



---

**ΠΜΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ  
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ»**

**Της Χριστίνας Κούρεντα  
του Θεοφάνη**

**Επιβλέπων καθηγητής  
Βασίλειος Αλετράς**

**Θεσσαλονίκη  
Σεπτέμβριος 2019**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

© ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΟΥΡΕΝΤΑ, Έτος 2019  
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Το περιεχόμενο αυτής της εργασίας δεν απηχεί απαραίτητα τις απόψεις του Τμήματος, του Επιβλέποντα, ή της Επιτροπής που την ενέκρινε.

**Υπεύθυνη Δήλωση**

Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

*ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΟΥΡΕΝΤΑ*

## **Αφιερώσεις**

Στις κόρες μου Φανή και Εύη για την ατέρμονη υπομονή τους, αλλά και για την συμπαράστασή τους σε όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

## **Ευχαριστίες**

Καταρχάς θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συντελεστές του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Μακεδονίας για τις τόσο χρήσιμες και πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν. Όμως για την επιτυχή πραγματοποίηση αυτής της έρευνας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Διευθυντή του προγράμματος και επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου κ. Αλετρά Βασίλειο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και για τον πολύτιμο χρόνο που μου αφιέρωσε παρόλες τις αυξημένες υποχρεώσεις του, ουσιαστική βοήθεια, καίρια καθοδήγηση, και επίλυση των προβλημάτων μου καθόλη την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**Εισαγωγή:** Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας συγκεντρώνει ολοένα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον προκειμένου να κατανοηθεί το πρόβλημα και να εντοπιστούν λύσεις που να προλαμβάνουν τις αρνητικές του συνέπειες.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων του ογκολογικού νοσοκομείου «Θεαγένειο» καθώς και τη διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν.

**Υλικό και μέθοδος:** Η διερεύνηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου και ειδικότερα με την κλίμακα MBI. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε στον χώρο του ΑΝΘ «Θεαγένειο» και η επεξεργασία των απαντήσεων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Για την αξιολόγηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, για κάθε εργαζόμενο υπολογίστηκαν οι τρεις διαστάσεις εξουθένωσης και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η διάκριση σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα εξουθένωσης. Η αξιολόγηση της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα επίπεδα εξουθένωσης πραγματοποιήθηκε με τον έλεγχο μέσου όρου ανεξάρτητων δειγμάτων (*t*-test) καθώς και με τη χρήση της μεθόδου γραμμικής παλινδρόμησης.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η πλειονότητα των εργαζομένων (>50%) στο ΑΝΘ «Θεαγένειο» παρουσιάζει υψηλή εξουθένωση λόγω έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και λόγω αποπροσωποποίησης, ενώ σημαντικό τμήμα των εργαζομένων (48,4%) εμφανίζει υψηλή συναισθηματική εξάντληση. Το φύλο των εργαζομένων επηρεάζει την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων, τα έτη προϋπηρεσίας τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ η ηλικία δεν επιδρά σημαντικά στις διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης.

**Συμπεράσματα:** Μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων στο ΑΝΘ «Θεαγένειο» παρουσιάζει υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται ώστε να εξεταστεί αν το συγκεκριμένο εύρημα γενικεύεται στα υπόλοιπα δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

**Λέξεις κλειδιά :** επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας, ογκολογικό νοσοκομείο

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Work burnout in healthcare professionals concentrates a growing research interest in order both to clarify the syndrome and to identify solutions to prevent the burnouts' negative effects on employees.

**Purpose:** This study aims to investigate both the levels of burnout among healthcare professionals working in the "Theagenio" cancer hospital and the determinants of burnout syndrome.

**Material and methods:** The data were collected from a sample of healthcare workers in «Theagenio» Cancer Hospital. The staff was asked to complete the MBI questionnaire and the data analysis was conducted using the SPSS statistical software. To identify the burnout levels, the three burnout dimensions are calculated. According to calculations and for each burnout dimension, we identify the employees with high, moderate and low burnout syndrome. The impact of the demographic characteristics on burnout levels was performed using both t-test and multivariate (linear regression) analysis.

**Results:** The results indicate that the majority of employees (>50%) present high levels of burnout due to the lack of personal achievements and due to depersonalization, whereas a large proportion of employees (48,4%) present high burnout levels due to emotional exhaustion. The gender affects the sense of personal achievements and the years of service affect the emotional exhaustion, while the employees' age does not significantly affect the burnout levels.

**Conclusions :** A large proportion of employees in «Theagenio» Cancer Hospital present high burnout levels. Further research is required to examine whether this finding is generalizable to other public hospitals in Greece.

**Keywords :** professional burnout, health professional, oncology Hospital

## Πίνακας Περιεχομένων

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	3
2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός επαγγελματικής εξουθένωσης.....	3
2.2. Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης .....	4
2.2.1. Μοντέλο τριών διαστάσεων Maslach&Jackson (1981).....	4
2.2.1.1. Συναισθηματική Εξάντληση.....	5
2.2.1.2. Αποπροσωποποίηση .....	5
2.2.1.3. Προσωπικά επιτεύγματα.....	5
2.2.2. Διαδραστικό μοντέλο Cherniss (1980) .....	6
2.2.3. Μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων – Πόρων.....	8
2.2.4. Υπαρξιακό μοντέλο Pines&Aronson .....	8
2.2.5. Μοντέλο της Κοπεγχάγης .....	9
2.3. Παράγοντες Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	11
2.3.1. Επαγγελματική Εξουθένωση στους Νοσηλευτές.....	12
2.4. Συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης .....	13
2.5. Συνέπειες επαγγελματικής εξουθένωσης.....	15
2.5.1. Σωματικές Συνέπειες.....	15
2.5.2. Ψυχολογικές Συνέπειες .....	16
2.5.3. Επαγγελματικές Συνέπειες .....	17
2.4. Επαγγελματική Εξουθένωση σε Ογκολογικό Νοσοκομείο .....	18
2.4.1. Επαγγελματική Εξουθένωση στους Νοσηλευτές .....	19
2.4.2. Επαγγελματική Εξουθένωση στους Ιατρούς .....	20
2.5. Πρόληψη Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	23
2.6. Στρατηγικές Πρόληψης με έμφαση στον άνθρωπο .....	24
2.6.1. Αλλαγή των μορφών εργασίας .....	24
2.6.2. Ανάπτυξη προληπτικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης .....	25
2.6.3. Αξιοποίηση των κοινωνικών πόρων.....	25
2.6.4. Ανάπτυξη ενός χαλαρωτικού τρόπου ζωής .....	26
2.6.5. Βελτίωση της υγείας .....	26
2.6.6. Αυτοανάλυση.....	27
2.7. Στρατηγικές Πρόληψης με έμφαση στον χώρο εργασίας.....	27
2.8. Ο ρόλος της προσωπικότητας στην επαγγελματική εξουθένωση.....	28
2.9. Ο ρόλος της συναισθηματικής νοημοσύνης στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	30

2.10.	Στρατηγικές ενίσχυσης της συναισθηματικής νοημοσύνης.....	32
3.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	33
4.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	36
4.1.	Δημογραφικά Χαρακτηριστικά .....	37
4.2.	Αποτελέσματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης .....	40
4.3.	Αποτελέσματα Στάσης Εργαζομένων σε σχέση με το επάγγελμά τους .....	47
4.4.	Προσδιοριστικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης.....	50
4.4.1.	Επίδραση του Φύλου.....	50
4.4.2.	Επίδραση της ηλικίας.....	51
4.4.3.	Επίδραση των ετών προϋπηρεσίας.....	53
5.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	57
6.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	60
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62
	Παράρτημα Α': Άδεια διεξαγωγής έρευνας.....	76
	Παράρτημα Β': Ερωτηματολόγιο Έρευνας.....	79

### **Πίνακας Εικόνων**

Σχήμα1: Burke&Greenglass (1995) Διαδραστικό μοντέλο επαγγελματικής εξουθένωσης, πηγή: Soc. Sci. Med.. 40, No. 10, pp. 1357-1363 .....	6
Εικόνα 2 Επαγγελματική Εξουθένωση στην Ευρώπη.....	23
Εικόνα 3 Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης .....	35



## Πίνακας Πινάκων

Πίνακας 1 Ποιοτικά Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	38
Πίνακας 2 Ποσοτικά Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	39
Πίνακας 3 Ενασχόληση με ιατρικό/ νοσηλευτικό επάγγελμα.....	40
Πίνακας 4 Απαντήσεις Κλίμακας Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	41
Πίνακας 5 Περιγραφική Στατιστική Υπο-κλιμάκων MBI.....	46
Πίνακας 6 Διάκριση υπο-κλιμάκων σε κατηγορίες.....	46
Πίνακας 7 Αξιολόγηση της έντασης (στρες) που βιώνουν οι εργαζόμενοι στη δουλειά για καθημερινή μέρα.....	47
Πίνακας 8 Συμπτώματα που βίωσαν τις τελευταίες 4 βδομάδες οι εργαζόμενοι και προκλήθηκαν από στρες στη δουλειά.....	47
Πίνακας 9 Ερωτήσεις σύντομης απάντησης (ΝΑΙ/ΟΧΙ).....	48
Πίνακας 10 Αξιολόγηση εργασιακού κλίματος.....	49
Πίνακας 11 Μονομεταβλητή ανάλυση t-test.....	51
Πίνακας 12 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αποπροσωποίηση και ανεξάρτητη την ηλικία των εργαζομένων.....	52
Πίνακας 13 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα προσωπικά επιτεύγματα και ανεξάρτητη την ηλικία των εργαζομένων.....	52
Πίνακας 14 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συναισθηματική εξάντληση και ανεξάρτητη την ηλικία των εργαζομένων.....	52
Πίνακας 15 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αποπροσωποίηση και ανεξάρτητη τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων.....	53
Πίνακας 16 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα προσωπικά επιτεύγματα και ανεξάρτητη τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων.....	53
Πίνακας 17 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συναισθηματική εξάντληση και ανεξάρτητη τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων.....	54
Πίνακας 18 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αποπροσωποίηση και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων.....	55

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) είναι μια έννοια που απασχολεί τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερους επιστημονικούς κλάδους, μιας και έχει αναγνωριστεί η σημαντικότητα των επιπτώσεων της στο ίδιο το άτομο, στους ασθενείς, και στους οργανισμούς υγείας (Maslach 1976, 1978α, 1978b, 1979; Maslach & Jackson, 1978; Maslach & Pines, 1977).

Διάφορες επιστημονικές έρευνες που κατά καιρούς έχουν διενεργηθεί, έχουν καταλήξει στο γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο που παρατηρείται σε επαγγέλματα που έχουν στενή επαφή με τον άνθρωπο αλλά και με τον ανθρώπινο πόνο. Οι γιατροί και οι νοσηλεύτές ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία (Jimmieson, 2000).

Οι Maslach & Jackson (1981) έδωσαν έναν από τους πιο αποδεκτούς ορισμούς παγκοσμίως για την επαγγελματική εξουθένωση, περιλαμβάνοντας τρεις παραμέτρους, της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης, και αυτή των προσωπικών επιτευγμάτων. Επίσης δημιούργησαν το MBI (Maslach Burnout Inventory) που έχει χρησιμοποιηθεί στην πλειονότητα των ερευνών για την επαγγελματική εξουθένωση σε παγκόσμιο επίπεδο. Κάποιοι παράγοντες που φαίνεται πως παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη του συνδρόμου είναι τα πολλά χρόνια εργασίας, ο βαθμός ικανοποίησης των επαγγελματιών από το επάγγελμα, το είδος της προσωπικότητας (Kim VH, Kim SR, Kim Yo et al, 2017), η ειδικότητα πάνω στην οποία εργάζονται (Adriaenssens, Gucht & Maes, 2015), και η εργασία σε βάρδιες (Poulsen M, Poulsen A, Khan et al, 2011).

