ιδιαίτερες συνθήκες, όπως στην περίπτωση της πανδημίας, τα άτομα που συμβιώνουν με την οικογένεια τους τείνουν να βρίσκονται περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση εξουθένωσης (Kannampallil et al., 2020). Σημαντικό ρόλο σε τέτοιες περιπτώσεις θα μπορούσε να διαδραματίζει το γεγονός πως οι επαγγελματίες υγείας ζούσαν με τον φόβο μετάδοσης του ιού στα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Ο τύπος προσωπικότητας του επαγγελματία καθώς και η ικανότητα προσαρμογής του σε στρεσογόνες και απαιτητικές καταστάσεις διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο. Διάφοροι παράγοντες λειτουργούν ως ασπίδα προστασίας απέναντι στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως είναι οι προσωπικές φιλοδοξίες και τα κίνητρα που χαρακτηρίζουν τον εργαζόμενο, οι προσδοκίες που έχει από το περιβάλλον της εργασίας του, η ανθεκτικότητα του σε καταστάσεις στρες, η ικανοποίηση του από τις οικονομικές απολαβές, η αυτοπεποίθηση, η ενσυναίσθηση και η καλή ψυχολογία (Τσέκερη, 2021). Οι επαγγελματίες οι οποίοι λειτουργούν περισσότερο ορθολογικά και μπορούν να μετριάσουν τα συναισθήματα τους είναι πιο ανθεκτικοί και με λιγότερη κατανάλωση συναισθηματικής ενέργειας απέναντι σε δύσκολες καταστάσεις (Gomez & Michaelis, 1995). Επιπλέον τα άτομα τα οποία μπορούν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες στην εργασία τους ως προκλήσεις και όχι ως απειλές παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα στον παράγοντα της αποπροσωποποίησης και της συναισθηματικής εξάντλησης και υψηλότερα στον παράγοντα των προσωπικών επιτευγμάτων (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992; Τριανταφύλλου και συν., 2015), χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι σε περιπτώσεις έντονου άγχους και υπερβολικού φόρτου εργασίας δεν θα βιώσουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.

- Αίτια εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης από το εργασιακό περιβάλλον.

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η φύση της εργασίας των επαγγελματιών υγείας εμφανίζει αρκετές ιδιαιτερότητες σε σχέση με άλλους επαγγελματικούς κλάδους, οι οποίες

καθιστούν τους εργαζόμενους περισσότερο ευάλωτους στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο αυξημένος όγκος εργασίας, το ασταθές ωράριο (κυκλικό για τους νοσηλευτές και 24ωρο συνεχόμενο για τους ιατρούς), τα αυξημένα καθήκοντα, η σχέση με τους προϊσταμένους και τους συναδέλφους, η ασάφεια των ρόλων, η αυταρχική διοίκηση αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που ευθύνονται για την εξουθένωση στο προσωπικό.

Πέρα από τις βασικές υποχρεώσεις που υπάρχουν στον εργασιακό χώρο οι επαγγελματίες υγείας έχουν να διαχειριστούν το σημαντικότερο αγαθό του ανθρώπου, την υγεία. Η σχέση με τον ασθενή και τους συγγενείς του αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα ο οποίος είναι λογικό να δημιουργήσει στρες στον επαγγελματία υγείας. Οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις που έχει ο ασθενής για την αντιμετώπισή του από το γιατρό και το νοσηλευτή του καθώς και για την έκβαση της νόσου αποτελούν παράγοντες για την εμφάνιση εξουθένωσης (Κουτελέκος και συν, 2007; Γώγος, 2011; Jenkins, 2004).

Από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχει πλήθος παραγόντων οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν ή να ενισχύσουν την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο επαγγελματίας υγείας εκτίθεται καθημερινά σε λιγότερους ή και περισσότερους παράγοντες από αυτούς που προαναφέρθηκαν. Αν εμφανίσει ή όχι επαγγελματική εξουθένωση δεν εξαρτάται μόνο από την ύπαρξη αυτών των παραγόντων αλλά και από την ένταση τους καθώς και από τα ατομικά του χαρακτηριστικά.

2.6. Κλινικές εκδηλώσεις του Συνδρόμου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, συνήθως δεν γίνεται αντιληπτό στα αρχικά του στάδια αλλά αρχίζει να διαφαίνεται όταν πλέον ο επαγγελματίας αισθάνεται έντονη απογοήτευση, ματαίωση και απάθεια για την εργασία ή και τη ζωή του ευρύτερα (Cushway, 1992; Sparks et al., 2001). Επιπλέον, λόγω του ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει αναγνωρισθεί ως νόσημα που φέρει συγκεκριμένη συμπτωματολογία η αναγνώρισή της πολλές φορές εμφανίζει δυσκολίες. Στον

παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα κυριότερα συμπτώματα τα οποία αναφέρονται και στην παγκόσμια βιβλιογραφία.

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση/ υπερβολική κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές	Χαμηλή εργασιακή απόδοση
Κεφαλαλγίες	Κυνισμός	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Γαστρεντερικά προβλήματα	Έλλειψη ενδιαφέροντος/απάθεια	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Συχνές ασθένειες/ κρυολογήματα	Στρες	Μειωμένη επικοινωνία
Αναπνευστικά προβλήματα	Άνια	Ροπή σε ατυχήματα
Αυξομειώσεις σωματικού βάρους	Μείωση αυτοπεποίθησης	Αδυναμία συγκέντρωσης
Αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης	Εκνευρισμός	Αυξημένη χρήση φαρμάκων/ αλκοόλ
Στεφανιαία νόσος	Κατάθλιψη	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αποπροσωποποίηση	Αδικαιολόγητες απουσίες από την εργασία

Πίνακας 1: Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης

Η Salanova et al. αναφέρει πως τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν συσχετιστεί με χαμηλή αποτελεσματικότητα του επαγγελματία απέναντι στις εργασιακές του υποχρεώσεις (Salanova et al., 2002). Επομένως, ο επαγγελματίας ο οποίος παρουσιάζει εξουθένωση θα έχει χαμηλή εργασιακή επίδοση εφόσον χαρακτηρίζεται από έντονη απροθυμία στο να επενδύσει ουσιαστικά στην εργασία του και περιορίζεται στο να είναι απλά επαρκής στα βασικά του καθήκοντα (Sparks et al., 2001).

Η άμεση εντόπιση των κλινικών εκδηλώσεων του συνδρόμου κρίνεται ζωτικής σημασίας όχι μόνο για τις επιπτώσεις που μπορεί να φέρει στο ίδιο το άτομο και στον

οργανισμό για τον οποίο εργάζεται, αλλά και για ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο στο οποίο ανήκει.

2.7. Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Για την καταπολέμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, αρκετοί ερευνητές έχουν εστιάσει σε παρεμβάσεις που αφορούν είτε το ίδιο το άτομο είτε τον εργασιακό χώρο που τα πλαισιώνει. Οι παρεμβάσεις μπορούν να είναι περισσότερο ή λιγότερο εφικτές και λειτουργικές, εξαρτώμενες άμεσα από το εργασιακό καθεστώς που επικρατεί στο κάθε περιβάλλον αλλά και από τα ατομικά χαρακτηριστικά που έχει ο κάθε εργαζόμενος.

Σύμφωνα με τους Awa et al., (2010) τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης διακρίνονται σε αυτά που απευθύνονται στο ίδιο το άτομο, σε αυτά που απευθύνονται στον οργανισμό και τέλος στο συνδυασμό ατόμου-εργασιακού πλαισίου (Awa et al., 2010).

Πρωταρχικό ρόλο διαδραματίζει η αναγνώριση της ύπαρξης της επαγγελματικής εξουθένωσης και η εύρεση των αιτιών από τις οποίες πηγάζει. Είναι σημαντικό ο επαγγελματίας να μπορεί να εστιάσει και να ξεχωρίσει τους τομείς της εργασίας στους οποίους μπορεί να επέμβει και να ελέγξει. Πρέπει επίσης να ξεχωρίσει για ποιους από αυτούς είναι ο ίδιος υπεύθυνος. Έπειτα θα πρέπει να διαλέξει την στρατηγική που είναι σε θέση να φέρει τα καλύτερα αποτελέσματα στην όλη κατάσταση (Burke & Richardson, 2000).

Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να έχουν ως γνώμονα το ότι το κάθε άτομο είναι ξεχωριστό και διαθέτει διαφορετική αντίληψη των πραγμάτων καθώς και διαφορετικά μέσα, ικανότητες, δεξιότητες προκειμένου να αντιμετωπίσει την εργασιακή ένταση και την επαγγελματική εξουθένωση που του προκαλείται λόγω των αντίξοων, πολλές φορές, συνθηκών του σύγχρονου εργασιακού βίου.

Ο Δεληχάς και συν. (2012) αναφέρουν ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στα χαρακτηριστικά όπως είναι ο προσωπικός έλεγχος του κάθε εργαζόμενου, δηλαδή το πως ο επαγγελματίας μπορεί να δράσει και να διαχειριστεί καταστάσεις (Δεληχάς και

συν. 2012). Υπάρχουν άτομα που από τη φύση τους είναι περισσότερο αισιόδοξα και έχουν ανεπτυγμένη την ικανότητα της προσαρμογής σε καταστάσεις που προκαλούν στρες.

- *Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο*

Οι ατομικές παρεμβάσεις αναφέρονται στην προσπάθεια που πρέπει να καταβάλει ο ίδιος ο επαγγελματίας υγείας προκειμένου να καταφέρει να αντιμετωπίσει στρεσογόνους παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος αλλά και να ισορροπήσει συναισθηματικά μέσα σε αυτό έχοντας τον αυτοέλεγχο.

Ο εργαζόμενος ξεκινάει πολλές φορές την καριέρα του, έχοντας μη εφικτούς στόχους και προσδοκίες με αποτέλεσμα να βιώνει απογοήτευση και δυσαρέσκεια ως προς την εργασία του, όταν αυτοί δεν μπορούν να υλοποιηθούν (Ξένου και συν., 2008). Σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να γίνει επαναπροσδιορισμός των στόχων και των προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας τόσο από τον εαυτό του όσο και από το εργασιακό πλαίσιο στο οποίο ανήκει. Οι ρεαλιστικοί στόχοι προφυλάσσουν από το αίσθημα απογοήτευσης εφόσον μπορούν να υλοποιηθούν και να δώσουν ικανοποίηση στον εργαζόμενο και απαραίτητα κίνητρα προκειμένου να συνεχίσει να προσφέρει.

Η ενασχόληση με την άσκηση, η επαρκής ανάπαυση και η ισορροπημένη διατροφή συμβάλλουν στον περιορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τα όρια του και να προγραμματίζει τον χρόνο και τις υποχρεώσεις του έτσι ώστε να διασφαλίζει τον απαραίτητο για αυτόν προσωπικό χρόνο. Οι κοινωνικές επαφές και ο προσωπικός και οικογενειακός χρόνος λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση (Μουστάκα & Μαλλιάρου, 2008). Επίσης το οικογενειακό και κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο θα προσφέρει συναισθηματική και ψυχολογική βοήθεια και συμπαράσταση στον επαγγελματία υγείας (Θεοδωράτου και συν., 2003).

- *Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο*

Παράλληλα με τις παρεμβάσεις που θα κάνει το ίδιο το άτομο προκειμένου να καταπολεμήσει την επαγγελματική εξουθένωση, είναι απαραίτητο να υπάρχει στήριξη και από την πλευρά του εργασιακού του περιβάλλοντος. Η διοίκηση διαδραματίζει ενεργό ρόλο τόσο στην εμφάνιση όσο και στην καταπολέμηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού της. Οι παρεμβάσεις από πλευράς

διοίκησης κρίνονται απαραίτητες εφόσον δεν θα ευνοηθεί μόνο ο εργαζόμενος αλλά θα υπάρξει αύξηση της αποδοτικότητας και βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ο σωστός καταμερισμός της εργασίας καθώς και η μείωση του φόρτου της μέσω της επάρκειας του προσωπικού αποτελούν ευθύνες της διοίκησης. Τα διαλείμματα κατά τη διάρκεια της ημέρας και η χορήγηση αδειών, η σαφήνεια του ρόλου και των υποχρεώσεων, η ανάθεση καθηκόντων, η ενεργής παρουσία των εργαζόμενων στη λήψη αποφάσεων, η εκτίμηση του εργαζομένου και οι ευκαιρίες για εξέλιξη μπορούν να συμβάλλουν στην μείωση του εργασιακού στρες (Τούντας, 2001).

2.8 Η ικανοποίηση ως μέσω παρακίνησης στους επαγγελματίες υγείας

Η ικανοποίηση των εργαζόμενων αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για τη σωστή λειτουργία σε έναν οργανισμό υγείας, εφόσον μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας και να βρίσκεται άμεσα συνδεδεμένη με την βιωσιμότητα του οργανισμού.

Η Morse (1997) αναφέρει πως η ικανοποίηση συνδέεται με το ποσοστό στο οποίο το άτομο εκπληρώνει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του (Sageer, Rafat & Agarwal, 2012). Η επαγγελματική ικανοποίηση, αποτελεί ουσιαστικά την αξιολόγηση που θα δώσει ο ίδιος ο εργαζόμενος στο πλαίσιο της εργασίας του και μέσω αυτής θα προκύψει τόσο η συναισθηματική και η ψυχολογική ευημερία του ατόμου όσο και η εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού. Ο Τσουνής και Σαράφης (2016) αναφέρουν ότι, η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια από τις πιο συχνά μελετώμενες μεταβλητές της επιστήμης της ψυχολογίας (Τσουνής & Σαράφης, 2016). Παρά το γεγονός, ότι υπάρχει πλήθος ερευνών πάνω στον τομέα της επαγγελματικής ικανοποίησης, ωστόσο, μέχρι σήμερα τουλάχιστον, δεν υπάρχει κανένας κοινά αποδεκτός ορισμός ο οποίος μπορεί να προσδιορίσει με ακρίβεια το τι είναι αυτό που μπορεί να φέρει την επαγγελματική ικανοποίηση στον εργαζόμενο. Ο Locke (1976) έδωσε τον πιο διαδεδομένο ορισμό σύμφωνα με τον οποίο η επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια ευχάριστη ή ως μία θετική συναισθηματική κατάσταση η οποία προέρχεται από την αποτίμηση της εργασίας του ατόμου.

ο Spector (1997), ο οποίος έχει δώσει έναν απλούστερο αλλά ωστόσο περιεκτικό ορισμό αναφέρει ότι η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με το βαθμό εκπλήρωσης των αναγκών του ατόμου μέσα στον εργασιακό του χώρο και σχετίζεται με τα θετικά συναισθήματα που έχει το άτομο για την εργασία του. Σύμφωνα με τον Spector υπάρχουν δύο πτυχές της επαγγελματικής ικανοποίησης. Βάση της πρώτης η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί ένα μοναδικό συνολικό συναίσθημα απέναντι στην εργασία ενώ η δεύτερη πτυχή εστιάζει το ενδιαφέρον της σε διαφορετικά σημεία της εργασίας όπως οι ιδιαιτερότητές της, οι συνθήκες της, η φύση της δουλειάς κ.α. (Spector, 2007).

Ο Warr & Landy (1989) θεωρούν ότι δεν είναι εφικτό η επαγγελματική ικανοποίηση να είναι πάντα σταθερή και είναι σχεδόν αδύνατο να υπάρχει απόλυτη ικανοποίηση από την πλευρά του εργαζόμενου.

Πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την έννοια της παρακίνησης και της παρώθησης. Με τον όρο παρώθηση εννοούμε την παρακίνηση του προσωπικού η οποία θα επιφέρει βελτιώσεις και επιθυμητά αποτελέσματα στον οργανισμό. Η παρακίνηση αποτελεί μία ψυχολογική διαδικασία η οποία συνδέεται με τις ψυχοσωματικές ανάγκες του ατόμου και μπορεί να λειτουργήσει ως κινητήρια δύναμη η οποία θα επηρεάσει τη στάση και τη συμπεριφορά του ατόμου στο χώρο εργασίας. Μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργία του οργανισμού εφόσον είναι στενά συνδεδεμένη με την έννοια της αποδοτικότητας.

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι είναι δύσκολο να βρεθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός ο οποίος να μπορεί να επεξηγήσει με σαφήνεια τον όρο παρακίνηση, ωστόσο οι περισσότεροι ορισμοί σχετίζουν την παρακίνηση με παράγοντες οι οποίοι είναι σε θέση να κινητοποιήσουν και θα κατευθύνουν την ανθρώπινη συμπεριφορά (Κουφίδου, 2001).

Η παρακίνηση στον εργασιακό χώρο συνδέει τις προσωπικές ανάγκες του εργαζόμενου με τις ανάγκες και τους στόχους της επιχείρησης. Η παρακίνηση συνδέεται με την ικανοποίηση(job satisfaction), την αφοσίωση(commitment), τη δέσμευση(engagement) και την πρόθεση της αποχώρησης (intention to quit) (Nohria et al., 2018).

1. Η ικανοποίηση συνδέεται με την αίσθηση του εργαζόμενου στο ότι η επιχείρηση είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες του και να ανταποκριθεί

στις προσδοκίες που έχει. Το κίνητρο που σχετίζεται με την ικανοποίηση είναι το κίνητρο της απόκτησης, το οποίο μπορεί να ικανοποιηθεί μέσα από το σύστημα ανταμοιβής. Ένα ικανοποιητικό σύστημα ανταμοιβών θα επιφέρει αποδοτική εργασία καθώς και δυνατότητα ανάπτυξης στους εργαζόμενους.

2. Η αφοσίωση δείχνει τον βαθμό εμπιστοσύνης που έχει ο εργαζόμενος προς την επιχείρηση. Συνδέεται με το κίνητρο του δεσμού και προκειμένου να ενεργοποιηθεί χρειάζεται μία εργασιακή κουλτούρα η οποία βασίζεται στην ομαδική δουλειά, στην καλή συνεργασία και στην ανάπτυξη καλών σχέσεων μεταξύ των συναδέλφων.
3. Η δέσμευση συνδέεται με το κίνητρο της κατάκτησης και αποτελείται από την προσπάθεια και τις πρωτοβουλίες που μπορεί να αναλάβει το άτομο στον εργασιακό του χώρο. Ο ρόλος του εργαζόμενου πρέπει να είναι ευδιάκριτος και η αρμοδιότητα του σαφής και ενδιαφέρουσα προκειμένου να αποτελεί κατάκτηση στόχου.
4. Η πρόθεση για αποχώρηση συνδέεται με το κίνητρο για υπεράσπιση. Το κίνητρο για υπεράσπιση προκειμένου να ενεργοποιηθεί απαιτεί διαφάνεια στην διοίκηση της επιχείρησης και δίκαιη μεταχείρισή. Στις περιπτώσεις όπου το κίνητρο υπεράσπισης δεν μπορεί να ικανοποιηθεί τότε αυξάνεται η πρόθεση των εργαζομένων για αποχώρηση καθώς υπάρχει μεγάλη αντίσταση στην αλλαγή (Nohria et al., 2018).

<i>Δείκτες παρακίνησης</i>	<i>Κίνητρα</i>	<i>Μοχλοί παρακίνησης</i>
Ικανοποίηση	Απόκτησης	Σύστημα ανταμοιβών
Αφοσίωση	Δεσμού	Κουλτούρα
Δέσμευση	Κατάκτησης	Σχεδιασμός εργασίας
Πρόθεση αποχώρησης	Υπεράσπισης	Διαφάνεια- Δικαιοσύνη

Πίνακας 2. Συσχετισμός κινήτρων- συμπεριφοράς και μοχλών παρακίνησης (Nohria et al., 2018)

Οι θεωρίες παρακίνησης χωρίζονται σε θεωρίες περιεχομένου και σε θεωρίες διαδικασιών. Οι θεωρίες περιεχομένου βασίζονται στο περιεχόμενο και στα κίνητρα που θα ενεργοποιήσουν και θα ωθήσουν τα άτομα στην υιοθέτηση συμπεριφορών. Εξετάζουν τις ανθρώπινες ανάγκες, τον βαθμό ιεράρχησης που καταλαμβάνουν στο άτομο καθώς και την διαδικασία που καταβάλει το άτομο προκειμένου να τις ικανοποιήσει. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται μεταξύ άλλων η θεωρία του Maslow, του Herzberg, του Mc Gregor και του Mc Clelland (Silverthorne, 2005)

Οι θεωρίες διαδικασιών δίνουν έμφαση στις διαδικασίες οι οποίες θα ωθήσουν το άτομο στο να συμπεριφέρεται με κάποιο συγκεκριμένο τρόπο. Δίνουν έμφαση στους παράγοντες που σχετίζονται με την παρακίνηση στο εργασιακό περιβάλλον. Οι θεωρίες διαδικασιών περιλαμβάνουν τη θεωρία του Vroom, του Porter and Lawler, του Locke και του Adams.

2.9. Βιβλιογραφική ανασκόπηση του συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης

❖ Έρευνες από το διεθνή χώρο

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) η επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και της φροντίδας κατά τη διάρκεια της πανδημίας κυμάνθηκε από 41 έως 52% (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2022).

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αποτελεί το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα του μακροχρόνιου στρες που βιώνει ο επαγγελματίας και εμφανίζεται, επί το πλείστον, σε άτομα που ασκούν κοινωνικό λειτούργημα. Αν και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να εντοπισθεί σε διάφορους επαγγελματικούς κλάδους, ο επιπολασμός του βρίσκεται ιδιαίτερα υψηλός στους εργαζόμενους που παρέχουν υπηρεσίες παροχής υγείας (Ribeiro et al., 2014).

Οι γιατροί, οι νοσηλευτές, μέσω της γρήγορης κατανάλωσης των ενεργειακών τους αποθεμάτων οδηγούνται τελικά στην εξουθένωση. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το γεγονός του ότι τα συγκεκριμένα επαγγέλματα χαρακτηρίζονται από έντονη συναισθηματική και ψυχολογική επιβάρυνση.

Σύμφωνα με τους Ribeiro et al. (2014) σε μια Ευρωπαϊκή μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2011, διαπιστώθηκε πως το 30% περίπου των νοσηλευτών ανέφεραν ότι ήταν εξαντλημένοι ή ένιωθαν κόπωση λόγω της εργασιακής τους απασχόλησης. Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν επίσης μια βρετανική μελέτη στην οποία το 42% των νοσηλευτών που εργάζονται στην Αγγλία πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση (Ribeiro et al., 2014).

Έχει βρεθεί πως ο χώρος στον οποίο εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζει σημαντικό παράγοντα τόσο για την εμφάνιση όσο και για τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών το προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξουθένωσης λόγω της ενασχόλησης τους με τον συγκεκριμένο τομέα εργασίας (Edwards et al., 2000; Kilfedder et al., 2001).

Το ενδιαφέρον ωστόσο των μελετητών για τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ψυχιατρικούς ασθενείς εντοπίζεται ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 στη διεθνή βιβλιογραφία (Angermeyer et al., 2006; Lambert et al., 2007; Dickinson & Wright, 2008).

Οι Jeanneau και Armelius, διεξήγαγαν έρευνα η οποία περιλάμβανε 754 νοσηλευτές της Σουηδίας, που εργάζονταν σε ψυχιατρικές μονάδες. Προσπάθησαν μέσω της έρευνας αυτής να συσχετίσουν την επαγγελματική εξουθένωση με την εικόνα που είχαν οι εργαζόμενοι σχετικά με τον εαυτό τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει έντονη συσχέτιση συναισθηματικής εξάντλησης με την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους οι νοσηλευτές, καθώς τα άτομα που είχαν αρνητική εικόνα με τον εαυτό τους παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Jeanneau & Armelius, 2000).

Πέρα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, έχουν βρεθεί αντίστοιχα υψηλά ποσοστά και στους νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Brooks & Anderson, 2004; Cubrilo- Turek & Urek, 2006). Ο Poncet (2007) μέσω μελέτης σε Γάλλους νοσηλευτές οδηγήθηκε στο συμπέρασμα πως ένας στους τρεις νοσηλευτές που εργάζονταν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας έχει βιώσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι βασικές αιτίες για την εμφάνιση του συνδρόμου αποτελούσαν την έλλειψη οργάνωσης, τις κακές εργασιακές σχέσεις με τους προϊστάμενους και τους γιατρούς, τον φόβο θανάτου του ασθενή και

την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για την πορεία του ασθενή καθώς και του τμήματος (Poncet et al., 2007).

Τα ογκολογικά τμήματα παρουσιάζουν αρκετές ιδιαιτερότητες, εφόσον οι ογκολογικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από ευαίσθητο ψυχισμό. Οι ογκολογικοί ασθενείς χρειάζεται να αντιμετωπιστούν με ιδιαίτερη κατανόηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Ο φόβος θανάτου, ο πόνος, η απειλή απέναντι στη ζωή είναι μερικά από τα στοιχεία που μπορεί να δημιουργήσουν δυσχέρεια στη συνεργασία και στην επικοινωνία του επαγγελματία με τον ασθενή και το περιβάλλον του. Όλα τα παραπάνω κάνουν τα άτομα που εργάζονται με τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών πιο επιρρεπή στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Schraub & Marx, 2004; Sherman et al., 2006; Quattrin et al., 2006).

Σημαντικό ρόλο έχει και το επίπεδο εκπαίδευσης του επαγγελματία. Ο Jenkins & Elliott (2004), ασχολήθηκαν σε έρευνα τους με τον βαθμό του εργασιακού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ειδικευμένο και μη - ειδικευμένο προσωπικό του Ηνωμένου Βασιλείου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι περίπου το μισό από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίασε σημεία επαγγελματικής εξουθένωσης με τους ειδικευμένους νοσηλευτές να αναφέρουν υψηλότερο βαθμό πίεσης. Η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης και οργάνωσης ήταν ο κύριος παράγοντας πίεσης όσον αφορά το ειδικευμένο προσωπικό, ενώ οι δύσκολοι ή απαιτητικοί ασθενείς αποτελούσαν πηγή άγχους για τους ανειδίκευτους (Jenkins & Elliott, 2004).

Οι ειδικευόμενοι ιατροί βρίσκονται σε ένα ιδιαίτερο επαγγελματικό καθεστώς εφόσον αμέσως μετά το πέρας της φοιτητικής ζωής και εν όσο εκπαιδεύονται, καλούνται να αναλάβουν αυξημένες ευθύνες, πολλές φορές χωρίς ιδιαίτερη υποστήριξη από τους επιβλέποντες ειδικευμένους. Το καθεστώς στο οποίο εντάσσονται τους κάνει αρκετά επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Βάση βιβλιογραφικής ανασκόπησης στην οποία εμπεριέχονται 51 μελέτες, βρέθηκε ότι το ποσοστό των ειδικευόμενων που εμφανίζει εξουθένωση κυμαίνεται από 27 έως 75% (Papaefstathiou et al., 2019). Η επαγγελματική εξουθένωση των ειδικευόμενων ιατρών κρίνεται υψίστης σημασίας εφόσον βρίσκεται συνδεδεμένη με επιδείνωση της γενικής κατάστασης της υγείας τους, με την κατάχρηση ουσιών, με την εμφάνιση άγχους, κατάθλιψης και αυτοκτονικών ιδεασμών. Επίσης συνδέεται με κακή απόδοση,

με την αύξηση του αριθμού των ιατρικών λαθών και με τη μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Papaefstathiou et al., 2019).

Τα τελευταία χρόνια το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ανά τον κόσμο, ήρθε αντιμέτωπο με μία πρωτόγνωρη κατάσταση. Το ξέσπασμα της πανδημίας του Covid-19 ήρθε να προσθέσει περαιτέρω άγχος, αμφιβολία, ανασφάλεια καθώς και να επιδεινώσει το ήδη αυξημένο φόρτο εργασίας στους επαγγελματίες υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά εκείνοι οι οποίοι βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή δεν είχαν να διαχειριστούν μόνο τον όγκο της δουλειάς ο οποίος αναμφίβολα αυξήθηκε δραματικά. Ο φόβος για το αύριο, οι ελλείψεις σε μέσα ατομικής προστασίας, το λιγοστό ανθρώπινο δυναμικό έφεραν τα συστήματα υγείας στο στάδιο της κατάρρευσης. Η πανδημία και οι επιπτώσεις της κέντρισαν το ενδιαφέρον και ώθησαν την επιστημονική κοινότητα στη διενέργεια επιπλέον μελετών για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η Lasalvia et al. (2021) πραγματοποίησε μελέτη η οποία περιλάμβανε 1961 επαγγελματίες υγείας σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Ιταλίας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα ποσοστά της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυξημένα στους συμμετέχοντες που εργάζονταν εκείνη την περίοδο στις ΜΕΘ, με τους νοσηλευτές να παρουσιάζουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση. Οι παράγοντες οι οποίοι συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης συναισθηματικής εξάντλησης περιλάμβαναν μεταξύ άλλων, το γυναικείο φύλο, την προϋπηρεσία, την μη ύπαρξη οικογένειας (Lasalvia et al., 2021).

Σε ισπανική μελέτη η οποία διενεργήθηκε το 2021 από τον Torrente και τους συνεργάτες του, σε 643 επαγγελματίες που εργάζονταν στην πρώτη γραμμή κατά του Covid-19, φάνηκε ότι το ποσοστό της επαγγελματικής εξουθένωσης άγγιζε το 43,4% με τις γυναίκες να βιώνουν μεγαλύτερα επίπεδα εξουθένωσης σε σχέση με τους άνδρες. Επίσης, τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν μεγαλύτερα στην ηλικιακή ομάδα 20-30 ετών και στους επαγγελματίες που είχαν εργασιακή εμπειρία πάνω από 15 έτη (Torrente et al., 2021).

❖ *Έρευνες από τον ελλαδικό χώρο*

Ο Διλιντάς (2010) πραγματοποίησε έρευνα 218 εργαζομένων του ΠαΓΝΗ με σκοπό να διερευνήσει το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στο συγκεκριμένο πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η επαγγελματική εξουθένωση εντοπίστηκε σε μέτρια επίπεδα και για τις τρεις διαστάσεις της, ενώ στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε σημαντικά υψηλότερες τιμές από ότι οι άλλοι εργαζόμενοι. Σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η σχέση εργασίας στην υπηρεσία φάνηκε ότι δεν σχετίζονται σημαντικά με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αντιθέτως για την ηλικία και για το επίπεδο εκπαίδευσης προέκυψε συσχετισμός. Επιπλέον επικεντρώθηκε στους εργασιακούς και διοικητικούς παράγοντες που μπορεί να έχουν ενεργό ρόλο στην εμφάνιση της εξουθένωσης. Το εργασιακό άγχος, ο φόρτος εργασίας, οι εργασιακές συγκρούσεις φάνηκε να είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση του συνδρόμου. Από την άλλη τόσο το κύρος και η ικανοποίηση από την εργασία, όσο και η διοικητική αποτελεσματικότητα φάνηκε να αποτελούν παράγοντες οι οποίοι μπορούν να προστατεύσουν το προσωπικό από την εμφάνιση του συνδρόμου (Διλιντάς, 2010).