Οι εργαζόμενοι σε ογκολογικά νοσοκομεία, όπως στη συγκεκριμένη έρευνα που αφορά το ογκολογικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης το «Θεαγένειο», φαίνεται να βιώνουν κάποια επιπλέον ζητήματα, πέρα των κλασικών που έρχονται αντιμέτωποι οι εργαζόμενοι στα άλλα νοσοκομεία. Κάποια από αυτά αφορούν στη φροντίδα ασθενών με πολύ σοβαρά προβλήματα όπως ο καρκίνος, ηθικά διλήμματα, μεταφορά κακών νέων για ασθενείς και συνοδούς, αλλά και ερχόμενοι αντιμέτωποι με τον ίδιο τον θάνατο (Ko & Kiser- Larson, 2016).

Η πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολύ σημαντική και μπορεί να επικεντρωθεί τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στους οργανισμούς υγείας.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι έρευνες που αφορούν την προσωπικότητα και την σχέση της με την επαγγελματική εξουθένωση. Κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ανθρώπου δρουν προστατευτικά, ενώ κάποια άλλα είναι υπεύθυνα στο να οδηγηθεί ο επαγγελματίας υγείας πιο γρήγορα στο «burnout». Μια τέτοια έρευνα αφορά το μοντέλο «Big Five» (McAdams, 2009).

Τέλος ο Goleman (2005) έβαλε την σφραγίδα του στον όρο της συναισθηματικής νοημοσύνης και μας απέδειξε πως άτομα που την κατέχουν σε υψηλό βαθμό ,ανταποκρίνονται καλύτερα σε πιεστικές συνθήκες και κινδυνεύουν λιγότερο από «burnout», σε σχέση με εκείνους που τα επίπεδα της συναισθηματικής νοημοσύνης τους είναι χαμηλά. Υπάρχει μια ποικιλία στρατηγικών προκειμένου να οδηγούνται οι επαγγελματίες υγείας σε βελτίωση των επιπέδων της και να αποκτούν ανθεκτικότητα απέναντι στο σημαντικό πρόβλημα της εξουθένωσης.

Στο πλαίσιο αυτό, πρωταρχικός στόχος της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους του Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο». Ειδικότερα, το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο αποτελεί ένα ειδικού τύπου νοσοκομείο στο οποίο οι εργαζόμενοι έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με τον ανθρώπινο πόνο και με την αγωνία των ασθενών, λόγω της φύσεως των ογκολογικών ασθενειών. Στην κατεύθυνση αυτήν καθίσταται πρωταρχικής σημασίας η ανάγκη για τη διερεύνηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης. Με τη χρήση του ερωτηματολογίου MBI αξιολογείται η εξουθένωση από την αποπροσωποποίηση, τα προσωπικά επιτεύγματα και τη συναισθηματική εξάντληση. Στους επιμέρους στόχους της παρούσας εργασίας συγκαταλέγεται η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και τις επιμέρους υπο-κλίμακες. Συγκεκριμένα διερευνάται εάν και κατά πόσο το φύλο, η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τους εργαζομένους ως προς την αυτό-αναφερόμενη επαγγελματική εξουθένωση.

## 2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

### 2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός επαγγελματικής εξουθένωσης

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης, ή αλλιώς «burnout», όπως είναι γνωστό, τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον από αρκετούς κλάδους, με επικέντρωση στον κλάδο της ψυχολογίας. Η ετυμολογία του όρου «burnout» στην αγγλική γλώσσα σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης».

Ο Freudenberger (1974) χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο “επαγγελματική εξουθένωση” προκειμένου να περιγράψει τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικά σε χώρους όπου αναπτύσσονται σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας και των ατόμων που χρήζουν την βοήθεια τους. Έχει διαπιστωθεί από τις έρευνες που κατά καιρούς έχουν διενεργηθεί ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται πιο συχνά σε επαγγέλματα όπως γιατροί και νοσηλευτές (Jimmieson, 2000)

Οι Maslach & Jackson (1981) προσπάθησαν να ορίσουν την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης και κυνισμού, που συνήθως συμβαίνει σε εργαζόμενους όπου η εργασία τους έχει σχέση με ανθρώπους, και κυρίως επαγγέλματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Αποτελεί έναν από τους πιο αποδεκτούς ευρύτερα ορισμούς για την επαγγελματική εξουθένωση. Όμως οι Maslach & Jackson (1981) εκτός από την προσπάθειά τους να αποδώσουν την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης δημιούργησαν ένα μεθοδολογικό εργαλείο για τη μελέτη και μέτρηση της, το γνωστό MBI (Maslach Burnout Inventory).

Σύμφωνα λοιπόν μ’ αυτό το τυποποιημένο εργαλείο μέτρησης η επαγγελματική εξουθένωση αποτελείται από τρεις διαστάσεις: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την χαμηλή αίσθηση του εργαζομένου για τα προσωπικά του επιτεύγματα στον εργασιακό χώρο (Maslach & Jackson, 1981).

Οι Pines & Aronson (1988) προσπάθησαν να δώσουν το δικό τους ορισμό. Ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση «ως κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης που προκαλείται από τη χρόνια συμμετοχή σε συναισθηματικά απαιτητικές καταστάσεις» (Pines & Aronson, 1988, σελ.9).

## **2.2. Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης**

Τα θεωρητικά μοντέλα που αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση προσπαθούν να παρουσιάσουν τα ευρήματα τους με συνοχή και περιεκτικότητα υπό το πρίσμα τη δυναμικής διαδικασίας ατόμου και περιβάλλοντος, ερμηνεύοντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, την ποικιλία εκείνη των παραγόντων που οδηγούν σ' αυτή. Ένα μοντέλο επαγγελματικής εξουθένωσης προκειμένου να είναι ολοκληρωμένο πρέπει να τηρεί κάποιες προϋποθέσεις.

Πρώτον θα πρέπει να ενσωματώνει όλους εκείνους τους παράγοντες, ατομικούς και περιβαλλοντικούς που λόγω των υψηλών απαιτήσεων τους αποτελούν πηγές στρες και οδηγούν στο «burnout». Δεύτερον οφείλει να αναφέρεται στις συνέπειες της εξουθένωσης τόσο από μεριάς του ατόμου όσο και του περιβάλλοντος του, και τρίτον πρέπει να προτείνει τις κατάλληλες πολυεπίπεδες παρεμβάσεις που αποτρέπουν τη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης ή σε περίπτωση δημιουργίας τη μείωση της (Astrid, Richardsen & Burke, 1995).

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε σε κάποια από αυτά τα μοντέλα. Το καθένα παρουσιάζει με τον δικό του τρόπο την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης.

### **2.2.1. Μοντέλο τριών διαστάσεων Maslach & Jackson (1981)**

Οι Maslach & Goldberg (1998) θεώρησαν ότι το μοντέλο της επαγγελματικής εξουθένωσης, εκτός από την διάσταση της «συναισθηματικής εξάντλησης», πρέπει να ακολουθείται από άλλες δύο διαστάσεις, αυτές της «αποπροσωποποίησης» και των «προσωπικών επιτευγμάτων» προκειμένου να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη θεώρηση της.

Το Maslach Burnout Inventory (MBI) είναι μια επιστημονικά επικυρωμένη κλίμακα η οποία είναι δημιουργία της Maslach με σκοπό τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσω αυτών των τριών διαστάσεων. Οι διαστάσεις έχουν άμεση σύνδεση η μία με την άλλη και περιγράφουν αλλά και μετρούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το MBI είναι μια κλίμακα που έχει χρησιμοποιηθεί παγκοσμίως από ένα μεγάλο αριθμό ατόμων που ασχολήθηκαν με την έρευνα της επαγγελματικής εξουθένωσης που επιβεβαιώνει την αξιοπιστία και

εγκυρότητα του (Burke, 1989). Οι τρεις διαστάσεις σύμφωνα με το μοντέλο της Maslach αναφέρονται παρακάτω:

#### **2.2.1.1. Συναισθηματική Εξάντληση**

Οι Leiter & Maslach (1988) αναφέρουν, ότι όταν μιλάμε για συναισθηματική εξάντληση αναφερόμαστε σε μια έννοια η οποία χαρακτηρίζει τον συναισθηματικό κόσμο του ατόμου. Όταν ο εργαζόμενος έχει εμπλοκή με ανθρώπους, τα συναισθηματικά του αποθέματα είναι λιγοστά, όπως και η ενέργεια του, με αποτέλεσμα οι αποδόσεις του πάνω στην εργασία να είναι χαμηλές. Δεν είναι υπερβολή να χαρακτηρίσουμε τον όρο « αποστράγγιση» του συναισθηματικού κόσμου του ατόμου.

#### **2.2.1.2. Αποπροσωποποίηση**

Οι Gordes & Doughetery (1993) αναφέρουν πως η δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορά το διαπροσωπικό της στοιχείο και ονομάζεται « αποπροσωποποίηση» Εδώ έχουμε μια σκληρή, κυνική συμπεριφορά προς τους συναδέλφους, πελάτες και τον οργανισμό. Ο επαγγελματίας αντιμετωπίζει τους ασθενείς ως αντικείμενα ή περιστατικά και όχι ως ανθρώπους πλέον, ενώ η υποτιμητική γλώσσα (π.χ. το νεφρό στο δωμάτιο 212) δεν απουσιάζει. Αδυνατεί να υποστηρίξει τους άλλους ψυχολογικά, αλλά και τον ίδιο του τον εαυτό, με αποτέλεσμα τη δημιουργία απρόσωπων σχέσεων, σε μια προσπάθεια αποφυγής του στρες και της συναισθηματικής κόπωσης.

#### **2.2.1.3. Προσωπικά επιτεύγματα**

Σ' αυτή τη διάσταση έχουμε μια αισθητή μείωση της παραγωγικότητας του εργαζομένου και την αδυναμία του για προσωπικά επιτεύγματα. Ο ίδιος αδυνατεί να προσφέρει στην εργασία του και κυριαρχείται από μειωμένη εμπιστοσύνη και χαμηλή απόδοση (Maslach & Goldgerg, 1998).

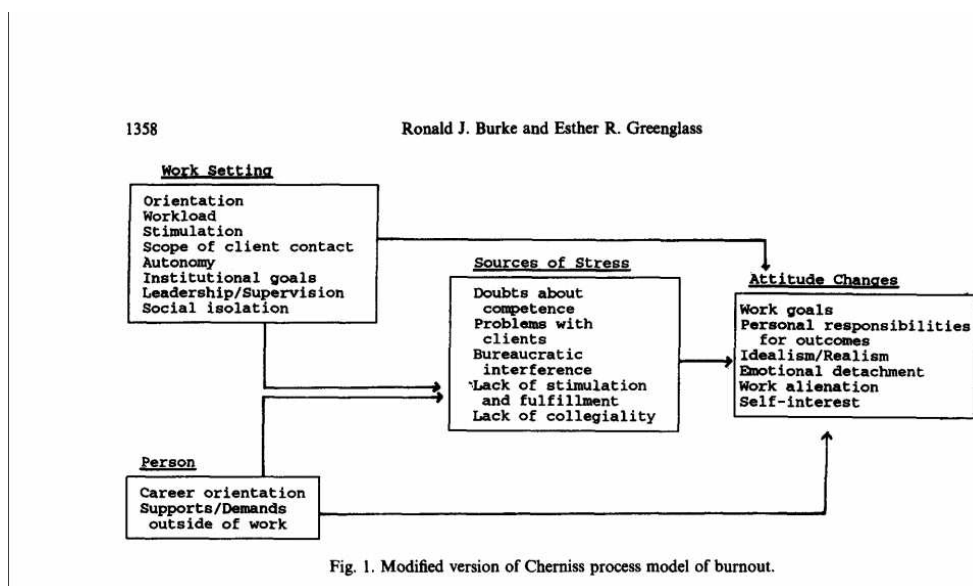
Οι Leiter & Maslach (1988) υποστηρίζουν τις τρεις διαστάσεις ως μια διαδικασία διαδοχική. Πιο συγκεκριμένα πρώτα έχουμε την συναισθηματική εξουθένωση που εμφανίζεται λόγω μεγάλων απαιτήσεων στον εργασιακό χώρο με αποτέλεσμα την «αποστράγγιση» της ενέργειας του ατόμου. Στη συνέχεια εμφανίζεται η αποπροσωποποίηση σαν μηχανισμός άμυνας του ατόμου σε ότι αντιμετωπίζει και τέλος

η αδυναμία του ατόμου να εργάζεται ικανοποιητικά λόγω αναντιστοιχίας των αρχικών προσδοκιών και των επιτευγμάτων.

Στην περίπτωση αυτού του συνδρόμου, μιλάμε για αρκετές και σοβαρές συνέπειες για προσωπικό, πελάτες αλλά και για το ίδιο τον οργανισμό που ανήκουν (Maslach 1976, 1978a, 1978b, 1979 ; Maslach & Jackson, 1978; Maslach & Pines, 1977).

## 2.2.2. Διαδραστικό μοντέλο Cherniss (1980)

Το μοντέλο της επαγγελματικής εξουθένωσης του Cherniss θεωρείται ένα ολοκληρωμένο μοντέλο το οποίο μας παρουσιάζει την εξουθένωση ως μια «διαδικασία» που αναπτύσσεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου (Cherniss, 1980a,b). Οι Burke & Greenglass (1995) αναφέρουν ότι προκειμένου ο Cherniss να βγάλει συμπεράσματα απευθύνθηκε σε 28 νέους επαγγελματίες όπου βρίσκονταν στα πρώτα δύο χρόνια της καριέρας τους. Οι επαγγελματίες αυτοί εργάζονταν στην παροχή υπηρεσιών σε ανθρώπους και συγκεκριμένα σε τομείς όπως η ψυχική υγεία, η δημόσια υγεία, η νομική εκπροσώπηση και η εκπαίδευση. Μετά από αυτή την έρευνα, και έχοντας αρκετές παρατηρήσεις και συνεντεύξεις στο ενεργητικό του, ο Cherniss κατέληξε σε μοντέλο, που εξηγεί πως η ψυχολογική εξουθένωση εξελίσσεται στον χρόνο (βλ παρακάτω σχ.1).



Σχήμα1: Burke & Greenglass (1995) Διαδραστικό μοντέλο επαγγελματικής εξουθένωσης, πηγή: Soc. Sci. Med.. 40, No. 10, pp. 1357-1363

Ο κάθε επαγγελματίας μέσα από μια αλληλεπίδραση παραγόντων, οδηγείται σε διαφορετικές καταστάσεις και επίπεδα stress, όμως ο καθένας έχει διαφορετική αντίδραση πάνω στις αλλαγές που προκαλούνται. Κάποιοι από αυτούς επιστρατεύουν διάφορες στρατηγικές και τεχνικές και αντιμετωπίζουν την κατάσταση με ενεργό τρόπο. Κάποιοι άλλοι προσπαθούν να αντιδράσουν απέναντι στις αρνητικές αλλαγές που έχουν προκληθεί.

Σύμφωνα με τον Cherniss, όπως αναφέραμε και προηγουμένως, η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια διαδικασία και όχι ένα μεμονωμένο «συμβάν» Η διαδικασία περιλαμβάνει τρία στάδια:

#### **-Φάση του «εργασιακού» στρες»**

Σ' αυτή τη φάση οι διαθέσιμοι και οι απαιτούμενοι πόροι παρουσιάζουν κάποια διατάραξη. Αποτέλεσμα αυτής της διατάραξης είναι να εμφανίζεται εργασιακό στρες το οποίο αφορά τόσο το εσωτερικό όσο και το εξωτερικό περιβάλλον του επαγγελματία. Αυτό συμβαίνει γιατί οι διαθέσιμοι πόροι αδυνατούν να καλύψουν τους προσωπικούς στόχους που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η διατάραξη δεν οδηγεί πάντα σε επαγγελματική εξουθένωση.

#### **-Φάση της «εξάντλησης»**

Σ' αυτή τη φάση ο επαγγελματίας ανταποκρίνεται στη προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας. Αποτέλεσμα να εκδηλώνεται συναισθηματική εξάντληση, στρες κόπωση και έλλειψη ενδιαφέροντος. Ο επαγγελματίας αισθάνεται πως ο χώρος εργασίας αποτελεί πηγή εξάντλησης, με τον ίδιο να βρίσκεται σε μια μόνιμη κατάσταση έντασης, την οποία αν δεν καταφέρει να διαχειριστεί πιθανόν να οδηγηθεί σε παραίτηση.

#### **-Φάση της «αμυντικής κατάληξης»**

Σ' αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος παρουσιάζει αλλαγές στη στάση και συμπεριφορά του, η οποία χαρακτηρίζεται από κυνισμό και απάθεια για τους άλλους. Οι αλλαγές αυτές έχουν σκοπό την επιβίωση του επαγγελματία.

Στο μοντέλο του Cherniss είναι αλήθεια ότι οι παρατηρήσεις και οι συνεντεύξεις πάνω στις οποίες στηρίχτηκε δεν ήταν αρκετές. Όμως οι μελέτες συνεχίστηκαν, για περισσότερα χρόνια, πάνω σε εργαζόμενους στην εκπαίδευση, αλλά και στην αστυνομία προκειμένου να επιβεβαιωθεί (Richardson & Burke, 1995).



### **2.2.3. Μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων – Πόρων**

Σύμφωνα με τον Chirico (2016) το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων-πόρων είναι ένα μοντέλο το οποίο απαρτίζεται από δύο σημαντικές παραμέτρους: τις απαιτήσεις εργασίας και τους εργασιακούς πόρους. Ο Karasek (1979) στο μοντέλο ελέγχου αναφέρθηκε στις εργασιακές απαιτήσεις, το μοντέλο όμως των εργασιακών απαιτήσεων-πόρων, μ' αυτή την έννοια προσδιορίζει τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας τα οποία είναι πιο μοναδικά για τον οργανισμό (Shaufeli, Bakker & Rhenen, 2009).

Όταν μιλάμε για απαιτήσεις εργασίας εννοούμε κάποιες πλευρές της εργασίας οι οποίες απαιτούν συνεχόμενη σωματική, συναισθηματική και γνωστική προσπάθεια. Τέτοια παραδείγματα μπορεί να είναι το φόρτος εργασίας, η σύγκρουση ρόλων, η πίεση εργασίας κ.α. Ενώ όταν μιλάμε για πόρους εργασίας εννοούμε εκείνες τις πλευρές της εργασίας που μπορεί να είναι φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οργανωτικές που μπορούν να λιγοστέψουν τις απαιτήσεις της εργασίας ή να οδηγήσουν σε αύξηση της προσωπικής ανάπτυξης. Υπάρχει μια μεγάλη αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των δύο. Πιο συγκεκριμένα πόροι εργασίας όπως είναι η κοινωνική υποστήριξη, η αυτονομία, και οι δυνατότητες για ανάπτυξη καταφέρνουν να μειώσουν εργασιακές απαιτήσεις. Ενώ από την άλλη μεριά οι απαιτήσεις εργασίας, με κατάλληλους πόρους μπορεί να οδηγήσουν σε δέσμευση και σε αυξημένα κίνητρα στην εργασία (Shaufeli et al, 2002 ; Hakanen, Schaufeli & Ahola, 2008). Το συγκεκριμένο μοντέλο άρχισε σιγά-σιγά να γίνεται γνωστό σε χώρες όπως η Ισπανία, Ιταλία, Νορβηγία, Γερμανία. Ακόμα σε χώρες όπως η Κίνα, η Αυστραλία κ.α.

Το μοντέλο JD-R υποθέτοντας ότι σε κάθε οργανωτικό πλαίσιο μπορεί να υπάρχουν δύο ειδών χαρακτηριστικά τα οποία τα ταξινομούμε σε δύο κατηγορίες, τις εργασιακές απαιτήσεις, και τους πόρους εργασίας, βρίσκει απήχηση σε πολλά διαφορετικά επαγγέλματα. Μπορεί επίσης το μοντέλο να χρησιμοποιηθεί σε τομείς όπως οι ανθρωπίνι πόροι (Bakker, Demerouti & Shaufeli, 2006).

### **2.2.4. Υπαρξιακό μοντέλο Pines & Aronson**

Στο μοντέλο τους οι Pines' και Aronson (1988), χαρακτήρισαν την εξάντληση σαν μια κατάσταση που την αποτελούν τρεις συνιστώσες, η σωματική, η συναισθηματική και η

ψυχική και που οδηγούν στην εξουθένωση όταν το άτομο εκτίθεται για μεγάλο χρονικό διάστημα σε καταστάσεις που είναι αρκετά στρεσογόνες. Οι Pines και Aronson (1988) αναφέρουν τις τρεις συνιστώσες:

Φυσική εξάντληση: Το άτομο διακατέχεται μόνιμα από αίσθημα κόπωσης και τα αποθέματα ενέργειας στον οργανισμό είναι χαμηλά. Ακόμα στον οργανισμό παρατηρείται αδυναμία, υπάρχουν διαταραχές στην όρεξη, είτε αύξηση είτε μείωση, διαταραχές στον ύπνο, και παρατηρούνται διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα που παρουσιάζονται σε διάφορες μορφές όπως πονοκέφαλοι προβλήματα στους μυς κ.α. Ο εργαζόμενος είναι ευαίσθητος σε λοιμώξεις και ασθένειες.

Συναισθηματική εξάντληση: Σ' αυτή τη φάση ο εργαζόμενος αισθάνεται να κυριαρχείται από απογοήτευση και απελπισία και ένα αίσθημα ανικανότητας. Θεωρεί ότι δεν μπορεί να προσφέρει στην εργασία του αλλά και τίποτα σε κάποιον άλλον. Οι συναισθηματικοί του πόροι αλλά και οι πόροι ενέργειας που του έχουν απομείνει, δεν αρκούν να ανταπεξέλθει ούτε στις καθημερινές του απαιτήσεις στη δουλειά του, και φυσικά δεν υπάρχει ίχνος πόρων για φίλους και οικογένεια. Κάποιες φορές ο εργαζόμενος μπορεί να οδηγηθεί σε πιο ακραίες καταστάσεις, ακόμα και σ' αυτές της αυτοκτονίας.

Ψυχική εξάντληση: Η φάση της ψυχικής εξάντλησης χαρακτηρίζεται από δύο πτυχές. Η πρώτη αναφέρεται στο ίδιο το άτομο που η εξέλιξη της πορείας του δεν είναι τόσο καλή, μιας και πλέον είναι αδύνατο να διαχειριστεί τις απαιτήσεις της εργασίας του και αισθάνεται ανίσχυρος και χωρίς αξία. Η δεύτερη πτυχή αναφέρεται στην αρνητική και χωρίς συναίσθημα συμπεριφορά του ατόμου τόσο για τους συναδέλφους όσο και για τους πελάτες. Οι σχέσεις του με τους άλλους πλέον δεν χαρακτηρίζονται από αισθήματα και το άτομο δείχνει να έχει χάσει την ταυτότητα του δημιουργώντας συνεχώς προβλήματα που είναι δύσκολα διαχειρίσιμα.

### **2.2.5. Μοντέλο της Κοπεγχάγης**

Το μοντέλο της Κοπεγχάγης αποτελεί το πιο πρόσφατο μοντέλο για την επαγγελματική εξουθένωση και έχει προταθεί από τους Kristensen Tage, Borritz Maranne, Villadsen Ebbe, και Christensen Karl το 2005. Επίσης οι ίδιοι επινόησαν και το ομώνυμο ερευνητικό εργαλείο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα, η δημιουργία του μοντέλου αποτελεί ένα είδους απάντησης μετά τη

έντονη κριτική που άσκησαν οι Kristensen και οι συνεργάτες τους στο μοντέλο της Maslach και κυρίως στο Maslach Burnout Inventory.

Σύμφωνα με τους Schaufeli & Enzmann (1998) το 90% όλων των εμπειρικών ερευνών σε ολόκληρο τον κόσμο χρησιμοποιούν το ερευνητικό εργαλείο της Maslach, πάνω στο πεδίο της εξουθένωσης.

Οι Kristensen et al (2005), υποστήριξαν πως το δημοφιλέστερο αυτό εργαλείο, το Maslach Burnout Inventory, παρουσιάζει αρκετές αδυναμίες, δηλαδή επαγγελματική εξουθένωση είναι το αποτέλεσμα της μέτρησης του MBI, όπως επίσης το MBI μετράει αυτό που αναφέρει ως επαγγελματική εξουθένωση. Μια δεύτερη αδυναμία, σύμφωνα με τους ίδιους, αφορά τη μέτρηση μόνο σε επαγγέλματα που ο επαγγελματίας έχει εμπλοκή με ανθρώπους. Ένα τρίτο σημείο που επικεντρώθηκε η κριτική των Kristensen et al (2005) είναι οι τρεις παράμετροι που η Maslach μετρά την εξουθένωση και που θεωρεί αναπόσπαστη σύνδεση και των τριών μ' αυτήν. Μιλάμε για την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση, και τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα. Οι δημιουργοί του Copenhagen Burnout Inventory (CBI), θεωρούν πως αυτές οι τρεις παράμετροι, δεν είναι συστατικά του συνδρόμου αλλά αποτελέσματα.