Η Μπελλάλη και συν. (2007) πραγματοποίησαν έρευνα με 347 νοσηλευτές, με σκοπό να δείξουν ότι η σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με το εργασιακό άγχος. Η αρχική υπόθεση επιβεβαιώθηκε εφόσον διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση με τους τρεις παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Μπελλάλη και συν., 2007).

Όπως προαναφέρθηκε η ενασχόληση με τους ογκολογικούς ασθενείς αποτελεί επιπλέον παράγοντα για την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, λόγω των ιδιοτεροτήτων που συναντώνται στα συγκεκριμένα τμήματα. Η Ρούπα και συν. (2008) προσπάθησαν να εκτιμήσουν την επαγγελματική εξουθένωση σε νοσηλευτές που εργάζονταν με ογκολογικούς ασθενείς. Η έρευνα περιλάμβανε 316 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών που εργάζονταν σε ογκολογικά τμήματα της Ελλάδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 41,9% παρουσίαζε έντονη συναισθηματική εξάντληση, το 44% μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα, ενώ η διάσταση της αποπροσωποποίησης βρέθηκε στο 38%. Στην συγκεκριμένη έρευνα δεν φάνηκε να υπάρχει σημαντική συσχέτιση του συνδρόμου με την ηλικία των νοσηλευτών, τα χρόνια προϋπηρεσίας σε ογκολογικά τμήματα και με τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος. Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο, πως οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν

εργάζονταν στο συγκεκριμένο τμήμα από προσωπική τους επιλογή (Ρούπα και συν. 2008).

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Βασικός σκοπός της εργασίας αυτής είναι να διερευνηθεί η επίδραση που έχει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο Γ.Ν. Ρόδου και κατά πόσο τα δημογραφικά στοιχεία τους μπορούν να ασκήσουν επιρροή στην εμφάνιση του. Πρωτίστως ζητήθηκε έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου της Ρόδου (απόσπασμα αρ.πρ.8421/27-03-24), προκειμένου να γίνει η διανομή των ερωτηματολογίων στους επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου. Έπειτα και με σκοπό να πραγματοποιηθεί η παρούσα ανάλυση διαμοιράστηκαν 314 ερωτηματολόγια στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, από τα οποία συμπληρώθηκαν τα 203. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν μέσω ξεχωριστού παραρτήματος που υπήρχε στην αρχική σελίδα των ερωτηματολογίων τόσο για τον σκοπό της έρευνας, όσο και για την εμπιστευτικότητα και ανωνυμία των απαντήσεων και μετέπειτα συμμετείχαν εθελοντικά στην συμπλήρωσή τους.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε δημογραφικά στοιχεία και περιλάμβανε 9 ερωτήσεις και ποιο συγκεκριμένα: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, ετήσιο εισόδημα, έτη εργασίας, επίπεδο σπουδών και τομέας απασχόλησης. Η συλλογή τους θεωρήθηκε σκόπιμη, εφόσον διάφοροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχει συσχέτιση του σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα δημογραφικά στοιχεία του ατόμου (Maslach et al., 2001; Chang et al., 2006; Κουτελέκος, 2007; Παππά και συν., 2008; Γώγος, 2011). Το επόμενο μέρος αφορούσε την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στις τρεις διαστάσεις της. Το εργαλείο το οποίο χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο εργασιακής εξουθένωσης της Κοπεγχάγης (CBI, Copenhagen's Burnout Inventory) στα ελληνικά.

Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου της Κοπεγχάγης έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες για τη μέτρηση της εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας. Η επιλογή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου έγινε επειδή παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα στη διεξαγωγή της έρευνας. Χαρακτηρίζεται από ακρίβεια στην πληροφόρηση, ποσοτικοποίηση ποιοτικών δεδομένων και παροχή στοιχείων που ενισχύουν την αξία

της έρευνας. Επιπλέον είναι εύκολα κατανοητό από τον αναγνώστη και η συμπλήρωση του συνήθως δεν υπερβαίνει τα 10 λεπτά της ώρας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 19 ερωτήσεις και χωρίζεται σε τρεις ενότητες και πιο συγκεκριμένα:

- Πρώτη ενότητα: περιλαμβάνονται έξι ερωτήσεις οι οποίες μετρούν τα προσωπικά επίπεδα φυσικής και ψυχολογικής εξουθένωσης.
- Δεύτερη ενότητα: περιλαμβάνονται επτά ερωτήσεις μέσω των οποίων μετρείται η εργασιακή εξουθένωση.
- Τρίτη ενότητα: περιλαμβάνονται έξι ερωτήσεις που μετρούν την εξουθένωση που προέρχεται από τη συναναστροφή με τους ασθενείς.

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι «πάντα, συχνά, μερικές φορές, σπάνια και ποτέ» και κάθε μια αξιολογείται ξεχωριστά ως συνεχής μεταβλητή.

Το σκορ κυμαίνεται σε κάθε διάσταση από 0 έως 100 μονάδες. Οι υψηλές τιμές που μπορεί να προκύψουν από το σκορ, υποδηλώνουν μεγάλη εξουθένωση, χωρίς ωστόσο να μπορεί να διευκρινιστεί εάν η εξουθένωση στις δύο από τις τρεις διαστάσεις, καθιστά το άτομο εξουθενωμένο επαγγελματικά.

Αρχικά έγινε ανάλυση των δεδομένων για την αξιοπιστία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που δόθηκε. Για τον σκοπό αυτό, επιλέχθηκε να γίνει ο έλεγχος αξιοπιστίας Cronbach's α ο οποίος δίνει τιμές μεταξύ 0 έως 1 και βάση αυτών υποδηλώνεται η αξιοπιστία του εργαλείου μέτρησης. Τιμές πάνω από 0.7 θεωρούνται αξιόπιστες και αποδεκτές. Οι ερωτήσεις χωρίστηκαν σε 3 κατηγορίες, οι οποίες αναφέρονται στην προσωπική εξουθένωση, στην εργασιακή εξουθένωση και στην εξουθένωση που παρουσιάζεται με τη συναναστροφή ασθενών. Τα Cronbach's α , υπολογίστηκαν και βρέθηκε ότι κυμαίνονται από 0.72 έως 0.91, τιμή επιθυμητή για όλες τις διαστάσεις, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

	Cronbach's α
Προσωπική εξουθένωση	0.91
Εργασιακή εξουθένωση	0.72
Εξουθένωση σχετική με τη συναναστροφή ασθενών	0.83

Πίνακας 3: Cronbach's α βάση των κατηγοριών του ερωτηματολογίου.

Πιο συγκεκριμένα για τις ερωτήσεις που μετράνε την προσωπική εξουθένωση ο δείκτης βρίσκεται αρκετά υψηλός στο 0.91. Η εργασιακή εξουθένωση έχει τιμές Cronbach 0.72, ενώ για την εξουθένωση που σχετίζεται με τη συναναστροφή με τους ασθενείς η τιμή είναι στο 0.83. Έτσι οι παραπάνω τιμές δηλώνουν επαρκή αξιοπιστία.

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (StandardDeviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Αντίστοιχα, για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linearregressionanalysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standarderrors=SE). Όταν η κατανομή της εξαρτημένης δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση ο λογάριθμος αυτής. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

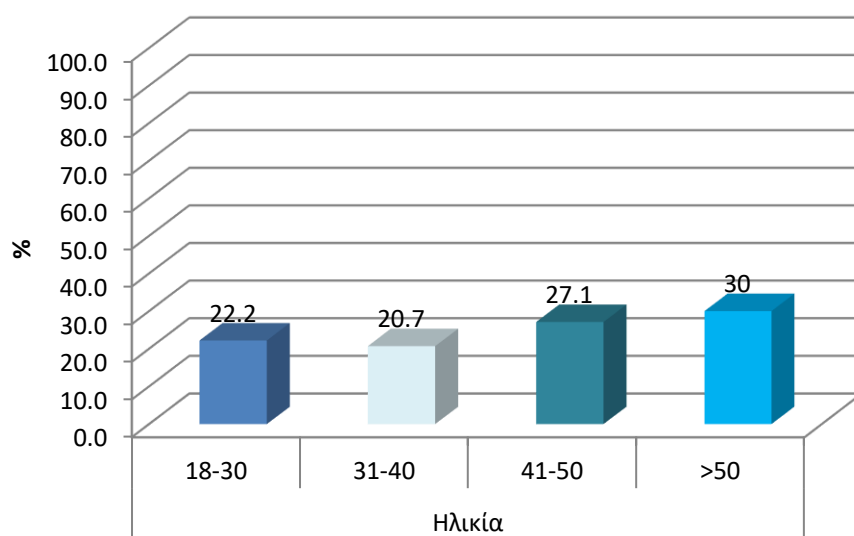
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα αποτελείται από 203 επαγγελματίες υγείας, το 69% των οποίων ήταν γυναίκες. Το 30% ήταν άνω των 50 ετών, το 27,1% ήταν 41-50 ετών και το 20,7% ήταν 31 έως 40 ετών. Επίσης, το 55,2% ήταν έγγαμοι, το 33,5% άγαμοι, το 10,3% διαζευγμένοι και το 1% χήρου/ες. Το 35,5% δεν είχαν παιδιά, το 33,5% είχε δύο, το 18,7% ένα, το 11,3% είχε 3 παιδιά και το 1% 4 ή περισσότερα. Οι περισσότεροι, σε ποσοστό 34,5% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, το 32% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 22,2% ΤΕΙ, το 10,3% είχαν μάστερ ή διδακτορικό και μόνο το 1% είχε αποφοιτήσει απλά από την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ακολουθεί ο πίνακας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

		N	%
Φύλο	Άντρας	63	31,0
	Γυναίκα	140	69,0
Ηλικία	18-30	45	22,2
	31-40	42	20,7
	41-50	55	27,1
	>50	61	30,0
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	112	55,2
	Άγαμος	68	33,5
	Διαζευγμένος	21	10,3
	Χήρος	2	1,0
Παιδιά	Κανένα	72	35,5
	1	38	18,7
	2	68	33,5
	3	23	11,3
	4 και άνω	2	1,0
Επίπεδο σπουδών	Υποχρεωτική εκπαίδευση	2	1,0
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	65	32,0
	ΤΕΙ	45	22,2
	ΑΕΙ	70	34,5
	Μάστερ / Διδακτορικό	21	10,3

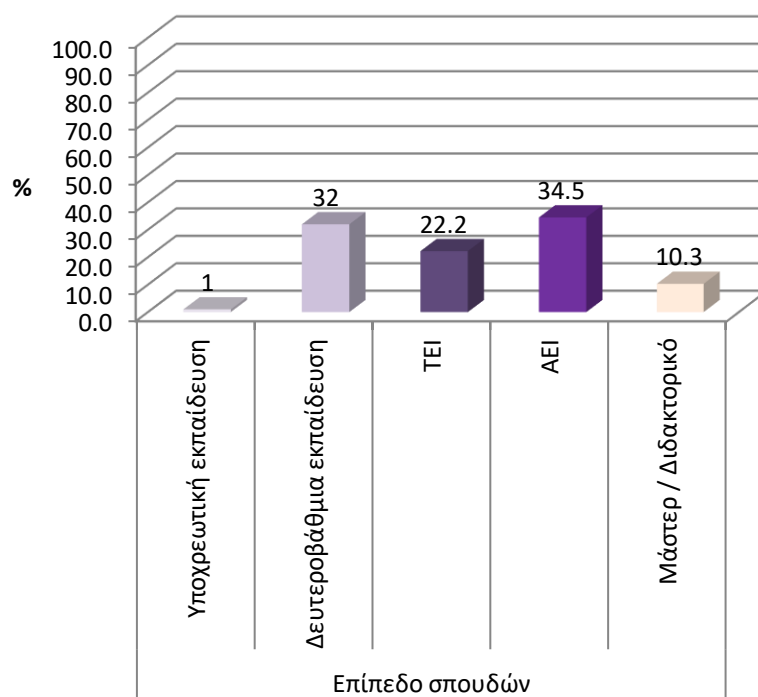
Πίνακας 4 : Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Έπεται το γράφημα με την ηλικιακή κατανομή τους.



Γράφημα 1: Ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων

Δίνεται και το ραβδόγραμμα σχετικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.



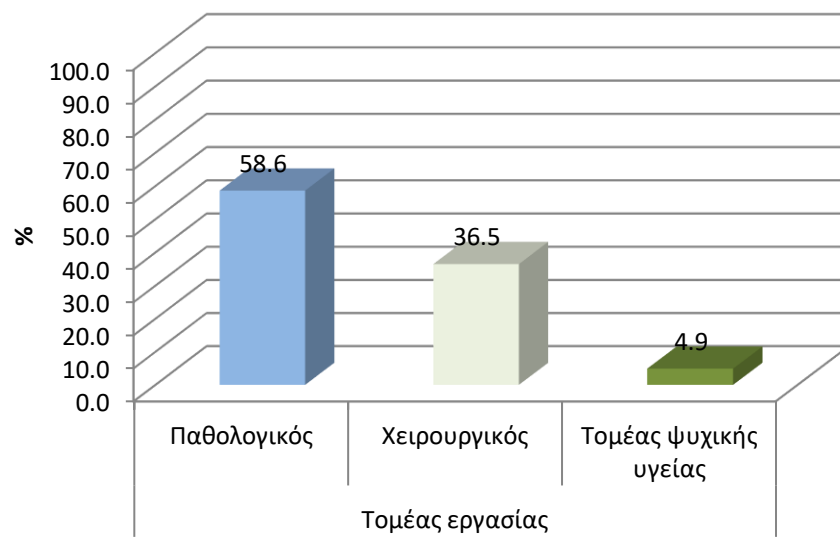
Γράφημα 2: Κατανομή εκπαιδευτικού επιπέδου των συμμετεχόντων

Στη συνέχεια παρατίθενται τα εργασιακά τους στοιχεία. Το 53,2% είχε εισόδημα από 10.001 έως 20.000 ευρώ, το 38,9% από 20.001 έως 40.000, το 4,4% πάνω από 40.000 και το 3,4% κάτω από 10.000. Επιπλέον, το 31,55 εργαζόταν πάνω από 20 έτη, το 20,7% κάτω από 5 και το 20,2% 5 έως 10 έτη. Το 62,6% ήταν νοσηλευτές/νοσηλεύτριες, το 58,6% εργαζόταν στον παθολογικό τομέα, το 36,5% στον χειρουργικό και το 4,9% στον τομέα ψυχικής υγείας.

		N	%
Εισόδημα	<10.000	7	3,4
	10.001-20.000	108	53,2
	20.001-40.000	79	38,9
	>40.000	9	4,4
Έτη εργασίας	<5	42	20,7
	5-10	41	20,2
	11-15	30	14,8
	16-20	26	12,8
	>20	64	31,5
Ειδικότητα	Νοσηλευτής/ Νοσηλεύτρια	127	62,6
	Ιατρός	76	37,4
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	119	58,6
	Χειρουργικός	74	36,5
	Τομέας ψυχικής υγείας	10	4,9

Πίνακας 5: Εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχόντων στους τομείς εργασίας.