Τέλος θεωρούν πως κάποιες ερωτήσεις δεν είναι κατάλληλες, και μάλλον πλησιάζουν περισσότερο στην αμερικάνικη κουλτούρα, ενώ υπάρχει δυσκολία να γίνουν αποδεκτές από κουλτούρες άλλων χωρών. Κάποια παραδείγματα αποτελούν οι παρακάτω ερωτήσεις: «στην πραγματικότητα δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς από τους μαθητές μου / πελάτες μου», «έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα».

Συνέπεια όλων αυτών ήταν οι Kristensen et al (2005), να δημιουργήσουν ένα καινούριο μοντέλο επαγγελματικής εξουθένωσης, που έχει βασικά στοιχεία την εξάντληση και την εξουθένωση αλλά και ερωτηματολόγιο με αναφορά σε τρεις υποκλίμακες: την προσωπική εξουθένωση, την επαγγελματική εξουθένωση, και την εξουθένωση που έχει σχέση με την επαφή με ανθρώπους.

Το CBI έχει την βάση του στο θεωρητικό υπόβαθρο που έχει στηριχθεί στον ορισμό ενός από τους σπουδαιότερους ερευνητές στο τομέα της εξουθένωσης, τον Schaufeli. Συγκεκριμένα οι Schaufeli & Greenglass (2001, σελ 501), προσδιόρισαν την εξουθένωση ως μια «κατάσταση φυσικής, συναισθηματικής, και ψυχικής κόπωσης, η οποία είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας συμμετοχής σε εργασιακές καταστάσεις που είναι συναισθηματικά απαιτητικές».

Οι τρεις υποκλίμακες που αναφέρθηκαν προηγουμένως, δηλαδή η προσωπική εξουθένωση, η επαγγελματική εξουθένωση, και η εξουθένωση που έχει σχέση με την επαφή με άλλους ανθρώπους, μπορούν να προβλέψουν κάποιες ασθένειες που ενδέχεται να εμφανιστούν στο μέλλον, όπως για παράδειγμα κάποιες διαταραχές στον ύπνο (Kristensen et al, 2005).

Το CBI έχει μεταφραστεί σε αρκετές γλώσσες, όπως για παράδειγμα στα αγγλικά, στα ιαπωνικά, στα γαλλικά, στα σουηδικά, στα σλοβενικά κ.α. και πολλές χώρες το χρησιμοποιούν. Μετά από κάποιες έρευνες έχει διαπιστωθεί η εγκυρότητα του ερευνητικού εργαλείου. Σε μια αυστραλιανή μελέτη που ήταν σχετική με την εξουθένωση των οδοντιάτρων, οι Winwood & Winefield (2004) ,μετά από σύγκριση του MBI και CBI, κατέληξαν πως το CBI λόγω των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων θα μπορούσε να είναι το κατάλληλο εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας.

### **2.3. Παράγοντες Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι μπορούν να οδηγήσουν τους επαγγελματίες υγείας, όπως οι γιατροί, στην επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό υποστηρίζουν οι Panagioti, Geraghty & Johnson (2018). Συγκεκριμένα στην έρευνα τους, που πραγματοποιήθηκε σε γιατρούς καρδιολόγους διαπιστώθηκε πως ο μεγάλος φόρτος εργασίας, οι μεγάλες απαιτήσεις της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και οι μεγάλες απαιτήσεις σε γραφειοκρατία και μηχανογράφηση είναι κάποιοι από τους βασικούς.

Η μεγάλη έλλειψη πόρων, η πολυπλοκότητα των ρόλων, η δυσκολία να υπάρχει ισορροπία μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής καθώς και οι συνεχιζόμενες απαιτήσεις για εκπαίδευση και πιστοποίηση αποτελούν επίσης σοβαρούς παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Για παράδειγμα η εκπαίδευση στην περίπτωση της καρδιολογίας μπορεί να φτάσει και δέκα χρόνια προκειμένου ένας καρδιολόγος να αποκτήσει εξειδίκευση. Ή ακόμα ο ίδιος γιατρός να ασχοληθεί πέρα από την κλινική εκπαίδευση, με εξάσκηση σε εντατική θεραπεία ή ακόμα και σε έρευνα (Panagioti, Geraghty & Johnson, 2018).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Derby, Shanafelt, Balchetal (2011) σε μια μελέτη τους που διεξήχθη στις ΗΠΑ. Οι ερευνητές προσπάθησαν να συγκρίνουν την επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ ανδρών και γυναικών. Κατέληξαν πως οι γυναίκες

χειρουργοί παρουσίασαν ποσοστό 43 %, έναντι 39% των ανδρών. Τέλος οι Shanafelt, Boone, Tan, Dyrbye et al (2012) αποκαλύψανε πως ένα 46% των γιατρών παρουσιάζουν επαγγελματική εξουθένωση με τουλάχιστον ένα σύμπτωμα να είναι αισθητό. Όλα αυτά είναι σημαντικά μιας και η επαγγελματική εξουθένωση επιδρά σοβαρά στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών αλλά και των ίδιων οργανισμών (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008). Άρα κατανοούμε την σημασία της επαγγελματικής εξουθένωσης και τις συνέπειες της.

### **2.3.1. Επαγγελματική Εξουθένωση στους Νοσηλευτές**

Όπως αναφέραμε και πιο πάνω η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο που εμφανίζεται συχνότερα σε επαγγέλματα που το αντικείμενο τους είναι η συνεργασία με άλλους ανθρώπους. (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). Όμως οι νοσηλεύτριες είναι μια ειδικότητα που παρουσιάζει υψηλά ποσοστά του συνδρόμου (Canadas De la fuente, Vargas, San Luis et al, 2015). Μετά από έρευνες έχουν αναγνωριστεί και έχουν μελετηθεί εκείνοι οι παράγοντες κινδύνου που οδηγούν τους νοσηλευτές σε επαγγελματική εξουθένωση.

Κάποιοι από αυτούς είναι τα πολλά χρόνια εργασίας (Vargas, Canadas, Aguayo et al, 2014 ), πόσο ικανοποιημένοι είναι οι επαγγελματίες υγείας από την εργασία τους, το είδος της προσωπικότητάς τους, (Kim VH, Kim SR, Kim YO, et al, 2017) διάφοροι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες (Canadas De la fuente, Vargas & San Luis, et al, 2015). Ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας ο οποίος οδηγεί στην εξουθένωση είναι και η ειδικότητα που εργάζονται οι νοσηλεύτριες (Adriaenssens, Gucht & Maes , 2015; Albendin, Gomez Uguiza, Ganadas De la fuente et al, 2016) Έχουν γίνει μελέτες πάνω σε αρκετές ειδικότητες όπως η παθολογική , η αιματολογική, η ογκολογική αλλά και σε τμήματα έκτακτης ανάγκης ( Gama, Barbosaand Viera, 2014).

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα έκτακτης ανάγκης είναι δύσκολη η καθημερινότητα τους μιας και έχουν να αντιμετωπίσουν σοβαρές καταστάσεις, και πολλές φορές οι ασθενείς τους κινδυνεύουν να πεθάνουν (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). Αυτή η καθόλου ευχάριστη εμπειρία των νοσηλευτών με ανάλογα περιστατικά, που είναι η καθημερινότητα, τους οδηγεί σε έντονο στρες. Επίσης ένα σημαντικό σημείο που είναι άξιο να αναφερθεί είναι πως οι νοσηλευτές των επειγόντων περιστατικών, έρχονται σε επαφή με βίαιη και επιθετική συμπεριφορά από

τους ίδιους τους ασθενείς. Φαίνεται πως, οι νοσηλευτές που εργάζονται πάνω στην ειδικότητα των επειγόντων περιστατικών, οδηγούνται πιο εύκολα στην επαγγελματική εξουθένωση (Adriaenssens, Gucht & Maes ,2015).

Επίσης, η νοσηλευτική ειδικότητα πάνω στην μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) μπορεί να οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά του συνδρόμου. Η έρευνα των Chuang, Tseng, Linetal (2016) σε σχετικά άρθρα από παρατηρητικές μελέτες που ανακτήθηκαν την περίοδο μεταξύ 1996 και 2016 συμπέρανε πως τα ποσοστά εξουθένωσης των επαγγελματιών της ΜΕΘ κυμαίνονται από 6% ως 47% .

Κάποιοι από τους παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι δημογραφικοί παράγοντες, το εργασιακό περιβάλλον, τα πολλά χρόνια εργασίας σε ΜΕΘ, η εργασία σε βάρδιες, τα ηθικά διλήμματα για το τέλος της ζωής.

Εκτός από την ειδικότητα πάνω στην οποία εργάζονται οι νοσηλευτές, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που φαίνεται πως η επίδραση τους στη δημιουργία «burnout» είναι αρκετά σοβαρή, όπως για παράδειγμα τα δύσκολα καθήκοντα, οι ατέλειωτες ώρες εργασίας, η πίεση από ανώτερα στελέχη, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης ( Kashka , Korczak & Broich, 2011 ; Mateen & Dorji, 2009; Patrick & Lavery, 2007) όμως, η εργασία σε βάρδιες φαίνεται πως είναι ο πιο καθοριστικός παράγοντας, που οδηγεί τους νοσηλευτές σε εξουθένωση (Poulsen M, Poulsen A, Khan et al 2011). Όταν λέμε εργασία σε βάρδιες εννοούμε μια κυκλική εναλλαγή των βαρδιών μέσα σε διάστημα εβδομάδας ή και μήνα (Wang, Armstrong, Cairns et al, 2011 ). Αν και τα αποτελέσματα σε διάφορες μελέτες σχετικά με την επίδραση των βαρδιών στη δημιουργία ‘burnout’ είναι αντιφατικά, σε μερικές από αυτές υπάρχει συσχέτιση των δύο όρων. Η μελέτη των Wisetborisut, Angkurawaranon, Jiraporncharoen et al (2014) στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Chiang Mai της Ταϊλάνδη, έρχεται να επιβεβαιώσει αυτή τη συσχέτιση. Σε δείγμα 2772 ατόμων και διάστημα μεταξύ Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου το 2013 διαπιστώθηκε πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ εργασίας σε βάρδιες και επαγγελματικής εξουθένωσης. Και συγκεκριμένα τα ποσοστά κυμαίνονται 25% των ατόμων που εργάζονται σε βάρδιες έναντι 15% αυτών που δεν εργάζονται. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όσο περισσότερα χρόνια εργάζεται κάποιος τόσο ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος, ενώ οι νοσηλεύτριες που απείχαν από την εργασία τους για τουλάχιστον 8 μέρες το μήνα παρουσίαζαν μικρότερο κίνδυνο εξουθένωσης.

#### **2.4. Συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

Η περιγραφή των συμπτωμάτων του «burnout» χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και είναι δύσκολο να αποδοθεί με ακρίβεια, αν και έχει περιγραφεί σε περίπου 60 επαγγέλματα . Αν και τα συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται σε ένα μεγάλο κατάλογο, ο Burish (2010) αναφέρεται σε κάποια από αυτά, χωρίζοντας τους σε επτά κατηγορίες ως εξής:

- Αυξημένη δέσμευση στους στόχους
- Εξάντληση
- Μειωμένη δέσμευση απέναντι στους ασθενείς ή γενικά στους πελάτες, απέναντι στους άλλους γενικά, απέναντι στη δουλειά
- Αυξημένες απαιτήσεις
- Συναισθηματικές αντιδράσεις
- Κατάθλιψη
- Επιθετικότητα

Επιπλέον, παρατηρείται μείωση στα ακόλουθα :

- Γνωστική απόδοση
- Κίνητρα
- Δημιουργικότητα
- Κρίση

Σύμπτωμα επίσης αποτελεί η μείωση στα επίπεδα των παρακάτω παραμέτρων:

- Συναισθηματική ζωή
- Κοινωνική ζωή
- Πνευματική ζωή

Δημιουργία :

- Ψυχοσωματικών αντιδράσεων
- Απελπισίας

Σύμφωνα με μελέτη του Μάρκου (2005) στο άρθρο του Δημητρόπουλο και Φιλίππου (2008) στα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής αυτό το στοιχείο που μπορεί να χαρακτηρίσει τους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας είναι η αίσθηση ότι ο εργαζόμενος είναι ανίκανος να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας του αλλά και σε αυτές των ασθενών.

Αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν «περιστατικό» και όχι σαν κάποιο πρόσωπο. Το συναίσθημα για τον ασθενή απουσιάζει και ο εργαζόμενος κυριαρχείται από συναισθήματα ψυχρότητας, τυπικότητας, αδιαφορίας, είναι απρόσωπος και μερικές φορές έχει τάσεις επιθετικότητας. Εκδηλώνονται αρνητικά συναισθήματα τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συναδέλφους με αποτέλεσμα η φροντίδα, ο σεβασμός, και το συναίσθημα να απουσιάζουν από τον επαγγελματία υγείας. Ο ίδιος δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και να παρατηρεί, δεν έχει καλή μνήμη, και είναι εύκολο να κάνει λάθη, απροσεξίες, ατυχήματα, και μη σωστές εκτιμήσεις. Τέλος είναι συνηθισμένο ο επαγγελματίας να αργοπορεί στην εργασία του, όπως και να δημιουργεί συγκρούσεις με συναδέλφους και με την οικογένεια του.

Οι Δημητρόπουλος και Φιλίππου (2008) στα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής σε μελέτη των Τιτομιχλάκη και άλλοι (2006) αναφέρουν πως όσο το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εξελίσσεται ο επαγγελματίας υγείας παρουσιάζει ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως διαταραχές στον ύπνο, χρόνια κόπωση, μυοσκελετικά προβλήματα ή διάφορα άλλα προβλήματα που έχουν σχέση με την αρτηριακή πίεση, προβλήματα πεπτικού έλκους, ημικρανιών και κατάθλιψη.

Όσον αφορά την κατάθλιψη φαίνεται να έχει στενή σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση, και κάποια χαρακτηριστικά της εμφανίζονται και στις δύο περιπτώσεις (Iacovides, Fountoulakis, Kaprinisetal, 2003). Πιο συγκεκριμένα το συναίσθημα της κατάθλιψης, η κόπωση, η μειωμένη ενεργητικότητα αλλά και η έλλειψη ενδιαφέροντος για κάτι ευχάριστο αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης (Χριστοδούλου, Λιάππας, Τομαράς και άλλοι, 2003). Οι Leiter και Durup (1994) αναφέρουν πως η πρώτη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης που είναι η συναισθηματική εξάντληση έχει κοινά χαρακτηριστικά με την κατάθλιψη που την αποτελούν η θλίψη και η κόπωση. Επίσης συνεχίζουν, πως η αποπροσωποποίηση που αφορά την απομάκρυνση του ατόμου από την κοινωνική ζωή, είναι επίσης ένα στοιχείο της κατάθλιψης. Και τέλος η μείωση της ικανότητας του ατόμου να δημιουργεί έχει να κάνει με τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα, που είναι η τρίτη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

## **2.5. Συνέπειες επαγγελματικής εξουθένωσης**

### **2.5.1. Σωματικές Συνέπειες**



Οι Salvagioni, Melanda, Mesas et al (2017) αναφέρουν ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις και πιο συγκεκριμένα η στεφανιαία καρδιακή νόσος αλλά και όταν επιβάλλεται νοσηλεία στο νοσοκομείο απ' αυτές αποτελούν συχνές συνέπειες του «burnout». Οι Kitaoka, Morikowa, Miura et al (2009) συνεχίζουν πως το «burnout» αποτελεί έναν προγνωστικό δείκτη προκειμένου να έχουμε αυξημένα επίπεδα υπερχοληστεροναιμίας, χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης HDL και οι Melamed, Shirom, Toker, et al, (2006) συμπληρώνουν διαβήτη τύπου 2. Σε μια μελέτη κοόρτης που έγινε και αφορούσε εργαζομένους σε μια βιομηχανία, και η οποία διήρκεσε 10 χρόνια επιβεβαίωσε την συσχέτιση μεταξύ καρδιαγγειακών νοσημάτων και «burnout» (Appels & Shouten, 1991; Toker, Melamed, Berlineretal, 2012).

Οι μυοσκελετικές διαταραχές αποτελούν μια άλλη συνέπεια της επαγγελματικής εξουθένωσης (Armon, Melamed, Shirometal, 2010). Ειδικά όταν πρόκειται για επίπεδα εξουθένωσης υψηλά και για πάνω από 18 μήνες ο κίνδυνος εμφάνισης είναι ο διπλάσιος (Melamed, 2009).

Συνέπεια της εξουθένωσης αποτελούσε και η κεφαλαλγία (Kim, Ji & Kao, 2011), τουλάχιστον αυτό επιβεβαιώθηκε με έρευνες, ενώ ενδιαφέρον αποτελεί το αποτέλεσμα της έρευνας των Grossi, Thomten, Fandino- Losada et al (2009) πως το «burnout» μπορεί να αλλάξει την αίσθηση του πόνου ως προς την συχνότητα και την ένταση και πιο συγκεκριμένα σε πόνους στον αυχένα και στην πλάτη, αν και περισσότερες συσχετίσεις με τις δύο αυτές παραμέτρους δεν έχουν επιβεβαιωθεί. Κάποιες άλλες μελέτες καταλήγουν στην εξουθένωση ως σημαντικό παράγοντα για συνεχόμενη κόπωση (Leone, Huibers, Knottnerus & Kant, 2009) γαστρεντερικά προβλήματα, και αναπνευστικά προβλήματα (Kadzieisky, Bot & Ring, 2012).

### **2.5.2. Ψυχολογικές Συνέπειες**

Δυο πολύ σημαντικές συνέπειες της εξουθένωσης αποτελεί η αϋπνία και τα συμπτώματα κατάθλιψης που προαναφέρθηκαν ως και συμπτώματα εκτός από

συνέπειες. Τουλάχιστον αυτό έδειξαν οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε υγιείς εργαζόμενους, και ακόμα ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί μόνο προγνωστικό δείκτη για να έχουμε απλά αύξηση της αϋπνίας αλλά και εμφάνιση ακόμα πιο υψηλών επιπέδων της ήδη υπάρχουσας αϋπνίας ( Armon, Shirom, Sparira & Melamed, 2008; Armon, 2009).

Οι Ahola & Hakanen (2007) κατέληξαν πως το «burnout» αποτελεί προγνωστικό δείκτη συμπτωμάτων κατάθλιψης, μέσω μιας έρευνας που διεξήγαγαν σε 2555 οδοντιάτρους. Η μελέτη αφορούσε χρονικό διάστημα τριών χρόνων. Επιπλέον η Madsen, Lange, Borritz & Rugulies (2015) στη μελέτη τους που ήταν πάνω σε αρχεία συνταγών στην Δανία κατέληξε πως ο κίνδυνος να χρησιμοποιήσουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αυξημένος, σε άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, και με πιο υψηλά επίπεδα εξουθένωσης σε σχέση με εκείνους που βρισκόταν σε πιο μεσαία επίπεδα.

Τέλος το «burnout» αποτελούσε έναν σημαντικό παράγοντα για εισαγωγές στα νοσοκομεία εξαιτίας ψυχικών διαταραχών. Αυτό έδειξε μια έρευνα 10 ετών σε άτομα που εργαζόταν σε μια δασική βιομηχανία στην Φιλανδία (Ahola, Torppinen-Tanner, Huuhtanen et al, 2009).

Ο Denollet (2005) τονίζει πως ο ρόλος της προσωπικότητας είναι σημαντικός, και διαδραματίζει έναν καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία στρες στον εργασιακό χώρο. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν κάποιοι συνδυασμοί χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που οδηγούν σε πιο υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και προδιάθεσης ψυχικών διαταραχών σε σύγκριση με κάποιους άλλους. Αυτά τα χαρακτηριστικά φαίνεται πως ανήκουν στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τύπου Δ.

Όμως, δεν έχουν σχέση μόνο με την δημιουργία προδιάθεσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ψυχικών διαταραχών, αλλά και με τον τρόπο που αυτά τα άτομα χρησιμοποιούν την κοινωνική υποστήριξη σαν έναν αποτελεσματικό τρόπο πρόληψης απέναντι στο στρες (Mommersteeg, Denollet & Martens, 2012).

### **2.5.3. Επαγγελματικές Συνέπειες**

Υπάρχει μεγάλη σύνδεση του «burnout» και της απουσίας των εργαζομένων από τη δουλειά τους λόγω ασθένειας. Αυτό συμβαίνει περισσότερο σε εκείνους τους εργαζόμενους που βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα ενώ συμβαίνει λιγότερο σε

εργαζόμενους με χαμηλότερα επίπεδα «burnout»( Borritz, Rugulies, Christensenetal, 2006). Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι που ανήκουν στα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης απουσιάζουν κατά μέσο όρο 13,6 ημέρες τον χρόνο σε σχέση με εκείνους που βρίσκονται σε χαμηλότερα, που λείπουν από την εργασία τους 5,6 ημέρες ετησίως (Borritz, Rugulies, Christensen et al, 2006).

Σύμφωνα με τους Torppinen-Tanner, Ojajarri, Vaananen et al (2005) μεγάλα διαστήματα απουσίας από την εργασία, εξαιτίας της εξουθένωσης, παρατηρούνταν σε εργαζόμενους που παρουσίαζαν προβλήματα ψυχικών διαταραχών αλλά και προβλήματα συμπεριφοράς.

Όμως και οι μυοσκελετικές παθήσεις ήταν ένας σημαντικός λόγος απουσιών των εργαζομένων από την εργασία τους, αλλά βέβαια δεν αποδείχτηκε συσχέτιση με τις μακροχρόνιες απουσίες (Roelen, van Hoffen, Groothoff et al, 2015). Τέλος το ίδιο ίσχυε και για ασθένειες του αναπνευστικού και του κυκλοφορικού συστήματος ως αποτέλεσμα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Torppinen-Tanner, Ojajarri, Vaananen et al, 2005).

Σε μία μελέτη που έγινε, διάρκεια τεσσάρων ετών, και αφορούσε 3.125 υπαλλήλους μιας φιλανδικής εταιρίας, διαπιστώθηκε πως η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οδηγήσει σε συντάξεις αναπηρίας (Ahola, Torppiner-Tanner, Huuhtanen et al, 2009). Η ίδια μελέτη συνεχίστηκε αλλά αυτή την φορά για διάστημα οκτώ χρόνων, και σε 7.810 υπαλλήλων της ίδιας εταιρίας. Το αποτέλεσμα της μελέτης ήταν πως οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα εξουθένωσης ήταν πιθανόν να λάβουν σύνταξη αναπηρίας σε ποσοστό 15%, ενώ σε εκείνους που τα ποσοστά τους ήταν χαμηλά σε ποσοστό 5%. Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι όταν στην συγκεκριμένη έρευνα έγινε προσπάθεια να προσδιοριστούν οι αιτίες που οδηγούν σε συντάξεις αναπηρίας, ο αριθμός συντάξεων για ψυχικές παθήσεις ήταν σημαντικός (Ahola, Gould, Virtanen et al, 2009).

Τέλος, ο Burke (2000) μας εξηγεί πως οι νοσηλευτές οι οποίοι βρίσκονται σε επαγγελματική εξουθένωση έχει διαπιστωθεί πως δεν διατρέφονται σωστά, καπνίζουν πολύ και πολλές φορές οδηγούνται σε εξαρτήσεις όπως είναι το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Καταλαβαίνουμε βέβαια πως όλα αυτά καταλήγουν σε μια κακή σωματική υγεία και σε μειωμένα επίπεδα προσωπικής ευεξίας, με αποτέλεσμα να απουσιάζουν από την εργασία τους.