Γράφημα 3: Κατανομή των συμμετεχόντων επί τοις % ανά τομέα εργασίας

Κλίμακα εξουθένωσης (Copenhagen Burnout Inventory)

Στον ακόλουθο πίνακα δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων για την κλίμακα εξουθένωσης σε προσωπικό, εργασιακό επίπεδο και λόγω της συναναστροφής με ασθενείς. Το σκορ κυμαίνεται σε κάθε διάσταση από 0 έως 100 μονάδες. Υψηλότερες τιμές δείχνουν μεγαλύτερη εξουθένωση. Για το συγκεκριμένο δείγμα:

Η βαθμολογία στην κλίμακα προσωπικής εξουθένωσης κυμαινόταν από 4,2 μέχρι 100 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 53,3 μονάδες (SD=20,6 μονάδες).

Η βαθμολογία στην κλίμακα εργασιακής εξουθένωσης κυμαινόταν από 7,1 μέχρι 100 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 54,7 μονάδες (SD=19,7 μονάδες).

Η βαθμολογία στην κλίμακα εξουθένωσης λόγω της συναναστροφής με ασθενείς κυμαινόταν από 0,0 μέχρι 100 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 43,5 μονάδες (SD=20,5 μονάδες).

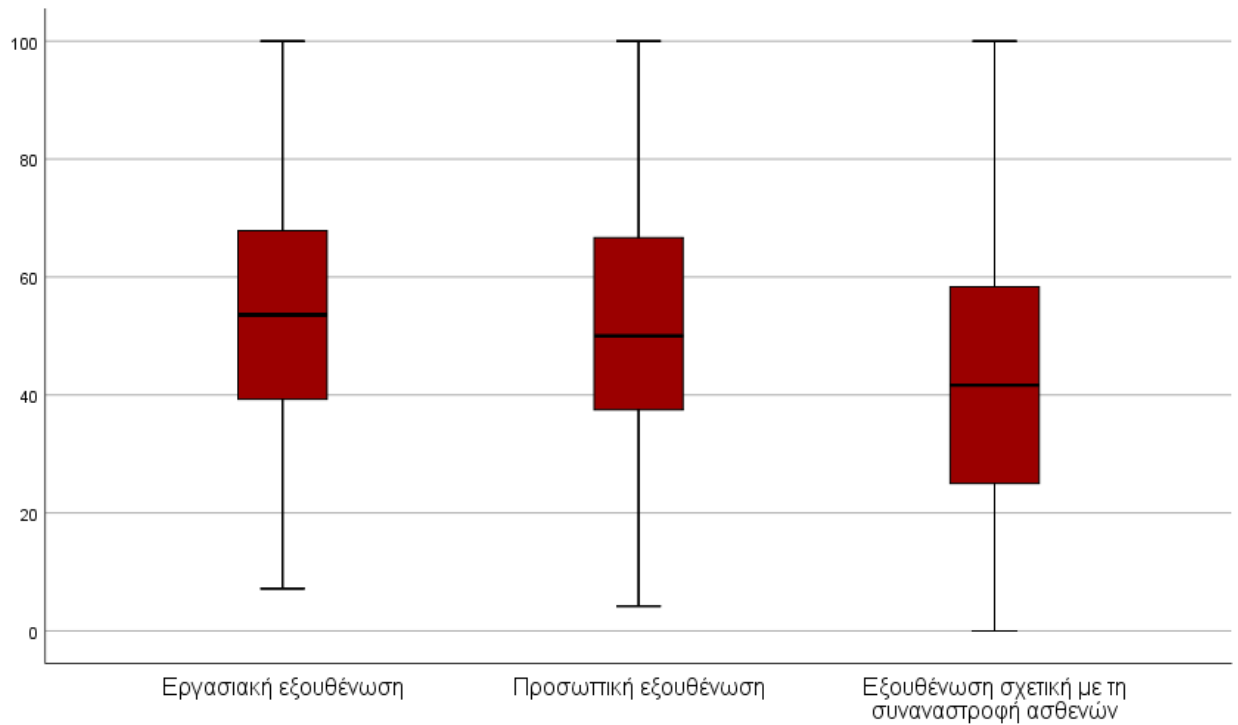
Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία σε όλες τις διαστάσεις.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Προσωπική εξουθένωση	4,2	100,0	53,3 (20,6)	50,0 (37,5 – 66,7)	0,91
Εργασιακή εξουθένωση	7,1	100,0	54,7(19,7)	53,8 (39,3 – 67,9)	0,72
Εξουθένωση σχετική με τη συναναστροφή ασθενών	0,0	100,0	43,5 (20,5)	41,7 (25 – 58,3)	0,83

Πίνακας 6: Βαθμολογία των συμμετεχόντων ανά διάσταση εξουθένωσης και συντελεστής αξιοπιστίας αυτών κατά Cronbach α .

Η εξουθένωση σχετική με τη συναναστροφή ασθενών ήταν σημαντικά χαμηλότερη από την προσωπική και την εργασιακή ($p<0,001$). Η προσωπική και η εργασιακή εξουθένωση δεν διέφεραν σημαντικά ($p=0,070$).

Ακολούθως δίνεται το γράφημα για τη βαθμολογία στις διαστάσεις «Προσωπική εξουθένωση», «Εργασιακή εξουθένωση» και «Εξουθένωση σχετική με τη συναναστροφή ασθενών», σε φθίνουσα σειρά.



Γράφημα 4: Βαθμολογία των συμμετεχόντων ανά διάσταση εξουθένωσης σε φθίνουσα σειρά

Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Στη συνέχεια ελέγχθηκαν οι διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Ανάλυση για την προσωπική εξουθένωση

Η διάσταση προσωπικής εξουθένωσης βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το επίπεδο σπουδών, το εισόδημα, την ειδικότητα και τον τομέα εργασίας. Συγκεκριμένα:

- Μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni προέκυψε ότι οι απόφοιτοι ΤΕΙ είχαν μεγαλύτερη προσωπική εξουθένωση, σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ ($p=0,002$).
- Οι νοσηλευτές αντιμετώπιζαν μεγαλύτερη προσωπική εξουθένωση, σε σχέση με τους ιατρούς.
- Όσοι είχαν εισόδημα μικρότερο ίσο των 20.000 ευρώ είχαν μεγαλύτερη προσωπική εξουθένωση, σε σχέση με όσους είχαν μεγαλύτερο.
- Οι εργαζόμενοι στον παθολογικό τομέα είχαν μικρότερη προσωπική εξουθένωση από τους εργαζόμενους στον χειρουργικό και αυτόν της ψυχικής υγείας ($p=0,003$ και $p=0,006$ αντίστοιχα).

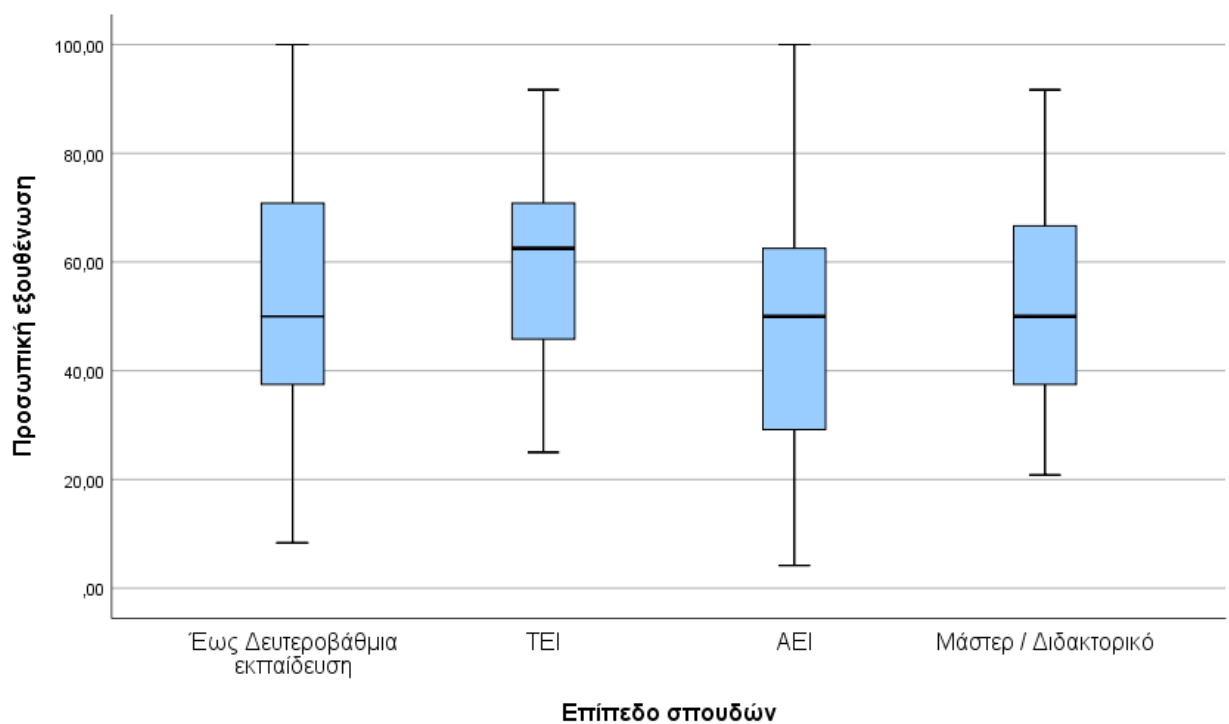
		Προσωπική εξουθένωση		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Αντρας	49,7 (22,6)	50 (33,3 – 66,7)	0,097+
	Γυναίκα	54,9 (19,5)	54,2 (37,5 – 70,8)	
Ηλικία	18-30	50,5 (20,3)	45,8 (33,3 – 66,7)	0,535+
	31-40	53,5 (18,9)	54,2 (37,5 – 66,7)	
	41-50	50,6 (20,7)	45,8 (33,3 – 66,7)	
	>50	57,7 (21,6)	58,3 (41,7 – 70,8)	
Έγγαμος/η	Όχι	54,1 (19,5)	50 (41,7 – 66,7)	0,234÷
	Ναι	52,6 (21,5)	50 (35,4 – 70,8)	
Παιδιά	Όχι	51,6 (20,5)	50 (37,5 – 66,7)	0,953+
	Ναι	54,2 (20,7)	54,2 (37,5 – 70,8)	
Επίπεδο σπουδών	Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	53,5 (21,7)	50 (37,5 – 70,8)	0,035÷
	ΤΕΙ	60 (17,8)	62,5 (45,8 – 70,8)	

	ΑΕΙ	48,9 (20,6)	50 (29,2 – 62,5)	
	Μάστερ / Διδακτορικό	53 (19,9)	50 (37,5 – 66,7)	
Εισόδημα	≤20.000	55,7 (20,3)	54,2 (37,5 – 70,8)	0,050+
	>20.000	50,2 (20,7)	50 (35,4 – 64,6)	
Έτη εργασίας	<5	48,5 (20,6)	45,8 (33,3 – 66,7)	0,061÷
	5-10	50,7 (17,7)	45,8 (37,5 – 58,3)	
	11-15	49,7 (17,2)	50 (37,5 – 66,7)	
	16-20	53,5 (22,4)	50 (37,5 – 70,8)	
	>20	59,6 (22)	60,4 (41,7 – 75)	
Ειδικότητα	Νοσηλεύτης/ Νοσηλεύτρια	56,5 (20,2)	58,3 (41,7 – 70,8)	0,004+
	Ιατρός	47,9 (20,3)	50 (29,2 – 60,4)	
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	48,8 (18)	45,8 (33,3 – 62,5)	0,001÷
	Χειρουργικός	58,7 (23,1)	58,3 (41,7 – 75)	
	Τομέας ψυχικής υγείας	66,3 (15,4)	64,6 (58,3 – 79,2)	

+Mann-Whitney test ÷Kruskal-Wallis test

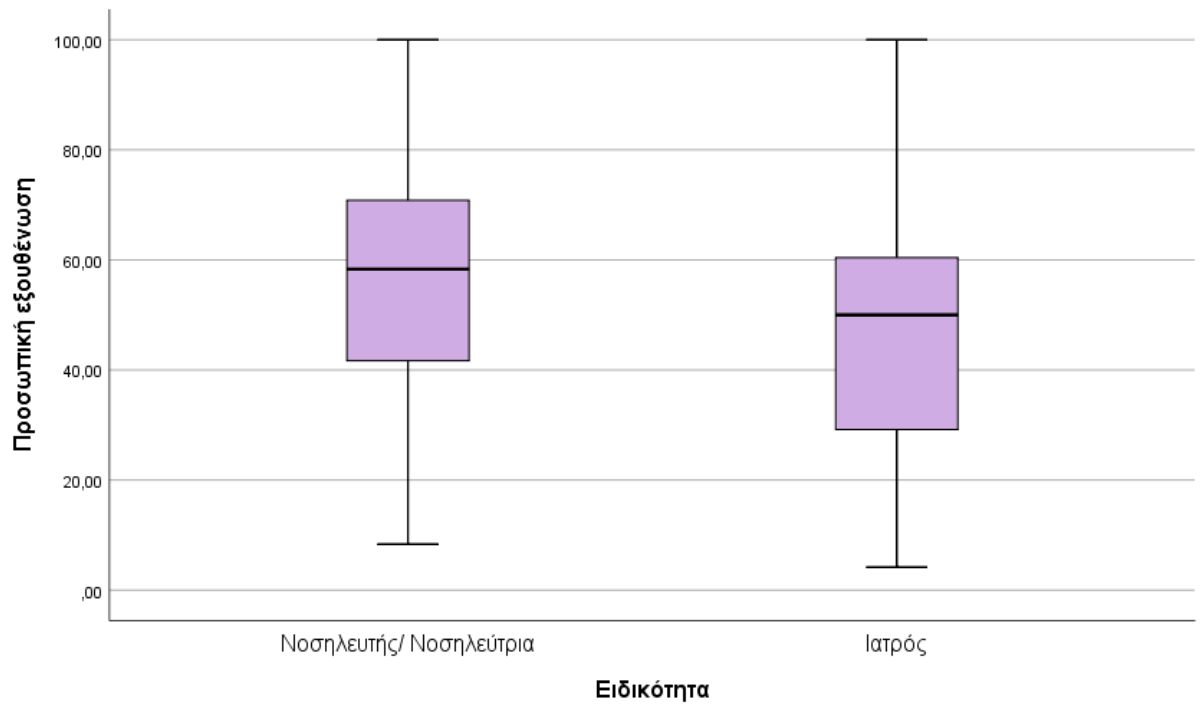
Πίνακας 7: Μέση τιμή και ενδιάμεσο εύρος προσωπικής εξουθένωσης σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων- *p-value*.

Ακολουθεί το γράφημα προσωπικής εξουθένωσης ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο.



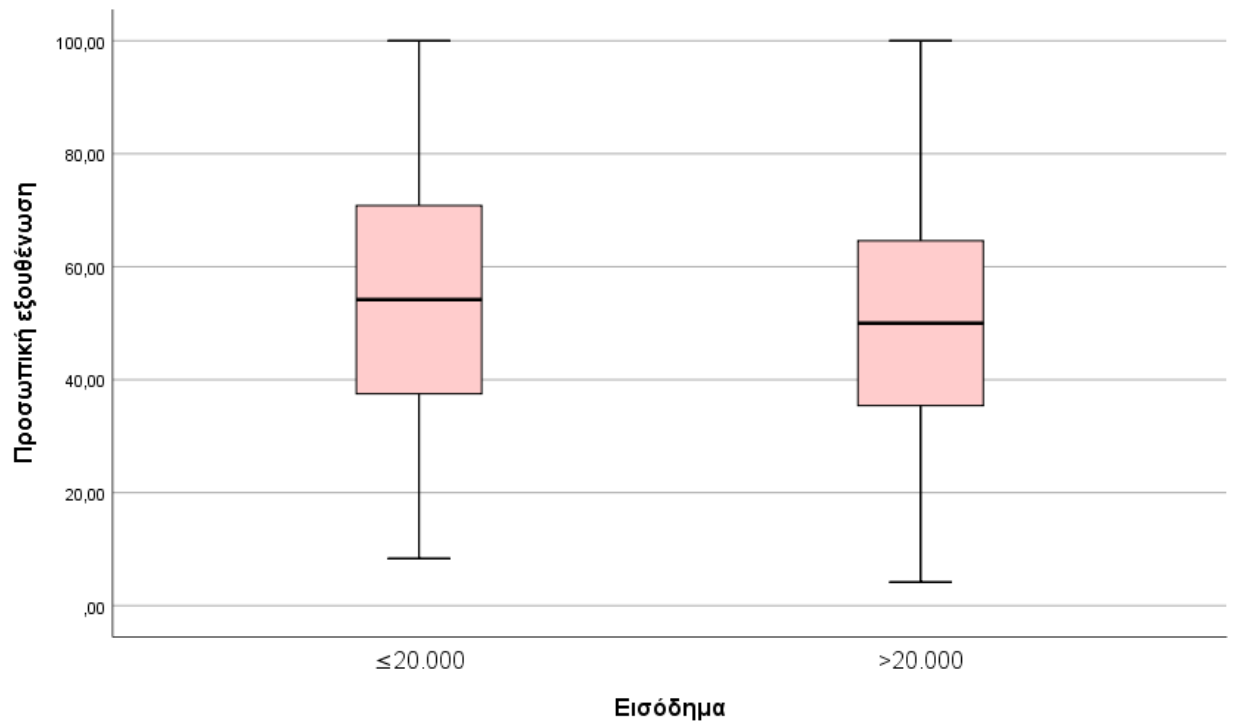
Γράφημα 5: Προσωπική εξουθένωση σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Δίνεται και το γράφημα προσωπικής εξουθένωσης ανάλογα με την ειδικότητα.



Γράφημα 6: Προσωπική εξουθένωση σε σχέση με την ειδικότητα των συμμετεχόντων

Έπεται το γράφημα προσωπικής εξουθένωσης ανάλογα με το εισόδημα.



Γράφημα 7: Προσωπική εξουθένωση σε σχέση με το εισόδημα των συμμετεχόντων.

Ανάλυση για την εργασιακή εξουθένωση

Η διάσταση εργασιακής εξουθένωσης βρέθηκε να διαφέρει και αυτή ανάλογα με το επίπεδο σπουδών, το εισόδημα, την ειδικότητα και τον τομέα εργασίας. Συγκεκριμένα:

- Μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni προέκυψε ότι οι απόφοιτοι ΤΕΙ είχαν και μεγαλύτερη εργασιακή εξουθένωση, σε σχέση με τους απόφοιτους ΑΕΙ ($p=0,003$).
- Οι ιατροί αντιμετώπιζαν λιγότερη εργασιακή εξουθένωση, σε σχέση με τους νοσηλευτές.
- Όσοι είχαν εισόδημα μικρότερο ίσο των 20.000 ευρώ αντιμετώπιζαν μεγαλύτερη εργασιακή εξουθένωση, σε σχέση με όσους είχαν μεγαλύτερο.
- Μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni προέκυψε ότι οι εργαζόμενοι στον χειρουργικό τομέα είχαν μεγαλύτερη εργασιακή εξουθένωση από τους εργαζόμενους στον παθολογικό ($p=0,001$).

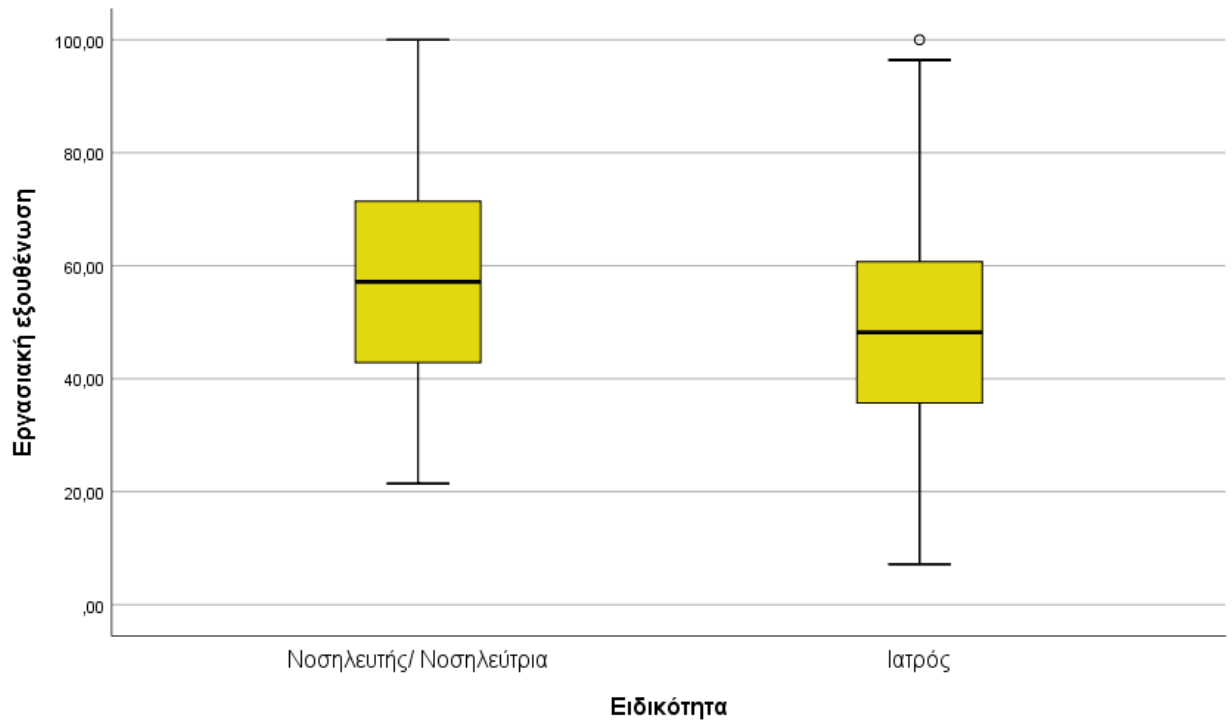
		Εργασιακή εξουθένωση		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άντρας	53,1 (21,5)	50 (39,3 – 71,4)	0,421+
	Γυναίκα	55,5 (18,9)	53,6 (42,9 – 67,9)	
Ηλικία	18-30	54,4 (19,2)	50 (35,7 – 71,4)	0,902÷
	31-40	54 (17,5)	50 (42,9 – 71,4)	
	41-50	54 (19,9)	50 (42,9 – 67,9)	
	>50	56,2 (21,7)	55,4 (41,1 – 69,6)	
Έγγαμος/η	Όχι	56,6 (19,2)	53,6 (42,9 – 71,4)	0,262+
	Ναι	53,3 (20,1)	50 (39,3 – 67,9)	
Παιδιά	Όχι	54,8 (19,5)	51,8 (39,3 – 69,6)	0,370+
	Ναι	54,7 (19,9)	53,6 (42,9 – 67,9)	
Επίπεδο σπουδών	Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	55,3 (19,4)	51,8 (42,9 – 67,9)	0,033÷
	TEI	61,9 (19,1)	60,7 (46,4 – 78,6)	
	AEI	50,8 (18,6)	50 (35,7 – 60,7)	
	Μάστερ / Διδακτορικό	50,9 (22,4)	50 (35,7 – 71,4)	
Εισόδημα	≤20.000	58,4 (18,8)	57,1 (42,9 – 71,4)	0,002+
	>20.000	50 (19,9)	46,4 (35,7 – 64,3)	
Έτη εργασίας	<5	52 (18,3)	50 (35,7 – 67,9)	0,690÷
	5-10	53,7 (18,7)	50 (39,3 – 64,3)	
	11-15	52,6 (15,1)	50 (42,9 – 64,3)	
	16-20	57,4 (21,8)	57,1 (42,9 – 71,4)	
	>20	57,1 (22,3)	53,6 (42,9 – 71,4)	
Ειδικότητα	Νοσηλεύτης/ Νοσηλεύτρια	58 (19,3)	57,1 (42,9 – 71,4)	0,003+
	Ιατρός	49,2 (19,2)	48,2 (35,7 – 60,7)	
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	50,3 (16,6)	50 (39,3 – 64,3)	0,001÷
	Χειρουργικός	60,4 (22)	60,7 (46,4 – 71,4)	

	Τομέας ψυχικής υγείας	65,7 (22,5)	76,8 (42,9 – 82,1)	
--	-----------------------	-------------	--------------------	--

+Mann-Whitney test ÷Kruskal-Wallis test

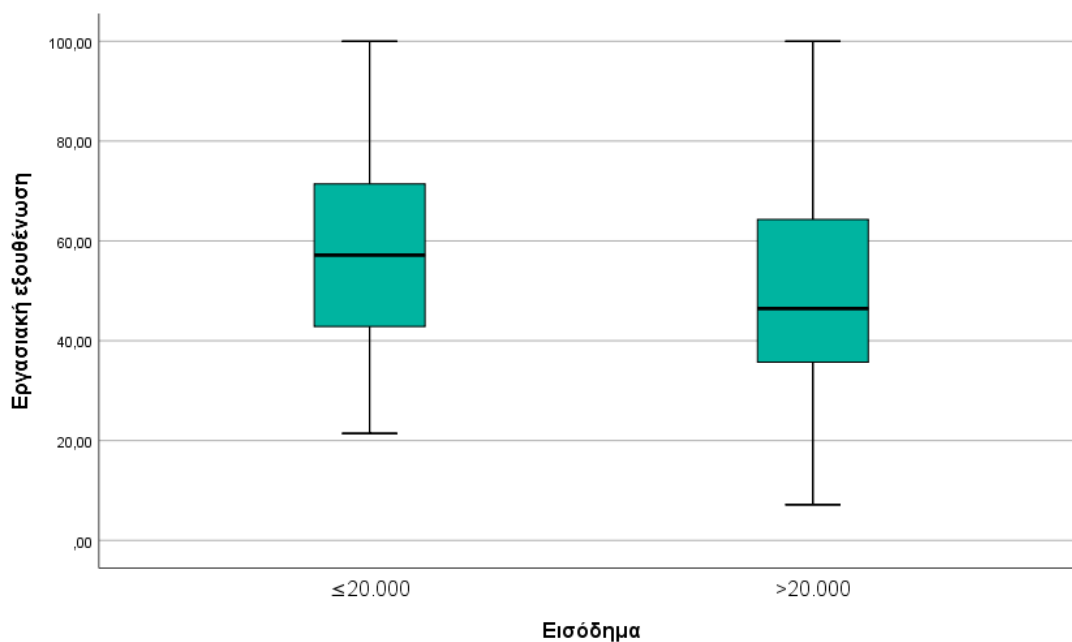
Πίνακας 7: Μέση τιμή και ενδιάμεσο εύρος εργασιακής εξουθένωσης σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων- *p-value*.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται το σκορ εργασιακής εξουθένωσης ανάλογα με την ειδικότητα.



Γράφημα 8: Εργασιακή εξουθένωση ανάλογα με την ειδικότητα (Νοσηλεύτές/ Ιατροί)

Ακολουθεί και το γράφημα για το σκορ εργασιακής εξουθένωσης ανάλογα με το εισόδημα.



Γράφημα 9: Εργασιακή εξουθένωση ανάλογα με το εισόδημα των συμμετεχόντων

🚦 Ανάλυση για την εξουθένωση σχετική με τη συναναστροφή ασθενών

Η διάσταση εξουθένωσης σχετική με τη συναναστροφή ασθενών βρέθηκε να διαφέρει μόνο ανάλογα με τον τομέα εργασίας. Συγκεκριμένα, μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni προέκυψε ότι οι εργαζόμενοι στον παθολογικό τομέα είχαν μικρότερη εξουθένωση οφειλόμενη στη συναναστροφή με ασθενείς από τους εργαζόμενους στον χειρουργικό ($p=0,014$).

		Εξουθένωση σχετική με τη συναναστροφή ασθενών		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Αντρας	46,5 (21)	41,7 (33,3 – 62,5)	0,228+
	Γυναίκα	42,2 (20,2)	41,7 (25 – 58,3)	
Ηλικία	18-30	41,5 (19,9)	37,5 (25 – 54,2)	0,119÷
	31-40	47,7 (19,5)	50 (33,3 – 62,5)	
	41-50	39,2 (18,5)	37,5 (29,2 – 50)	
	>50	45,9 (22,8)	45,8 (25 – 58,3)	
Έγγαμος/η	Όχι	44,5 (19,5)	41,7 (29,2 – 58,3)	0,578+
	Ναι	42,8 (21,4)	41,7 (25 – 58,3)	
Παιδιά	Όχι	41,8 (21,3)	41,7 (25 – 54,2)	0,312+
	Ναι	44,5 (20,1)	41,7 (29,2 – 58,3)	

Επίπεδο σπουδών	Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	44,3 (20,1)	41,7 (29,2 – 58,3)	0,500÷
	TEI	46,7 (19)	50 (33,3 – 58,3)	
	ΑΕΙ	42 (21,9)	37,5 (25 – 62,5)	
	Μάστερ / Διδακτορικό	39,3 (20,5)	41,7 (25 – 54,2)	
Εισόδημα	≤20.000	44,5 (19,2)	41,7 (29,2 – 58,3)	0,406+
	>20.000	42,2 (22,1)	41,7 (25 – 58,3)	
Έτη εργασίας	<5	41,8 (20,2)	37,5 (25 – 54,2)	0,868÷
	5-10	41,6 (21,2)	45,8 (29,2 – 58,3)	
	11-15	44,4 (15,5)	41,7 (29,2 – 62,5)	
	16-20	44,6 (18,9)	50 (25 – 54,2)	
	>20	45,1 (23,2)	43,8 (25 – 60,4)	
Ειδικότητα	Νοσηλεύτης/ Νοσηλεύτρια	44,7 (20)	45,8 (29,2 – 58,3)	0,203+
	Ιατρός	41,5 (21,4)	41,7 (25 – 58,3)	
Τομέας εργασίας	Παθολογικός	40 (19,8)	37,5 (25 – 58,3)	0,044÷
	Χειρουργικός	48,8 (21,4)	45,8 (33,3 – 62,5)	
	Τομέας ψυχικής υγείας	45,8 (13)	50 (41,7 – 50)	

+Mann-Whitney test ÷Kruskal-Wallis test

Πίνακας 8: Μέση τιμή και ενδιάμεσο εύρος εξουθένωσης σχετική με τη συναναστροφή ασθενών σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, *p-value*.

Δημογραφικά στοιχεία και εξουθένωση σχετική με την συναναστροφή ασθενών
Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονταν ανεξάρτητα με τις διαστάσεις της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους παρακάτω πίνακες.

Με εξαρτημένη μεταβλητή την προσωπική εξουθένωση

Μόνο ο τομέας εργασίας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση προσωπικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι στον χειρουργικό τομέα αντιμετώπιζαν μεγαλύτερη προσωπική εξουθένωση, σε σχέση με τους εργαζόμενους στον παθολογικό.