#### **2.4. Επαγγελματική Εξουθένωση σε Ογκολογικό Νοσοκομείο**

#### **2.4.1. Επαγγελματική Εξουθένωση στους Νοσηλευτές**

Η επαγγελματική εξουθένωση, όπως προαναφέραμε, συμβαίνει περισσότερο σε επαγγέλματα που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και ο ρόλος τους απαιτεί στενή επαφή με ανθρώπους. Σ' αυτή την κατηγορία υπάγονται γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι κ. α. (Anczewska, Switaj, & Roszczyńska, 2005).

Ιδιαίτερα οι νοσηλευτές που εργάζονται στα ογκολογικά νοσοκομεία είναι πιο πιθανό να οδηγηθούν σε «burnout» λόγω της συνεργασίας τους με ασθενείς με πολύ σοβαρές ασθένειες όπως οι ογκολογικοί ασθενείς και να καταλήξουν να είναι αρκετά απογοητευμένοι από το επάγγελμά τους (Uchmanowich, Jankowska-Polanska & Bronowicka et al, 2013).

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά νοσοκομεία και περιθάλπουν ασθενείς με σοβαρά νοσήματα, όπως τα νοσήματα τα οποία έχουν σχέση με καρκίνο, χαρακτηρίζονται από κάποια ιδιαίτερα στοιχεία συγκριτικά με άλλες ειδικότητες στα υπόλοιπα νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα οι ογκολογικοί ασθενείς, λόγω της κατάστασής τους, βιώνουν έντονα ψυχολογικά προβλήματα, έχουν υψηλό βαθμό ευαισθησίας, φόβο και ανησυχία για την ασθένειά τους, με αποτέλεσμα όλα αυτά να μεταδίδονται στους ίδιους τους νοσηλευτές (Kubota, Okuyama, Uchida et al, 2016).

Όμως εκτός όλων αυτών των πολύ σοβαρών ζητημάτων θα πρέπει οι τελευταίοι να κάνουν σωστή διαχείριση σε θέματα ηθικής δεοντολογίας, να πάρουν κάποιες αποφάσεις που έχουν σχέση με την νοσηλεία των ασθενών (Pavlish, Brown-Saltzman, Fine et al, 2015), προφανώς η εκπαίδευση τους μπορεί να παρουσιάζει ελλείψεις στο κομμάτι της φροντίδας ασθενών στο τελικό στάδιο της ζωής τους, και τέλος θα πρέπει να διαχειριστούν τη μεγάλη θλίψη που βιώνουν ερχόμενοι αντιμέτωποι με ασθενείς που καταλήγουν στο θάνατο (Ko & Kiser- Larson, 2016; Romeo- Ratliff, 2014).

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν πως όλες αυτές τις καταστάσεις που καλούνται να διαχειριστούν οι νοσηλευτές ογκολογίας ίσως να μην τις αντιμετωπίζουν άλλοι επαγγελματίες σε άλλους χώρους όπως για παράδειγμα στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Gomez-Urquiza, Monsalve-Reyes, SanLuis-Costas et al, 2017), ή σε χώρους με επείγοντα περιστατικά όπου η επαφή του εργαζόμενου με τον ασθενή δεν διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα (Albendin, Gomez, Canadas- De la Fuente et al, 2016). Ακόμα και στο χώρο του χειρουργείου ο ασθενής βρίσκεται αρκετό χρόνο υπό την

επιρροή των φαρμάκων με αποτέλεσμα να μην απαιτείται στενή επαφή με τον επαγγελματία υγείας (Arnal Velasco, Romero Garcia, Martinez Palli et al, 2016).

Υπάρχουν όμως και άλλοι λόγοι που οδηγούν τους νοσηλευτές ογκολογίας πιο γρήγορα στον δρόμο της εξουθένωσης, όπως για παράδειγμα, οι πολύ υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, οι συνθήκες οι οποίες μπορεί να μην είναι οι κατάλληλες για περίθαλψη ασθενών με καρκίνο, οι μισθοί που είναι πολύ χαμηλοί, οι κακές συνεργασίες μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, το μειωμένο επαγγελματικό status, η επαφή με συνοδούς ασθενών (Sek, 2005),

Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί σε μείωση της ποιότητας της νοσηλευτικής περίθαλψης (Arrigoni, Caruso, Campanella et al, 2015 ; Caruso, Vigna, Bigazzietal, 2012) σε κακή συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς, αισθήματα ηττοπάθειας, καταθλιπτικές τάσεις, κακή διάθεση με αποτέλεσμα όλων αυτών ο εργαζόμενος να απουσιάζει από την εργασία του (Fahrenkopf, Sectish, Bargeretal, 2008; Eelen, Bauwens, Baillonetal, 2014). Είναι λοιπόν απαραίτητη η έγκυρη διάγνωση και η πρόληψη του συνδρόμου στους νοσηλευτές που εργάζονται με ογκολογικούς ασθενείς (Caruso, Vigna, Bigazzietal, 2012; Trufelli, Bensi Garcia et al, 2008).

#### **2.4.2. Επαγγελματική Εξουθένωση στους Ιατρούς**

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και αυτό συμβαίνει για αρκετές δεκαετίες (Whippen & Canellos, 1991; Golin, 1981) και αναφέρεται σε αρκετές ειδικότητες (Shafelt, Boone ,Tan et al, 2012; Medscape, 2015). Όπως προαναφέραμε οι νοσηλευτές ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία. Φαίνεται όμως ότι τα πράγματα δεν είναι και πολύ διαφορετικά για τον ιατρικό κλάδο. Η ειδικότητα του ογκολόγου βρίσκεται σε μεγάλο κίνδυνο για ανάπτυξη «burnout» (Whippen & Canellos, 1991).

Υπάρχουν πολλές αιτίες που οδηγούν τους γιατρούς ογκολογίας στην επαγγελματική εξουθένωση. Κάποιες βασικές είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η απώλεια του νοήματος για την εργασία, η απώλεια της αυτονομίας τους (Shanafelt, Sloan & Habermann, 2003). Παλιότερα οι ογκολόγοι είχαν μεγαλύτερη αυτονομία ως προς τον έλεγχο των ωρών εργασίας τους, το πόσους ασθενείς θα εξετάσουν καθημερινά και γενικά τον ρυθμό της εργασίας τους.

Όμως τα τελευταία χρόνια, οι περισσότεροι αποτελούν το προσωπικό ενός δημόσιου νοσοκομείου, ενός μεγάλου κέντρου κατά του καρκίνου, γενικά μέλη ενός μεγάλου οργανισμού, με αποτέλεσμα να έχουν μικρότερο έλεγχο της εργασίας τους. Οι στόχοι σε αυτούς τους χώρους καθορίζονται και μετρούνται από την αύξηση της παραγωγικότητας και η αξιολόγηση τους κρίνεται από οικονομικές παραμέτρους. Τόσο οι αποφάσεις όσο και η έγκριση τους σχετικά με το ποια σύγχρονα χημειοθεραπευτικά φάρμακα θα χρησιμοποιηθούν φαίνεται ότι λαμβάνονται από τρίτους, όπως για παράδειγμα τους ασφαλιστικούς φορείς.

Όλα αυτά οδηγούν σε μείωση της αυτονομίας τους, συχνά μείωση της αλληλεπίδρασης των γιατρών με τους ασθενείς τους, η οποία αποτελεί σοβαρή παράμετρο προκειμένου να δώσει νόημα στην εργασία για πολλούς επαγγελματίες (McMurray, Williams, Schwartz et al, 1997).

Αυτή η συνεχής ανάγκη αύξησης της παραγωγικότητας σε συνδυασμό με τις αυξημένες διοικητικές απαιτήσεις δημιουργούν συγκρούσεις μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής. Αρκετές μελέτες στο σύνολο τους έδειξαν πως ενώ ο μέσος Αμερικανός γιατρός εργάζεται γύρω στις 50 ώρες την εβδομάδα (Staiger, Auerbach & Buerhaus, 2010), ο ογκολόγος εργάζεται 63 ώρες περίπου εβδομαδιαία (Wetterneck, Linzer, McMurray et al, 2002). Μια μελέτη που διεξήχθη το 2008 σε 8000 χειρουργούς ογκολόγους στις ΗΠΑ, κατέληξε ότι σε ποσοστό 50% αυτών αντιμετώπισε σοβαρά προβλήματα στην σχέση μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής, λόγω έλλειψης χρόνου για ενασχόληση με την οικογένεια και μόνο ένα ποσοστό 36% θεώρησε ότι ο χρόνος επαρκεί και για τα δύο (Shanafelt, Balch & Bechamps, 2009).

Είναι αξιοσημείωτο να αναφέρουμε πως ένας παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει τους ογκολόγους στην ανάπτυξη εξουθένωσης αποτελεί ο κίνδυνος να δεχτούν μηνύσεις για αντιεπαγγελματική συμπεριφορά στη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας. Τουλάχιστον αυτό έδειξε μια πρόσφατη έρευνα στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε ένα δείγμα 4000 ογκολόγων, όπου ένα ποσοστό 7,4% ήρθαν αντιμέτωποι με αγωγές από συγγενείς ασθενών (Gena, Seabury, Lakdawalla, et al, 2011).

Επίσης υπάρχουν μελέτες που δείχνουν πως κάποια απαιτητικά καθήκοντα των ογκολόγων, όπως είναι η μεταφορά δυσάρεστων νέων σε ασθενείς και συνοδούς, μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση της εξουθένωσης. Ο Ramirez, Graham, Richards et al (1995) υποστηρίζει πως η ανεπαρκής εκπαίδευση και η έλλειψη επικοινωνιακών δεξιοτήτων για την καλύτερη διαχείριση θεμάτων καρκίνου, μπορούν επίσης να

οδηγήσουν σε αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό επιβεβαίωσε μια έρευνα στις αρχές του 1990, σε Βρετανούς ογκολόγους, όπου μόνο ένα ποσοστό 56% αισθάνθηκαν σιγουριά για την εκπαίδευση που έλαβαν σχετικά με την καλύτερη διαχείριση των κακών νέων σε ασθενείς και συγγενείς, ενώ στην ίδια έρευνα εντύπωση προκαλεί το ποσοστό 20% των ογκολόγων που αισθάνονται πως η εκπαίδευση τους επαρκεί προκειμένου να ανταπεξέλθουν σε καθήκοντα διοικητικού περιεχομένου.

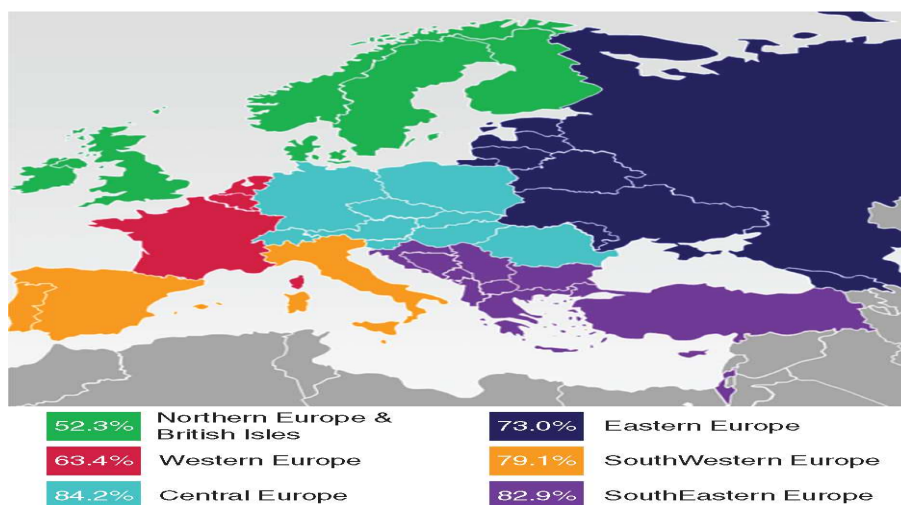
Υπάρχει μια προσπάθεια για κάποιες αλλαγές στην εκπαίδευση των ογκολόγων σχετικά με το να διαχειρίζονται καλύτερα το δύσκολο αυτό κομμάτι της μεταφοράς κακών ειδήσεων για ασθενείς και συνοδούς, παρόλα αυτά θεωρείται ακόμα πως υστερεί (Back, Tulsy, et al ,2003; Baile & Aaron, 2005).