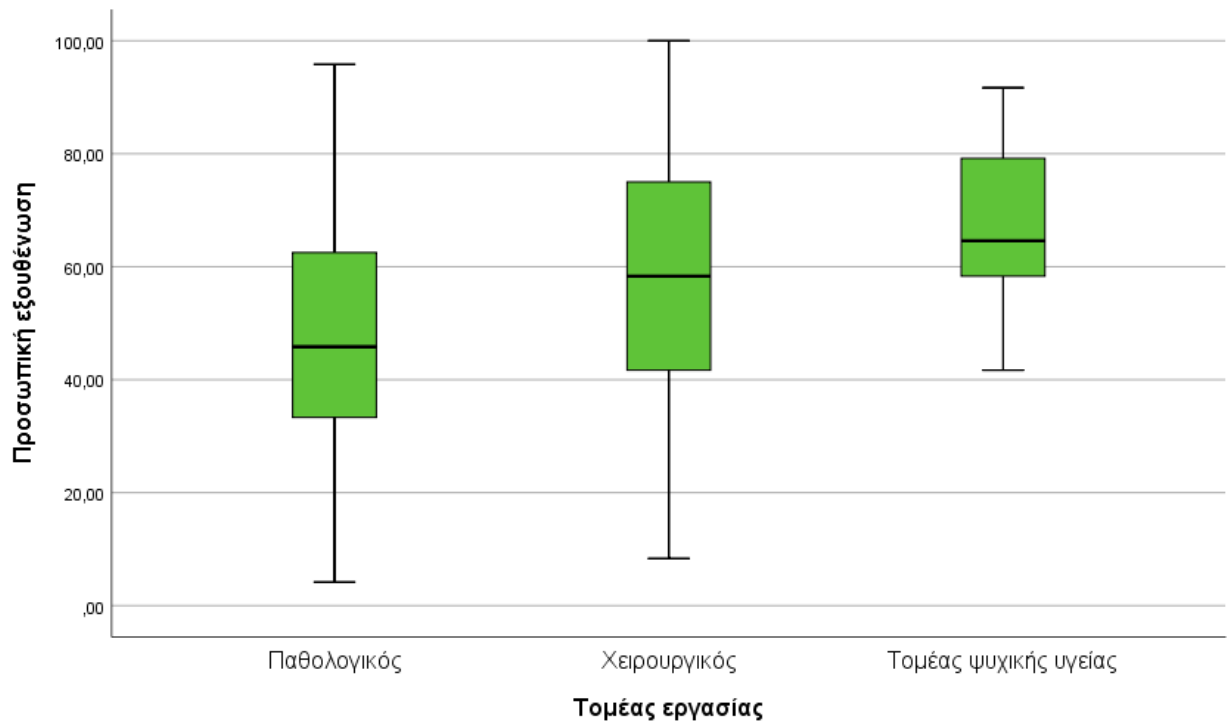
	β+	SE++	b÷	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,063	0,036	0,143	0,080
Ηλικία				
31-40 vs 18-30	0,022	0,046	0,043	0,637
41-50 vs 18-30	-0,012	0,047	-0,026	0,798
>50 vs 18-30	0,067	0,048	0,151	0,167
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,032	0,032	-0,078	0,324
Επίπεδο σπουδών				
ΤΕΙ vs Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	0,058	0,039	0,118	0,139
ΑΕΙ vs Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	0,070	0,062	0,164	0,265
Μάστερ / Διδακτορικό vs Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	0,056	0,063	0,083	0,376
Εισόδημα (>20.00 vs ≤20.000)	-0,034	0,040	-0,082	0,397
Ειδικότητα (Ιατρός vs Νοσηλεύτης/ Νοσηλεύτρια)	-0,073	0,066	-0,175	0,268
Τομέας εργασίας				
Τομέας ψυχικής υγείας vs Χειρουργικός	0,072	0,067	0,077	0,279
Παθολογικός vs Χειρουργικός	-0,069	0,031	-0,168	0,026

+συντελεστής εξάρτησης ÷ τυποποιημένος συντελεστής ++τυπικό σφάλμα

Πίνακας 9: Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων με εξαρτημένη μεταβλητή την προσωπική εξουθένωση και p- value.

(Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής)

Έπεται το γράφημα του σκορ προσωπικής εξουθένωσης ανάλογα με τον τομέα εργασίας.



Γράφημα 10: Τομέας εργασίας με εξαρτημένη μεταβλητή την προσωπική εξουθένωση.

📊 Με εξαρτημένη μεταβλητή την εργασιακή εξουθένωση

Ο τομέας εργασίας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και με τη διάσταση εργασιακής εξουθένωσης με τους εργαζόμενους στον χειρουργικό τομέα να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη εργασιακή εξουθένωση, σε σχέση με τους εργαζόμενους στον παθολογικό.

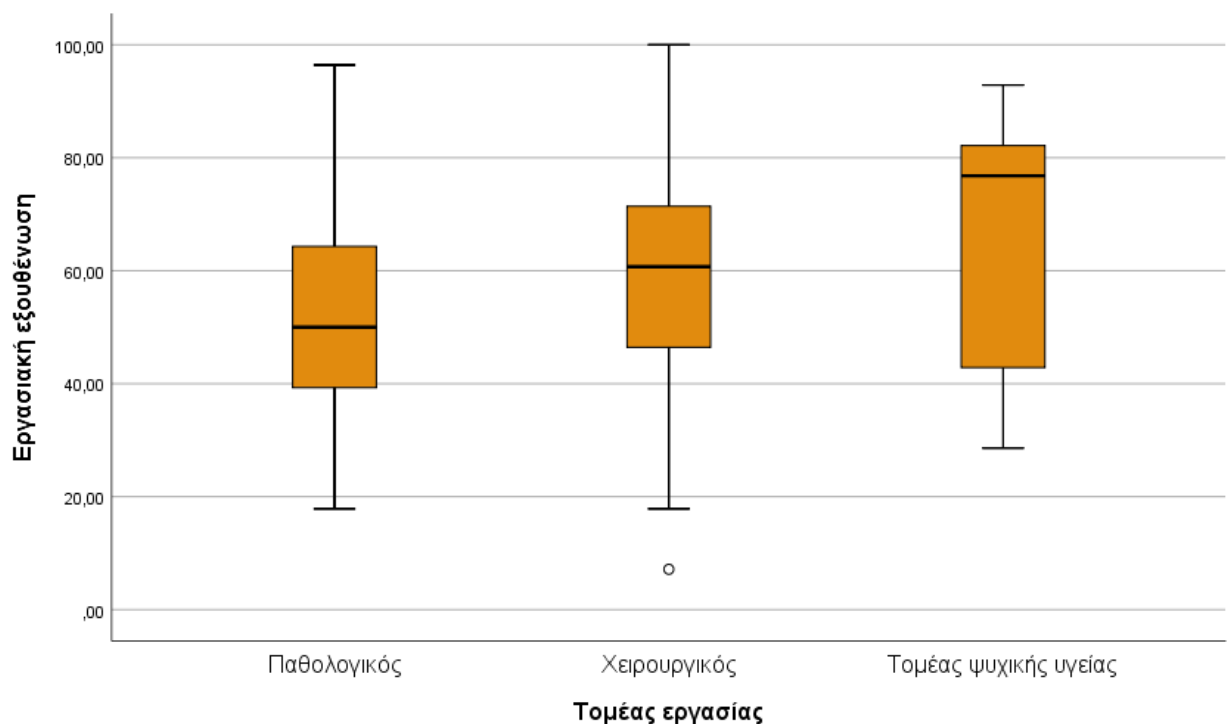
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,011	0,031	0,028	0,734
Ηλικία				
31-40 vs 18-30	-0,007	0,039	-0,017	0,856
41-50 vs 18-30	-0,015	0,040	-0,038	0,711
>50 vs 18-30	0,011	0,042	0,029	0,789
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,026	0,028	-0,075	0,347
Επίπεδο σπουδών				
ΤΕΙ vs Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	0,054	0,033	0,130	0,104
ΑΕΙ vs Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	0,064	0,054	0,174	0,235
Μάστερ / Διδακτορικό vs Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	-0,013	0,054	-0,023	0,807
Εισόδημα (>20.00 vs ≤20.000)	-0,060	0,034	-0,170	0,078
Ειδικότητα (Ιατρός vs Νοσηλεύτης/ Νοσηλεύτρια	-0,066	0,057	-0,184	0,243

Τομέας εργασίας				
Τομέας ψυχικής υγείας vs Χειρουργικός	0,036	0,057	0,045	0,530
Παθολογικός vs Χειρουργικός	-0,070	0,026	-0,197	0,009
+συντελεστής εξάρτησης ÷ τυποποιημένος συντελεστής ++τυπικό σφάλμα				

Πίνακας 10: Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων με εξαρτημένη μεταβλητή την προσωπική εξουθένωση και p- value.

(Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής)

Δίνεται και το γράφημα του σκορ εργασιακής εξουθένωσης ανάλογα με τον τομέα εργασίας.



Γράφημα 11: Τομέας εργασίας με εξαρτημένη μεταβλητή την εργασιακή εξουθένωση.

✚ **Με εξαρτημένη μεταβλητή την εξουθένωση σχετική με τη συναναστροφή με ασθενείς**

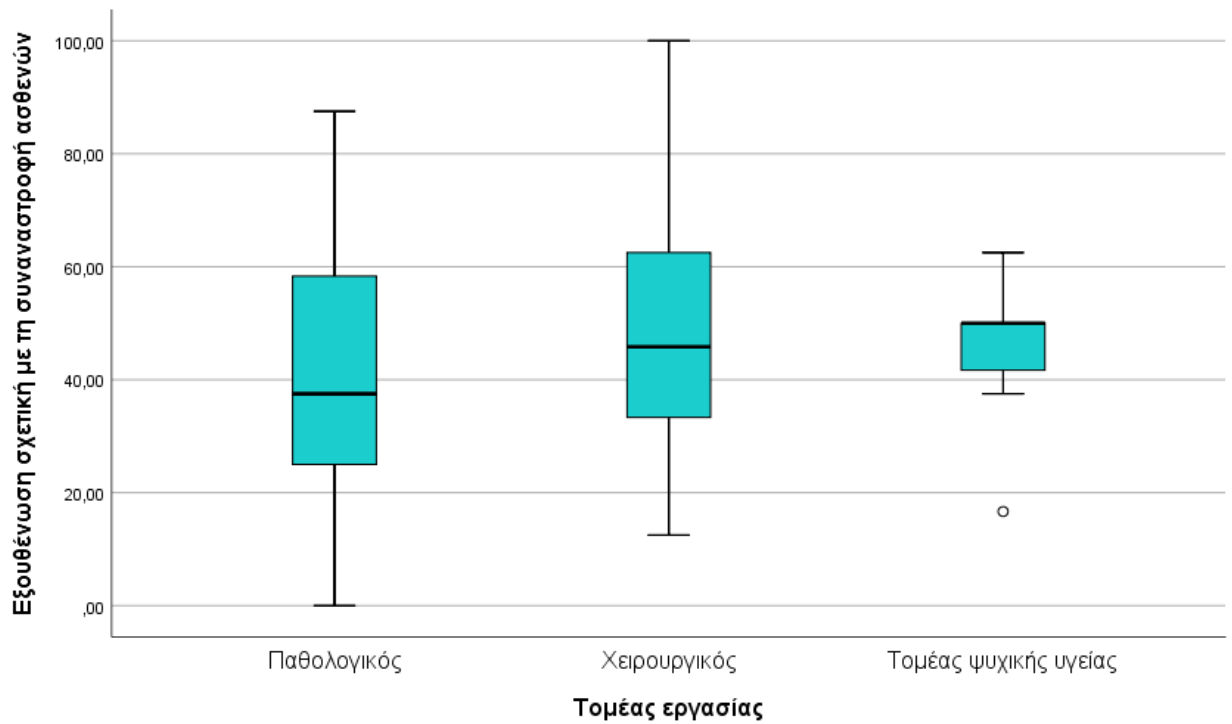
Ομοίως οι εργαζόμενοι στον χειρουργικό τομέα αντιμετώπιζαν μεγαλύτερη εξουθένωση σχετική με τη συναναστροφή με ασθενείς, συγκριτικά με τους εργαζόμενους στον παθολογικό.

Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,085	0,050	-0,141	0,092
Ηλικία				
31-40 vs 18-30	0,034	0,063	0,049	0,594
41-50 vs 18-30	-0,084	0,065	-0,134	0,197
>50 vs 18-30	-0,006	0,066	-0,010	0,930
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,013	0,045	-0,023	0,770
Επίπεδο σπουδών				
ΤΕΙ vs Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	0,012	0,054	0,018	0,821
ΑΕΙ vs Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	-0,093	0,086	-0,158	0,285
Μάστερ / Διδακτορικό vs Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	-0,022	0,017	-0,144	0,111
Εισόδημα (>20.00 vs ≤20.000)	-0,043	0,055	-0,077	0,432
Ειδικότητα (Ιατρός vs Νοσηλεύτης/ Νοσηλεύτρια	0,042	0,091	0,073	0,647
Τομέας εργασίας				
Τομέας ψυχικής υγείας vs Χειρουργικός	0,029	0,096	0,022	0,760
Παθολογικός vs Χειρουργικός	-0,115	0,043	-0,205	0,007
+συντελεστής εξάρτησης ÷ τυποποιημένος συντελεστής ++τυπικό σφάλμα				

Πίνακας 11: Δημογραφικά στοιχεία με εξαρτημένη μεταβλητή την εξουθένωση με τη συναναστροφή ασθενών και και p- value.

(Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης μεταβλητής)

Παρατίθεται ακολούθως το γράφημα του σκορ εξουθένωσης σχετικής με τη συναναστροφή με ασθενείς ανάλογα με τον τομέα εργασίας.



Γράφημα 12: Τομέας εργασίας με εξαρτημένη μεταβλητή την εξουθένωση σχετική με τη συναναστροφή ασθενών.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να εκτιμηθεί η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτήν. Για αυτό τον σκοπό η μελέτη έγινε με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου της Κοπεγχάγης και των δημογραφικών και εργασιακών στοιχείων των εργαζομένων. Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει 203 άτομα τα οποία εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο της Ρόδου ως ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι που απάντησαν το ερωτηματολόγιο αφορούσαν γυναίκες(69%), νοσηλεύτες/νοσηλεύτριες(58,6%),του παθολογικού τομέα(58,6%). Οι περισσότεροι επίσης είναι έγγαμοι (55,2%), έχουν παιδιά(64,1%), και ετήσιο εισόδημα από 10.001 έως 20.000 ευρώ(53,2%).

Η επαγγελματική εξουθένωση μετρήθηκε σε τρεις διαστάσεις και πιο συγκεκριμένα μετρήθηκε η προσωπική εξουθένωση, η επαγγελματική εξουθένωση και η εξουθένωση που προκύπτει από την συναναστροφή του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή.

Η κλίμακα της προσωπικής εξουθένωσης βαθμολογήθηκε από 4,2 μέχρι 100 μονάδες, ωστόσο η μέση τιμή της βρέθηκε στις 53,3 μονάδες. Η εργασιακή εξουθένωση κυμάνθηκε από 7,1 μέχρι 100 μονάδες με τη μέση τιμή στις 54,7 μονάδες. Ενώ η κλίμακα εξουθένωσης λόγω της συναναστροφής του προσωπικού με τους ασθενείς παρουσίασε τις χαμηλότερες τιμές (0 έως 100 μονάδες) σχετικά με τις άλλες δύο κλίμακες με τη μέση τιμή της να βρίσκεται συγκριτικά χαμηλότερη, στις 43,5 μονάδες. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η προσωπική και εργασιακή εξουθένωση δεν διέφεραν σημαντικά, με την προσωπική εξουθένωση να έχει ελαφρώς υψηλότερες τιμές, ενώ η εξουθένωση σχετικά με τη συναναστροφή ασθενών ήταν σημαντικά χαμηλότερη από τις άλλες δύο ($p<0,001$).

Σε μονομεταβλητή ανάλυση και σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των εργαζομένων στο Γ.Ν. της Ρόδου κάποια από αυτά φάνηκαν να διαδραματίζουν ρόλο στην εμφάνιση της εξουθένωσης, ενώ κάποια άλλα να μην συσχετίζονται με αυτήν. Και πιο συγκεκριμένα

- Σχετικά με το φύλο, στην παρούσα ανάλυση δεν βρέθηκε να αποτελεί παράγοντα κινδύνου εξουθένωσης σε καμία διάστασή της. Αντιθέτως υπάρχουν έρευνες οι οποίες καταλήγουν στο ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει να κάνει με το φύλο και μάλιστα οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη εξουθένωσης από ότι οι άντρες (Bassi M. et al., 2020;

Luceño-Moreno et al., 2020; Kokkinos, 2006; Παπαθανασίου, 2012). Ωστόσο η Maslach, υποστηρίζει ότι οι διαφορές που εντοπίζονται στα δύο φύλα έχουν να κάνουν περισσότερο με την επιλογή του επαγγέλματος που ακολουθούν τα φύλα παρά με την διαφορετικότητα που εμφανίζεται στα χαρακτηριστικά τους (Maslach & Jackson, 1982).

- Σχετικά με την ηλικία των εργαζομένων δεν βρέθηκε να προκύπτει σημαντική συσχέτιση σε καμία από τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Σε αντίθεση με άλλους ερευνητές οι οποίοι υποστηρίζουν ότι υπάρχει συσχέτιση και μάλιστα τα άτομα νεαρότερης ηλικίας, χωρίς εργασιακή εμπειρία εμφανίζουν συχνότερα εξουθένωση σε σχέση με μεγαλύτερα άτομα τα οποία φαίνεται να βρίσκονται περισσότερο συνειδητοποιημένα απέναντι στις εργασιακές απαιτήσεις (Peisah et al., 2009; Κουτελέκος, 2007; Παππά και συν., 2008; Γώγος, 2011).
- Η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη παιδιών δεν φάνηκε να συσχετίζονται με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι απόψεις των μελετητών φαίνεται να είναι διφορούμενες και σε αυτό το δημογραφικό στοιχείο. Υπάρχουν μελετητές οι οποίοι υποστηρίζουν πως τα άτομα που περιβάλλονται από ένα υποστηρικτικό οικογενειακό πλαίσιο τείνουν να βρίσκονται περισσότερο προστατευμένοι απέναντι στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Lahana et al., 2017; Janeway, 2020). Δεν θα μπορούσε όμως να παραληφθεί το γεγονός ότι η φύση του επαγγέλματος φέρνει τους εργαζόμενους σε επαφή με μεταδοτικές ασθένειες, με κίνδυνο να νοσήσουν και οι ίδιοι. Η πιθανότητα μετάδοσης της ασθένειας σε άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, τους κάνει πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου (Kannampallil et al., 2020).
- Σχετικά με το επίπεδο σπουδών φάνηκε πως αυτό επηρεάζει μόνο το επίπεδο της εργασιακής εξουθένωσης των επαγγελματιών, με τους απόφοιτους ΑΕΙ να έχουν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης από των ΤΕΙ. Η διαφορά μορφωτικού επιπέδου έχει απασχολήσει πλήθος ερευνών, αρκετές εκ των οποίων συσχετίζουν το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο με χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης (Alimoglou & Donmez 2005; Demir, Ulusoy & Ulusoy, 2003; Kilfedder, Power & Wells, 2001; McNeely, 2005, Jenkins & Elliott, 2004). Σε αντίθεση, άλλες έρευνες συσχετίζουν το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης με μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης του συνδρόμου. Αυτό θα μπορούσε να

οφείλεται στις μεγαλύτερες προσδοκίες που έχουν αυτά τα άτομα από τον εργασιακό τους χώρο και στην απογοήτευση που λαμβάνουν όταν δεν εκπληρώνονται οι στόχοι τους (Παππά και συν., 2008).

- Σχετικά με τα έτη προϋπηρεσίας και την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση σε καμία από τις διαστάσεις. Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν πως η εργασιακή εμπειρία συνεπάγεται με περισσότερες ευθύνες και συνεχόμενη τριβή με το εργασιακό πλαίσιο με αποτέλεσμα τα άτομα που εργάζονται για περισσότερα χρόνια να βρίσκονται πιο εκτεθειμένα στον κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου (Meltzer et al., 2015).
- Σχετικά με το ετήσιο εισόδημα αυτό φάνηκε να επηρεάζει τόσο την εργασιακή εξουθένωση όσο και την προσωπική εξουθένωση, ενώ για την εξουθένωση από την συναναστροφή με τον ασθενή δεν βρέθηκε κανένας συσχετισμός. Τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα, βρέθηκαν να παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό εξουθένωσης σε σχέση με τα άτομα με μεγαλύτερο εισόδημα. Ο μισθός αποτελεί κίνητρο και μέθοδο ικανοποίησης για τον εργαζόμενο. Ο επαγγελματίας έχει την ανάγκη να αμείβεται επαρκώς έτσι ώστε να νιώθει ότι αναγνωρίζεται το έργο του.
- Από την παρούσα στατιστική ανάλυση οι νοσηλευτές βρέθηκαν να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα ποσοστά τόσο στην προσωπική εξουθένωση όσο και στην επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους γιατρούς. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με κάποιες μελέτες στις οποίες αναφέρονται μεγαλύτερα ποσοστά εξουθένωσης στους νοσηλευτές σε σχέση με τους γιατρούς ((Lahana et al., 2017). Από την άλλη υπάρχουν μελετητές οι οποίοι υποστηρίζουν πως ο ιατρικός κλάδος είναι εκείνος που πλήττεται περισσότερο από εξουθένωση (Ruiz-Fernandez et al., 2020). Η παραπάνω άποψη θα μπορούσε να οφείλεται και στο γεγονός ότι οι γιατροί βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με το φόβο του ιατρικού σφάλματος καθώς λαμβάνουν το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης για την έκβαση της νόσου του ασθενή.
- Τέλος οι εργαζόμενοι στον χειρουργικό τομέα είχαν μεγαλύτερη προσωπική εξουθένωση.

Έπειτα με ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή την προσωπική εξουθένωση βρέθηκε ότι μόνο ο τομέας εργασίας είναι εκείνος που σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση

προσωπικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, τα άτομα που εργάζονταν σε χειρουργικούς τομείς αντιμετώπιζαν μεγαλύτερη προσωπική εξουθένωση, σε σχέση με τους εργαζόμενους παθολογικών τομέων.

Ομοίως ο τομέας εργασίας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και με τη διάσταση εργασιακής εξουθένωσης με τους εργαζόμενους σε χειρουργικούς τομείς να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη εργασιακή εξουθένωση, σε σχέση με τους εργαζόμενους στους παθολογικούς.

Όσον αφορά την εξουθένωση που σχετίζεται με την επαφή με τους ασθενείς, και εδώ οι εργαζόμενοι των χειρουργικών ειδικοτήτων αντιμετώπιζαν μεγαλύτερη εξουθένωση συγκριτικά με τους εργαζόμενους στους παθολογικούς τομείς.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω προκειμένου τα συστήματα υγείας να μπορούν να λειτουργήσουν σωστά θα πρέπει να δώσουν έμφαση στον ανθρώπινο παράγοντα. Η αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας αδιαμφισβήτητα βρίσκεται σε άμεση εξάρτηση από το ανθρώπινο δυναμικό. Όταν ο επαγγελματίας υγείας βιώνει την εξουθένωση στον εργασιακό του χώρο τότε μειώνεται η ενέργεια που απαιτείται να έχει για τα καθήκοντά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών, αρχίζει να απουσιάζει συχνά από την εργασία του ή ακόμα και παραιτείται από αυτήν. Η απώλεια ενδιαφέροντος και συναισθημάτων προς τον ασθενή δεν μπορεί να συνάδει με την ασθενοκεντρική προσέγγιση στο χώρο υγείας.

Πολλές έρευνες εστιάζουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, στις αιτίες που το προκαλούν καθώς επίσης και στους τρόπους αντιμετώπισής του.

Η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται να παρουσιάζει πολυπαραγοντικό χαρακτήρα και πλήθος αιτιών να συμβάλλουν στην πρόκληση της.

Οι παρεμβάσεις πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων πρέπει να στοχεύουν τόσο στο άτομο και στον οργανισμό όσο και στην αλληλεπίδραση που ασκείται μεταξύ τους.

Η ικανοποίηση των εργαζόμενων αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για τη σωστή λειτουργία σε έναν οργανισμό υγείας, εφόσον μέσω αυτής δεν επηρεάζεται θετικά μόνο ο εργαζόμενος αλλά αυξάνεται η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας και βελτιώνεται η βιωσιμότητα του οργανισμού

Το κάθε άτομο είναι ξεχωριστό και είναι λογικό να διαθέτει διαφορετική αντίληψη των πραγμάτων καθώς και διαφορετικά μέσα, ικανότητες και δεξιότητες προκειμένου να μπορέσει να ανταπεξέλθει στην εργασιακή ένταση και την επαγγελματική εξουθένωση που του προκαλείται λόγω των αντίξωων, πολλές φορές, συνθηκών του σύγχρονου εργασιακού βίου.

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση σε μια νησιωτική περιοχή της Ελλάδας. Οι εργαζόμενοι στο ΓΝ της Ρόδου βρέθηκε να παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα εξουθένωσης. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα που βρέθηκαν είναι δύσκολο να γενικευτούν εφόσον υπάρχει πλήθος παραγόντων που δεν

διερευνήθηκαν και τα οποία θα μπορούσαν να επιδράσουν είτε θετικά είτε αρνητικά στην εμφάνιση της (τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του επαγγελματία, ο τρόπος διοίκησης των νοσοκομείων, ο διαφορετικός φόρτος εργασίας που υπάρχει σε κάθε νοσοκομείο, η ανεπαρκής στελέχωση κ.α.).

Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα από την παρούσα εργασία θα μπορούσαν να γίνουν το έναυσμα για μία ευρύτερη μελέτη του προβλήματος που ενδεχομένως θα περιέχει περισσότερα νοσοκομεία της επαρχίας λαμβάνοντας υπόψιν διάφορους ιδιαίτερους παράγοντες που κυριαρχούν σε αυτά.

Το σίγουρο είναι ότι όσο περισσότερες μελέτες πραγματοποιούνται σχετικά με το φαινόμενο της εξουθένωσης, που αδιαμφισβήτητα πλήττει σε μεγάλο βαθμό τους επαγγελματίες υγείας τόσο πιο κοντά θα ερχόμαστε στην κατανόηση του φαινομένου, οπότε και στον καταλληλότερο τρόπο αντιμετώπισής του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωση βιβλιογραφία

1. Arthur, N. M. (1990). The assessment of burnout: A review of three inventories useful for research and counseling. *Journal of Counseling & Development*, 69(2), 186–189. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1990.tb01484.x> [accessed 19 Apr. 2024]
2. Aguayo, R., Vargas, C., De la Fuente, E. I., & Lozano, L. M. (2011). A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 343–631.
3. Awa, W., Plaumann, M., Walter, U.(2010).Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling* 78 184–190
4. Angermeyer, M.C., Bull, N., Bernert, S., et al (2006). Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurse. *Arch Psychiatric Nurses* 20, 158- 165.
5. Bassi M., Negri L., Delle Fabe A., Accardi R. (2020). The relationship between post-traumatic stress and positive mental health symptoms among health workers during COVID-19 pandemic in Lombardy, Italy. *Journal of Affective Disorders*.
6. Belias, D., & Varsanis, K. (2014). Organizational culture and job burnout—a review. *International journal of research in business management*, 2(1), 43-62.
7. Best, M. F., & Thurston, N. E. (2004). Measuring nurse job satisfaction. *The Journal of nursing administration*, 34(6), 283–290. <https://doi.org/10.1097/00005110-200406000-00007> [accessed 17 Jan 2024].
8. Burke, R.J. and Richardson, A.M. (2000), «Psychological burnout in organizations», R.T. Golembiewski, (ed.), *Handbook of organizational behavior*, New York/Basel: Marcel Dekker.
9. Brooks, B.A., & Anderson, M.A. (2004). Nursing work life in acute care. *J Nurs Care Qual.*, 19(3), 269-275.

10. Cushway, D. (1992), «Stress in clinical psychology trainees», *British Journal of Clinical Psychology*, 31, pp. 169-179.
 11. Cubrilo-Turek, M., Urek, R., & Turek, S. (2006). Burnout syndrome assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Anthropol*, 30(1), 131-135.
 12. Chang EM, Daly G, Hancock KM et al (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *J Prof Nurs* 22:30-8
 13. Dickinson, T., & Wright, KM. (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. *Br J Nurs* , 17, 82- 87.
 14. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International J Nurses Studies*, 40:807–27
 15. Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Services Press
 16. EU-OSHA (2013). *How can burnout be prevented?* European Agency for Safety and Health at Work
 17. Edwards D., Burnard P., Coyle D., Fothergill A., Hannigan B., (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
 18. Freudenberger HJ (1975). The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 12:73-82
 19. Freudenberger H.J., (1974) Staff burnout, *Journal of Social Issues*. 30:160-165
 20. Heinemann, L.V. & Heinemann, T. (2017). *Burnout Research*. SAGE Open, [online]7(1), pp.1–12. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244017697154> .
- [accessed 03 Dec. 2023]
21. Jeanneau, M, Armelius, K. (2000). Self-Image and burnout in psychiatric staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 399- 406.

22. Janeway D., (2020). The Role of Psychiatry in Treating Burnout Among Nurses During the Covid-19 Pandemic. *Journal of Radiology Nursing* 39 : 176-178.
23. Jenkins R., Elliot P., (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. 48(6):622-31, DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03240.x. [accessed 14 Feb 2024].
24. Kannampallil T. et al., (2020). Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PLOS ONE*
25. Kristensen T, Borritz M, Villadsen E, Christensen K., (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout., National Institute of Occupational Health, Lerso Parkalle 105, Copenhagen O, Denmark. *Work & Stress*, July / September 2005; 19(3): 192 / 207 DOI:[10.1080/02678370500297720](https://doi.org/10.1080/02678370500297720) [accessed 16 Feb 2024]
26. Kilfedder, C. J., Power, K. G., & Wells, T. J., (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of advanced nursing*, 34(3), 383-396. Pubmed. DOI ::10.1046/j.1365-2648.2001.01769 [accessed 17 Feb 2024].
27. Lahana E. et al., (2017). Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *BMC Nursing*, 16:15.
28. Lasalvia, A., Amadeo, F., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., Ruggeri, M., & Bonetto, C.,(2021). Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: A cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open*, 11(1), e045127. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045127> [accessed 17 May 2024].
29. Locke, E. et al., (1981). Goal Setting and Task Performance. *Psychological Bulletin*, No 90, pp. 125-152.
30. Locke. E., (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunette (Ed.). *Handbook of industrial and organizational psychology*. (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally.