Η ηλικία των ογκολόγων φαίνεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη εξουθένωσης. Ένα σημαντικό ποσοστό των ογκολόγων βρίσκεται κάτω από την ηλικία των 40 ετών. Το 40% των μελών της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Ιατρικής Ογκολογίας (ESMO), της μεγαλύτερης ευρωπαϊκής οργάνωσης ιατρικών ογκολόγων, το 2016, ανήκε σε νέους ογκολόγους. Όμως φαίνεται πως η νεαρή ηλικία αποτελεί κρίσιμο παράγοντα που οδηγεί πιο εύκολα στην επαγγελματική εξουθένωση (Amoafo, Hanbali, Patel & Singh, 2015).

Αυτή η ομάδα ογκολόγων θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο μελλοντικά, μιας και θα είναι η βασική ομάδα ογκολόγων που θα παρέχει φροντίδα στους ασθενείς αυτής της ειδικότητας, επίσης θα είναι πρωτοπόροι στην έρευνα και εκπαίδευση στους νεοεισερχόμενους ογκολόγους. Είναι λοιπόν σημαντικό να καθοριστούν τα ποσοστά της εξουθένωσης σε αυτήν την ομάδα, εάν είναι εφικτό για τις περισσότερες χώρες, και να καθοριστούν εκείνοι οι παράγοντες που αν προληφθούν ή αντιμετωπιστούν θα μειωθεί η επαγγελματική εξουθένωση.

Το άρθρο των Banerjee, Califano, Corral, et al (2017) μας δίνει την δυνατότητα να δούμε που κυμαίνονται τα ποσοστά των νεαρών ογκολόγων στην Ευρώπη. Πρόκειται για 737 έρευνες και αφορούσαν 41 ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίες χωρίστηκαν σε έξι περιφέρειες. Στις 595 από αυτές τις έρευνες και σε ποσοστό 81% των νεαρών ογκολόγων, παρουσίασαν στοιχεία εξουθένωσης 71%. Συγκεκριμένα στην αποπροσωποποίηση 50%, στην συναισθηματική εξάντληση 45%, και στα προσωπικά επιτεύγματα 35%. Εντύπωση προκαλεί η διαφορά των ποσοστών εξουθένωσης στις διάφορες χώρες της Ευρώπης. Πιο συγκεκριμένα η Κεντρική Ευρώπη είχε τα

μεγαλύτερα ποσοστά της τάξεως του 84%, αλλά και στην Νοτιοανατολική 83%, ενώ η Βόρεια Ευρώπη ήταν αυτή με τα χαμηλότερα ποσοστά και συγκεκριμένα 52%.



## Εικόνα 2 Επαγγελματική Εξουθένωση στην Ευρώπη

Πηγή: Banerjee, Califano, Corral et al (2017) *Annals of Oncology*, 28, Issue 7, July 2017, Pages 1590–1596

Συνέπεια όλων των παραπάνω οι ογκολόγοι να οδηγούνται σε κατάχρηση ουσιών (Shanafelt, Raymond, Hornetal, 2014) σε κατάθλιψη και σε πιο ακραία μορφή σε αυτοκτονία (Dyrbye, Thomas, Massieetal, 2008) τα οποία έχουν άμεση σχέση με την δημιουργία εξουθένωσης (Shanafelt & Dyrbye, 2012). Επίσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για την δημιουργία ιατρικών σφαλμάτων (Shanafelt, Balch, Bechamps et al, 2010), κακή επαγγελματική συμπεριφορά προς ασθενείς και συναδέλφους, και επιλογή πρόωρης έξοδος από το επάγγελμα του ογκολόγου με σκοπό την συνταξιοδότηση (Shanafelt & Dyrbye, 2012; Shanafelt, Raymond, Kosty et al, 2014).

### 2.5. Πρόληψη Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η βιβλιογραφία που είναι υπαρκτή μέχρι σήμερα, σχετικά με την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι συστάσεις πρόληψης πρέπει να επικεντρωθούν στην κατηγορία της αλλαγής του ατόμου. Βέβαια μπορούμε



να αναγνωρίσουμε την σημασία των αγχογόνων παραγόντων στο χώρο εργασίας, όμως παρόλα αυτά, το άτομο είναι εκείνο που θα διαδραματίσει πρωταγωνιστικό ρόλο στην πρόληψη της εξουθένωσης. Υπάρχουν κάποιες υποθέσεις που μας οδηγούν σ' αυτόν τον τρόπο σκέψης που επικεντρώνεται στο άτομο (Maslach & Goldberg, 1998).

Πρώτον πολλές φορές υποθέτουμε ότι ο εργαζόμενος είναι εκείνος που βρίσκεται η πηγή της εξουθένωσης κι όχι ο χώρος εργασίας. «Το «burnout» δεν προκαλείται μόνο από ένα αγχωτικό εργασιακό περιβάλλον αλλά το πιο σημαντικό είναι η απάντηση του ατόμου στο περιβάλλον» (Homer, 1985 p.59).

Δεύτερον, όπου και αν βρίσκεται η πηγή της εξουθένωσης εκείνος που επωμίζεται την ευθύνη για να επιλύσει το πρόβλημα είναι ο εργαζόμενος, δηλαδή το ίδιο το άτομο. «Ενώ οι οργανισμοί μπορούν και πρέπει να αναλάβουν κάποια ευθύνη για την διαχείριση του στρες στο χώρο εργασίας, είναι ακατάλληλο και μη ρεαλιστικό για τον κάθε εργαζόμενο ξεχωριστά να αποποιείται την ευθύνη για την καταπολέμηση της εξουθένωσης. Οι εργαζόμενοι πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη, πρώτα από όλα, για να αναγνωρίσουν το στρες στον εαυτό τους, και δεύτερον, να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για να το μειώσουν ή να το διαχειριστούν» (MacBride, 1983, p.3).

Υπάρχει και μια τελευταία τρίτη υπόθεση που ενισχύει την άποψη της κοινωνίας ότι ο άνθρωπος όχι μόνο είναι υπεύθυνος για τις δικές του πράξεις αλλά είναι και σε θέση να ξεπεράσει με επιτυχία τα όποια εμπόδια βρεθούν μπροστά του. Άρα θα πρέπει να είναι σε θέση να εξαλείψει τους παράγοντες εκείνους που προκαλούν το στρες στον εργασιακό χώρο (Heaney & Van Ryn, 1990).

Μπορούμε να διακρίνουμε κάποιες κατηγορίες που αφορούν ατομικές στρατηγικές πρόληψης. Ορισμένες αφορούν την ανάπτυξη εκείνων των δεξιοτήτων που θα επιτρέψουν το άτομο να προλάβει την εξουθένωση, άλλες αφορούν την αλλαγή προτύπων εργασίας, ενώ άλλες αξιοποιούν τους κοινωνικούς πόρους. Υπάρχουν και άλλες στρατηγικές που βοηθούν το άτομο να ενισχύσει τους εσωτερικούς του πόρους με σκοπό την ενδυνάμωση και την μεγαλύτερη ανθεκτικότητα αναπτύσσοντας έναν υγιεινό και βελτιωμένο τρόπο ζωής και τέλος η μέθοδος της αυτό-ανάλυσης.

## **2.6. Στρατηγικές Πρόληψης με έμφαση στον άνθρωπο**

### **2.6.1. Αλλαγή των μορφών εργασίας**

Ίσως το πιο βασικό μέτρο πρόληψης για την επαγγελματική εξουθένωση είναι να εργάζεται κανείς λιγότερο. Αυτό μεταφράζεται με μείωση στις ώρες εργασίας (Homer, 1985). Όμως σε περίπτωση εμφάνισης κάποιων στοιχείων έναρξης της εξουθένωσης θα πρέπει επίσης να έχουμε επιβράδυνση του ρυθμού εργασίας, και όχι μεγαλύτερη ταχύτητα και ένταση στην δουλειά (Lyll, 1989).

Ακόμα ο εργαζόμενος θα πρέπει να λαμβάνει σε τακτά χρονικά διαστήματα διακοπές από την εργασία του και να αποφεύγει τις υπερωρίες. Εκτός από το καθαρά κομμάτι της εργασίας, είναι σημαντικό να υπάρχει και μια ισορροπία μεταξύ αυτής και της υπόλοιπης ζωής (Grosch & Olsen, 1995; MacBride, 1983; Maslach 1982b; Riordan & Seltzer, 1992).

### **2.6.2. Ανάπτυξη προληπτικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης**

Οι στρατηγικές αυτές στοχεύουν όχι να αλλάξουν τους στρεσογόνους παράγοντες στη δουλειά αλλά να αλλάξει το πως το άτομο ανταποκρίνεται σ' αυτούς τους παράγοντες. Σ' αυτήν την περίπτωση μιλάμε για γνωστική αναδιάρθρωση, δηλαδή πιθανή αλλαγή στις προσδοκίες του ατόμου, επαναπροσδιορισμός στις αξίες του εργαζόμενου, και την δημιουργία καινούριων στόχων για το μέλλον (Hamberger & Stone 1983; Lowenstein, 1991; Maslach 1982b; Ross 1993).

Σ' αυτές τις στρατηγικές μπορούμε να εντάξουμε στρατηγικές με σκοπό την ανταλλαγή συναισθημάτων για διαλεύκανση των αιτιών του στρες (Friedman, 1985; Ross, 1993) όπως και στρατηγικές διαχείρισης χρόνου ή επίλυση συγκρούσεων (Hamberger & Stone, 1983).

### **2.6.3. Αξιοποίηση των κοινωνικών πόρων**

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την πρόληψη της εξουθένωσης αποτελεί η κοινωνική υποστήριξη. Εδώ αναφερόμαστε στην υποστήριξη από την πλευρά των συναδέλφων, των υπευθύνων στο χώρο εργασίας, αλλά και τον κύκλο των φίλων και της οικογένειας. Οι κοινωνικοί πόροι οδηγούν στην συναισθηματική στήριξη, στην μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, και προσφέρουν νότες αισιοδοξίας και χιούμορ

στην ζωή των εργαζομένων. (Grosh & Olsen, 1995; Lowenstein 1991, MacBride, 1983; Maslach 1982a; Ross, 1993).

#### **2.6.4. Ανάπτυξη ενός χαλαρωτικού τρόπου ζωής**

Υπάρχει μια ευρεία γκάμα τεχνικών χαλάρωσης που κυμαίνεται από την πραγματοποίηση καταστάσεων ηρεμίας, έως και διαλογισμό, μασάζ και ζεστά λουτρά. Όλα αυτά στοχεύουν στην δημιουργία καταστάσεων ικανών να βοηθήσουν τον εργαζόμενο να ανταπεξέλθει στις πιεστικές συνθήκες στρες στον χώρο εργασίας (Hamberger & Stone, 1983).

#### **2.6.5. Βελτίωση της υγείας**

Εδώ έχουμε προτάσεις για σωστή διατροφή και άσκηση, μιας και όλοι γνωρίζουμε πως όταν κάποιος εργαζόμενος είναι σε καλή φυσική κατάσταση, και έχει υγεία αυτό μπορεί να τον προστατεύσει από την δημιουργία επαγγελματικής εξουθένωσης. Μπορεί να αναφερόμαστε σε γενικές συστάσεις υγείας και όταν χρειάζεται πιο ειδικές, προκειμένου να επιτύχουμε πιο καλά αποτελέσματα για το άτομο (Hamberger & Stone, 1983; Leighton & Roye, 1984; Lowenstein, 1991; MacBride, 1983; Patrick, 1984b; Ross, 1993).

Έγιναν αρκετές προσπάθειες προκειμένου να καταφέρουμε να εξηγήσουμε την σχέση της σωματικής δραστηριότητας και της εξουθένωσης. Βέβαια οι βασικοί μηχανισμοί δεν έχουν διευκρινιστεί. Όμως, αν και δεν υπάρχει πλήρη τεκμηρίωση, ένα σύνολο ψυχολογικών και φυσιολογικών μηχανισμών φαίνεται να οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, όταν υπάρχει συστηματική φυσική δραστηριότητα, φαίνεται ότι αυτό οδηγεί σε αποστασιοποίηση από ψυχολογικής πλευράς στην εργασία, και κατά συνέπεια μείωση των παρατεταμένων αντιδράσεων στο στρες, και τελικά στην εξουθένωση (Geurts & Sonnentag, 2006; Sonnentag, 2012).