31. Lambert VA., Lambert CE., Petrin M., et al., (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nurses Health Science* , 9,120-126.
32. Lazaroiu, G., (2015) Employee motivation and job performance. *Linguistic and Philosophical Investigations*, 14, 97
33. Luceño-Moreno L. et al., (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 5514.
34. Maslach C., Jackson S.E., (1982). *Burnout in the health professionals. A psychological analysis. Social psychology of Health and Illness*, Hillsdale, NJ Eilbaum, pp227-251
35. Maslach, C., Jackson, S.E. and Leiter, M., (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. In: *Evaluating Stress: A Book of Resources*. [online] The Scarecrow Press, pp.191–218. Available at: https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual. [accessed 23 Jan 2024].
36. Maslach, C., (2003). *Burnout. The cost of caring*, Malor Book, Cambridge
37. Maes, S., Leventhal, H., Johnston, M., (1992). *International Review of Healthy Psychology*, John Wiley, Chichester.
38. Maslach C, Schaufeli W, Leiter MP., (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52: 397-422.
39. McNeely, E., (2005). The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up. *Nursing outlook*, 53(6), 291-299
40. Meltzer L. and Huckabay L., (2004). CRITICAL CARE NURSES' PERCEPTIONS OF FUTILE CARE AND ITS EFFECT ON BURNOUT. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*, Volume 13, No. 3.
41. Nene, Y. and Tadi, P., (2020). Resident Burnout. [online] PubMed. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553176/> . [accessed 29 Jan 2024].

42. Nohria, N., Groysberg, B., & Lee, L. E., (2008) Employee motivation. Harvard business review, 86(7/8), 78-84.
43. O' Brien S.,(1994). Self Efficacy Perfectionism and Stress in Canadian Nurses. Can J Nurs Res;26(3):49-61
44. Papaefstathiou, E., Tsounis, A., Papaefstathiou, E., Malliarou, M., Sergeantanis, T., Sarafis, P., (2019). Impact of hospital educational environment and occupational stress on burnout among Greek medical residents, BMC Res Notes, 12:281
45. Pines, A. M., (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), Handbook of stress (2nd ed.) (pp.386-403). New York: The Free Press.
46. Pines, A., & Aronson, E., (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press. Available at: [Career burnout: Causes and cures. \(apa.org\)](https://www.apa.org/pubs/books/10000000-0000-0000-0000-000000000000) [accessed 13 Jan. 2024]
47. Pines, A. M., (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), Handbook of stress (2nd ed.), pp. 386-403. New York: Free Press.
48. Peisah, C., Latif E., Wilhelm K., Williams B., (2009) 'Secrets to psychological success: Why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors', Aging and Mental Health, 13(2), pp. 300–307. doi: 10.1080/13607860802459831 [accessed 16 April 2024].
49. Pejtersen H.J, Kristensen T., Borg V. , Bjorner J., (2010) , The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II). Scandinavian Journal of Public Health 38(3 Suppl):8-24. DOI:[10.1177/1403494809349858](https://doi.org/10.1177/1403494809349858) [accessed 21 Feb. 2024]
50. Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., & Pochard, F., (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing. Staff. Am J Respir Crit Care Med., 175(7), 698-704.
51. Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M., Calligaris, L., & Brusaferro S., (2006). Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. Oncol Nurs Forum, 33(4), 815-820.
52. Ruiz-Fernandez M.D., Ramos- Pichardo J.D., Ibanez- Masero O., Cabrera- Troya J., Carmona- Rega M.I., Ortega- Galan A.M., (2020). Compassion fatigue, burnout,

compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J. Clin. Nurs.* : 29:4321–4330

53. Ribeiro, V. F., Filho, C. F., Valenti, V. E., Ferreira, M., de Abreu, L. C., de Carvalho, T. D., Xavier, V., de Oliveira Filho, J., Gregory, P., Leão, E. R., Francisco, N. G., & Ferreira, C., (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1755-7682-7-22> [accessed 24 Feb.2024].

54. Reith, T.P., (2018). Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*, 10(12) e3681. Available at: DOI: 10.7759/cureus.3681.

55. Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R., (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health* ,16 , 501- 510.

56. Schaufeli, W. B.& Enzmann, D., (1998). The burnout companion to study and practice: A critical analysis. London, England: Taylor & Francis.

57. Silverthorne, C.P., (2005) *Organizational Behavior*, U.K. Prentice Hall

58. Sparks, K., Faragher, B. and Cooper, C.L., (2001). «Well-being and occupational health in the 21st century workplace», *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, pp. 489-509.

59. Salanova, M., Peiro, J. M. and Schaufeli, W.B., (2002). «Self-efficacy specificity and burnout among information technology workers: an extension of the job demand-control model», *European Journal of Work and, Organizational Psychology*, 11, 1, pp. 1-25.

60. Schraub, S., & Marx, E. (2004). Burn out syndrome in oncology. *Bull Cancer*, 91(9), 653-666.

61. Sherman, A.C., Edwards, D., Simonton, S., & Mehta, P. (2006). Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*, 4(1), 65-80.

62.Sageer, A., Rafat, S. and Agarwal, P. (2012). Identification of Variables Affecting Employee Satisfaction and Their Impact on the Organization. *IOSR Journal of Business and Management*, [online] 5(1), pp.32–39. Available at:

<http://www.iosrjournals.org/iosr-jbm/papers/Vol5-issue1/E0513239.pdf> . [accessed 19 Feb 2024].

63. Torrente, M., Sousa, P. A., Sánchez-Ramos, A., Pimentao, J., Royuela, A., Franco, F., Collazo-Lorduy, A., Menasalvas, E., & Provencio, M. (2021). To burn-out or not to burnout: A cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, 11(2), e044945. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044945> [accessed 14 Jan 2024].

64. Vincent L et al., (2019). Burnout Syndrome in UK Intensive Care Unit staff: Data from all three Burnout Syndrome domains and across professional groups, genders and ages. *Journal of the Intensive Care Society*, Vol. 20(4) : 363–369.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αναγνωστόπουλος, Φ. & Καρανιάδου, Α. Ν., (2008). Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτριών και των γιατρών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 102, 79-102

2. Γώγος Χ., (2011). Εργασιακό στρες του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου και στρατηγικές διαχείρισης. *Υγιεινή & Ασφάλεια της Εργασίας*, 46:12-16.

3. Διλιντάς, Α., (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3) , 498-508.

4. Δελιχάς, Μ., Τούκας, Δ., Σπυρούλη, Α., (2012). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out). *Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας*, Τεύχος 50, 5-12

5. Θεοδωράτου Μ., Μπέκος Β., Σκυλογιάννης, Γ., (2003). Τρόποι διαχείρισης του εργασιακού άγχους από το νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική*, 42, 479–496.

6. Θεοφίλου Π., (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. e- *Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, σελ.41-50

7. Κουφίδου, Σ., (2001). Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Η πρόκληση του 21 αιώνα στον εργασιακό χώρο, εκδ. Ανικούλα Σάκκουλα, Αθήνα.
8. Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ., (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (BurnOutSyndrome). Το Βήμα του Ασκληπιού, 6(1), 10-16.
9. Μουστάκα, Ε., Μαλλιαρού, Μ., (2008). Επαγγελματική εξουθένωση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Νοσηλευτική, 47(2): 125-134.
10. Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ. και Νιάκας, Δ., (2007). Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 24(1), σελ.75–84.
11. Ξένου, Μ., & Αντωνίου, Α.Σ., (2008). Επιδράσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στα επίπεδα γενικής υγείας των εργαζομένων και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες. University Studio Press A.E., Θεσσαλονίκη, 289-303
12. Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ. και Νιάκας, Δ., (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, [online] 25(1), σελ.94–101. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.mednet.gr/archives/2008-1/pdf/94.pdf>.
13. Ρούπα, Ζ., Ραφτόπουλος, Β., Τζαβέλας, Γ., Σαπουτζή, Δ., & Κοτρώτσιου, Ε., (2008). Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. Νοσηλευτική, 47, (2), 247-255.
14. Σαρίδη Μ., Καρρά Α., & Σουλιώτης Κ., (2016). Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 33(1), 73-83
15. Τούντας, Γ., (2001). Τα συστήματα υγείας στον 21ο αιώνα. Ιατρική, 79(3): 215-217.
16. Τσέκερη, Μ., (2021). Παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική εξουθένωση (σύνδρομο burn out) των ειδικευόμενων ιατρών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών

"Κοργιαλένειο-Μπενάκειο"- Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και τρόποι διαχείρισής της. Διπλωματική εργασία. ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

17. Τσουνής Α. Σαράφης Π., (2016). Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης: θεωρητικές προσεγγίσεις και αποτελέσματα στην εργασιακή απόδοση. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2016) Τόμος 8,Τεύχος 2, 36-47

Τηλέφωνο : 22413 60128
Αγγελινού Νατάσσα

Ρόδος : 27/03/24

Αρ. Πρ. 8421

ΠΡΟΣ

Τον Διοικητή του Νοσοκομείου
Ενταύθα

Κοινοποίηση
- ΔΙΥ

ΘΕΜΑ : Αίτημα Καραγιάννη Χριστίνας για εκπόνηση ερευνητικής εργασίας.

ΣΧΕΤ.:

- Το υπ' αριθμ. πρωτ. 4109/19-02-2024 αίτημα της Καραγιάννη Χριστίνας ΕΒ Παιδιατρικής του ΓΝ Ρόδου.

Το Ε.Σ. κατά την συνεδρίαση που πραγματοποιήθηκε στις 20/03/2024 εξέτασε το παραπάνω σχετικό έγγραφο της Καραγιάννη Χριστίνας ΕΒ Παιδιατρικής του ΓΝ Ρόδου για εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με τίτλο «Επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες Υγείας-Η περίπτωση του ΓΝ Ρόδου».

Το Ε.Σ. μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα αποφασίζει:

Την έγκριση του αιτήματος ιατρού Καραγιάννη Χριστίνας, με τη διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων. Για οποιαδήποτε απόκλιση από την παραπάνω συνθήκη, θα φέρει ευθύνη αποκλειστικά η αιτούσα.

ΠΑΡΟΝΤΕΣ

Τριάντος Γεώργιος
Κατσώλης Κων/νος
Φαρμακίδης Νικόλαος
Κώστα Μυρσίνη
Πολυκανδριώτης Δημήτριος
Ζιώγας Βασίλειος

Συνημμένα : ένα (1) φ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ε.Σ.


ΤΡΙΑΝΤΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Έντυπο Συγκατάθεσης

Αγαπητέ συνάδελφε,

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί τμήμα της διπλωματικής μου εργασίας, η οποία εκπονείται στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο πρόγραμμα "Διοίκηση Μονάδων Υγείας" του Ε.Α.Π.

Θέμα της διπλωματικής μου εργασίας είναι " Επαγγελματική Εξουθένωση σε Επαγγελματίες Υγείας- Η περίπτωση του Γ. Ν . Ρόδου".

Ζητώ την εθελοντική σας συμμετοχή σε αυτή τη μελέτη, απαντώντας το ερωτηματολόγιο αυτό. Θα τηρηθεί η ανωνυμία και οι απαντήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με τον πιο εμπιστευτικό τρόπο, καθ' όλη τη διαδικασία της έρευνας.

Παρακαλώ να απαντήσετε με βάση το τι πραγματικά πιστεύετε, δεν υπάρχουν λάθος ή σωστές απαντήσεις, μας ενδιαφέρει η προσωπική σας γνώμη. Ο χρόνος συμπλήρωσης δεν υπερβαίνει τα 10 λεπτά της ώρας. Είναι πολύ σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία

Καραγιάννη Χριστίνα

Παιδιάτρος

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλλο

α. άντρας

β. γυναίκα

2. Ηλικία

α. 18-30

β. 31-40

γ. 41-50

δ. >50

3. Οικογενειακή κατάσταση

α. Έγγαμος

β. Άγαμος

γ. Διαζευγμένος

δ. Χήρος

4. Αριθμός παιδιών

α. Κανένα

β. 1

γ. 2

δ. 3

ε. 4 και άνω

5. Επίπεδο σπουδών

α. Υποχρεωτική εκπαίδευση

β. Δευτεροβάθμια εκπαίδευση

γ. ΤΕΙ

δ. ΑΕΙ

ε. Μάστερ / Διδακτορικό

6. Ετήσιο εισόδημα

α. <10.000

β. 10.001-20.000

γ. 20.001-40.000

δ. >40.000

7. Έτη εργασίας

α. <5

β. 5-10

γ. 11-15

δ. 16-20

ε. >20

8. Ειδικότητα

α. Νοσηλεύτης/ Νοσηλεύτρια

β. Ιατρός

9. Τομέας εργασίας

α. Παθολογικός

β. Χειρουργικός

γ. Εργαστηριακός

δ. Τομέας ψυχικής υγείας

**Ερωτηματολόγιο της εργασιακής εξουθένωσης της Κοπενχάγης-Copenhagen
burnout inventory (CBI-Gr)**

1. Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος/η;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

2. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η σωματικά;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

3. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξουθενωμένος/η συναισθηματικά;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

4. Πόσο συχνά σκέφτεστε «δεν αντέχω άλλο»;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

5. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η – εξουθενωμένος/η ;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

6. Πόσο συχνά αισθάνεστε αδύναμος/η και ευάλωτος σε ασθένειες;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

7. Η δουλειά σας είναι εξαντλητική συναισθηματικά;

- α. Σε πολύ μεγάλο βαθμό
- β. Σε μεγάλο βαθμό
- γ. Έτσι και έτσι/σχετικά
- δ. Σε μικρό βαθμό
- ε. Σε πολύ μικρό βαθμό

8. Αισθάνεστε εξαντλημένος/η εξαιτίας τη δουλειά σας;

- α. Σε πολύ μεγάλο βαθμό
- β. Σε μεγάλο βαθμό
- γ. Έτσι και έτσι/σχετικά
- δ. Σε μικρό βαθμό
- ε. Σε πολύ μικρό βαθμό

9. Είστε απογοητευμένος/η από τη δουλειά σου;

- α. Σε πολύ μεγάλο βαθμό
- β. Σε μεγάλο βαθμό
- γ. Έτσι και έτσι/σχετικά
- δ. Σε μικρό βαθμό
- ε. Σε πολύ μικρό βαθμό

10. Αισθάνεσαι εξουθενωμένος από τη δουλειά σου στο τέλος της ημέρας;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

11. Κουράξεστε το πρωί στη ιδέα ότι πρέπει να πάτε στη δουλειά σας;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

12. Αισθάνεστε ότι κάθε ώρα στην δουλειά σας είναι κουραστική;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

13. Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερο σας χρόνο;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

14. Το βρίσκετε δύσκολο να εργάζεστε με ασθενείς;

- α. Σε πολύ μεγάλο βαθμό
- β. Σε μεγάλο βαθμό
- γ. Έτσι και έτσι/σχετικά
- δ. Σε μικρό βαθμό
- ε. Σε πολύ μικρό βαθμό

15. Απογοητεύεστε όταν εργάζεστε με ασθενείς;

- α. Σε πολύ μεγάλο βαθμό
- β. Σε μεγάλο βαθμό
- γ. Έτσι και έτσι/σχετικά
- δ. Σε μικρό βαθμό
- ε. Σε πολύ μικρό βαθμό

16. Η εργασία με ασθενείς απορροφά την ενέργειά σας;

- α. Σε πολύ μεγάλο βαθμό
- β. Σε μεγάλο βαθμό
- γ. Έτσι και έτσι/σχετικά
- δ. Σε μικρό βαθμό
- ε. Σε πολύ μικρό βαθμό

17. Αισθάνεστε ότι προσφέρετε περισσότερα απ' όσα παίρνετε όταν εργάζεστε με ασθενείς;

- α. Σε πολύ μεγάλο βαθμό
- β. Σε μεγάλο βαθμό
- γ. Έτσι και έτσι/σχετικά
- δ. Σε μικρό βαθμό
- ε. Σε πολύ μικρό βαθμό

18. Έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

19. Αναρωτιέστε ποτέ για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς ;

- α. Πάντα
- β. Συχνά
- γ. Μερικές φορές
- δ. Σπάνια
- ε. Ποτέ