Ένα εξίσου σημαντικό κομμάτι της σωματικής δραστηριότητας είναι ότι αυξάνει την «αυτο-αποτελεσματικότητα» του ατόμου στην εργασία ( Graft, 2003; Goseph, Royse et al, 2014) με αποτέλεσμα, να μπορεί με πιο μεγάλη ευκολία να αντιμετωπίσει τα καθήκοντα στην εργασία, και άρα να είναι λιγότερο απαιτητικά για το ίδιο το άτομο (Hockey, 2013). Όταν μιλάμε για τους φυσιολογικούς μηχανισμούς και την σχέση τους

με την επαγγελματική εξουθένωση, εννοούμε πως κάποιος που ασκείται συστηματικά, μπορεί να καταφέρει γρηγορότερη ανάκαμψη στο σώμα του μετά από συστηματική έκθεση στο στρες, και συνεπώς μείωση του κινδύνου να οδηγηθεί σε «burnout» (Jackson & Dishman, 2006; Klaperski, Von Dawans et al, 2014).

Δυστυχώς όμως τέτοια προγράμματα που αφορούν συστηματική άσκηση και καλή διατροφή, μπορούν να βοηθήσουν προσωρινά, αλλά φαίνεται να μην έχουμε μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στην πρόληψη «burnout» (Donatelle & Hawkins, 1989).

### **2.6.6. Αυτοανάλυση**

Οι συστάσεις σε αυτό το κομμάτι αφορούν την αναγκαιότητα τα άτομα να κατανοήσουν καλύτερα στοιχεία της προσωπικότητάς τους, όπως επίσης τους στόχους και τα κίνητρα τους, έτσι ώστε να μπορούν να είναι σε θέση να αντιληφθούν, όταν και γιατί απειλούνται από την επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό το είδος αυτογνωσίας θα οδηγήσει τα άτομα σε αλλαγές, τόσο σε θέματα εργασίας, όσο και στον ίδιο τον εαυτό τους, και αυτό θα μπορέσει να τους προστατεύσει από τους κινδύνους της εξουθένωσης. Υπάρχουν αρκετές στρατηγικές που βοηθούν τα άτομα να οδηγηθούν σε αυτοανάλυση ή σε κάποιο είδος πιο «ρεαλιστικής αυτο-αξιολόγησης» (Grosch & Olsen, 1995; Lowenstein, 1991; Maslach 1982b).

Αυτό πιο απλά μπορεί να σημαίνει πως διεισδύοντας οι εργαζόμενοι σε πιο προσωπικά τους θέματα μπορούν να κατανοήσουν τους πραγματικούς λόγους που οδηγούνται στην υπερβολική εργασία, π.χ. για να λάβουν την εκτίμηση των συναδέλφων τους, ή μπορεί να υπάρχουν κάποιες προηγούμενες ασυνείδητες εμπειρίες που ανήκουν στο οικογενειακό περιβάλλον. Θα χρειαστεί λοιπόν κάποιες φορές να αναπροσαρμοστούν τα μη ρεαλιστικά σε ρεαλιστικά προσωπικά πρότυπα (MacBride, 1983).

### **2.7. Στρατηγικές Πρόληψης με έμφαση στον χώρο εργασίας**

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, οι στρατηγικές πρόληψης της εξουθένωσης εστιάζονται περισσότερο στα ίδια τα άτομα παρά σε στρατηγικές που αφορούν το χώρο εργασίας. Υπάρχουν προγράμματα συμβουλευτικής και ενίσχυσης των εργαζομένων στους χώρους εργασίας, αλλά και εδώ η εστίαση βρίσκεται στον ίδιο τον εργαζόμενο και στην αλλαγή του προκειμένου να υπάρξει πρόληψη της εξουθένωσης. Παρόλα

αυτά, κάποιες στρατηγικές που θα μπορούσαν να βοηθήσουν σε επίπεδο της κατάστασης στους χώρους εργασίας εστιάζουν περισσότερο στην βελτίωση της εμπειρίας.

Επίσης, η συμμετοχή των εργαζομένων σε αποφάσεις που αφορούν τη δουλειά τους, δίνει μια γενικότερη αίσθηση ελέγχου της κατάστασης, ενώ οι δεξιότητες τους αυξάνονται όταν ενεργοποιούνται συστήματα εναλλαγής θέσεων (Mac-Bride, 1983). Πολύ σημαντική σύσταση είναι η ανάπτυξη των διαπροσωπικών δεξιοτήτων, μιας και μιλούμε για επαγγέλματα που έχουν άμεση σχέση με ανθρώπους (Maslach, 1982b).

Σχετικά με το στρες στο χώρο εργασίας, θα μπορούσε να υποστηρίξει κάποιος, ότι δεν είναι απαραίτητα κακό να υπάρχει μιας και οδηγεί τους εργαζόμενους να εργάζονται περισσότερο και να είναι παραγωγικοί στην εργασία τους, άρα να υπάρχει όφελος στον οργανισμό από την απόδοσή τους. Όμως, στις υπηρεσίες υγείας, η ποιότητα της απόδοσης είναι σοβαρή παράμετρος, και δεν μπορούμε να παραβλέψουμε το γεγονός, ότι υψηλού βαθμού στρες συνεπάγεται με αρνητικές συνέπειες για τους ίδιους τους ασθενείς (Jackson & Schuller, 1985).

## **2.8. Ο ρόλος της προσωπικότητας στην επαγγελματική εξουθένωση**

Ρίχνοντας μια ματιά στην βιβλιογραφία που έχει δημοσιευτεί μέχρι τώρα και αφορά την προσωπικότητα και την σχέση της με τη εξουθένωση, θα διαπιστώσουμε πως υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που έχουν ρόλο προστατευτικό ενάντια στην εξουθένωση. Ένα παράδειγμα που μπορούμε να αναφέρουμε είναι, όταν κάποιος αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο των πραγμάτων τόσο στην ζωή του όσο και στο κομμάτι της εργασίας του, ήδη αυτό μπορεί να αποτελέσει ένα είδος προστασίας του εργαζομένου μιας και φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο εξουθένωσης του από όλα τα είδη της όπως συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, και μείωση προσωπικών επιτευγμάτων (Papadatou, Anagnostopoulos, & Monos, 1994).

Επίσης κάποια άλλα χαρακτηριστικά όπως η ευσυνειδησία του εργαζομένου έχουν άμεση σχέση με την επιμονή και την αυτοπειθαρχία του, που προφανώς να οδηγούν τον εργαζόμενο να δημιουργεί περισσότερα πράγματα, άρα και να απολαμβάνει υψηλότερο βαθμό προσωπικών επιτευγμάτων (Bakker, Van Der Zee, Lewing & Dollard, 2006)

Αντίθετα αν ο εργαζόμενος διακατέχεται από αρνητικά συναισθήματα το πιο πιθανό είναι να οδηγηθεί στην υιοθέτηση κακών στρατηγικών που με την σειρά τους θα τον

οδηγήσουν σε αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Bakker, Van Der Zee, Lewing & Dollard, 2006).

Ο Freudenberg (1974) που ήταν ο πρώτος που έκανε μια εισαγωγή στον όρο της εξουθένωσης, επιβεβαιώνει την ύπαρξης άμεσης σχέσης προσωπικότητας και εξουθένωσης. Τα άτομα που είναι πιο επιρρεπή χαρακτηρίζονται από εσωστρέφεια, ευαισθησία, ενσυναίσθηση απέναντι στους άλλους, και έχουν ανάγκη από αγάπη και αναγνώριση από αυτούς (Cherniss, 1980; Freudenberger & Richelson, 1981; Farber, 1982)

Οι Maslach και Jackson (1981), στο Maslach Burnout Inventory , έδωσαν μεγαλύτερη βάση στην προσωπικότητα, με έμφαση στα εγγενή χαρακτηριστικά, αλλά και στην υποστήριξη του εργαζόμενου από κοινωνικής απόψεως, προωθώντας την άποψη ότι είναι πιο σημαντικά από τους φυσικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν κάποιες λίγες έρευνες που υποστηρίζουν την ύπαρξη του μοντέλου “Big Five”. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο η προσωπικότητα του κάθε ατόμου αποτελείται από πέντε βασικές πτυχές. Αυτές είναι:

Το να είναι κάποιος ανοιχτός στην εμπειρία. Εδώ αναφερόμαστε σε άτομα ευαίσθητα, με φαντασία ,στοχαστικά, με τάσεις καλλιτεχνικές (McAdams, 2009).

Η ύπαρξη συνείδησης στα άτομα. Πρόκειται για άτομα που εργάζονται πολύ και χαρακτηρίζονται από μεγάλο βαθμό πειθαρχίας.

Η ύπαρξη εξωστρέφειας στο άτομο. Η γενναιοδωρία, η ζεστασιά, ο ενθουσιασμός και η διεκδίκηση αποτελούν χαρακτηριστικά αυτής της διάστασης.

Το να είναι κάποιος ευχάριστος. Χαρακτηριστικά αυτής της πτυχής είναι η συνεργασία, η αγάπη, η φιλικότητα.

Τέλος ο νευρωτισμός είναι εκείνη η διάσταση που περιλαμβάνει όλα τα αρνητικά συναισθήματα ενός ατόμου (McAdams, 2009).

Η μελέτη των Shin Yuh Ang, Satvinder, Dhaliwai et al (2016) επιβεβαίωσε την άμεση σχέση χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα διαπιστώθηκε πως η εξωστρέφεια, το να είναι κάποιος ανοιχτός να μαθαίνει πράγματα, το να είναι ευσυνείδητος αλλά και ευχάριστος είναι χαρακτηριστικά προσωπικότητας που δρουν προστατευτικά απέναντι στην

εξουθένωση, ενώ όσο περισσότερα ήταν τα αρνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τόσο μεγαλύτερη ήταν η πιθανότητα να οδηγηθούν οι νοσηλευτές που αφορούσε η έρευνα, σε υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Υπάρχουν λίγες μελέτες που αναφέρονται σε παρεμβάσεις σε επίπεδο προσωπικότητας προκειμένου να μειωθεί η εξουθένωση. Στις μελέτες αυτές με προοπτική αλλαγές στην προσωπικότητα προτάθηκε από το μοντέλο της βιοψυχοκοινωνικής προσωπικότητας του Cloninger (1993), το Temperament and Character Inventory (TCI). Το TCI είναι ένα εργαλείο που βασίζεται σε ένα ψυχοβιολογικό μοντέλο και μετρά επτά διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας με σκοπό να εξηγήσει τις αιτίες των μεμονωμένων διαφορών που αφορούν την προσωπικότητα (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993).

## **2.9. Ο ρόλος της συναισθηματικής νοημοσύνης στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης**

Λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του 21<sup>ου</sup> αιώνα στους διάφορους οργανισμούς, διαπιστώνουμε πως, ένα υψηλό πηλίκο νοημοσύνης, όπως και τεχνικές ικανότητες, δεν αρκούν προκειμένου ένας εργαζόμενος να ανταπεξέλθει στην πολυπλοκότητα των οργανισμών. Η συναισθηματική νοημοσύνη (EQ), πρωτοεμφανίστηκε σαν έννοια το 1920, χρησιμοποιώντας το μοντέλο διαπροσωπικής νοημοσύνης, το οποίο ανήκει στα πολλαπλά μοντέλα του Thorndike (Pal HR, Pal A, & Tourani, 2004).

Οι Mayer & Salovey (1990) έκαναν την εμφάνιση τους, προσπαθώντας να μεταφράσουν κάποιες ικανότητες που ανήκουν στον συναισθηματικό τομέα των ανθρώπων, διαπιστώνοντας πως μερικοί άνθρωποι είναι καλύτεροι στο να μεταφράζουν, να περιγράφουν αλλά και να επιλύουν προβλήματα που διαπραγματεύονται τα συναισθήματα των ανθρώπων .

Κατέληξαν πως εκείνοι που χρησιμοποιούν τα συναισθήματα τους σε όλη τη διαδικασία του συλλογισμού τους, λειτουργούν πιο αποτελεσματικά, μιας και δεν υπάρχει διαχωρισμός λόγου και συναισθήματος, και το αποτέλεσμα ήταν μεγαλύτερη απόδοση στην δουλειά, στην επικοινωνία τους με άλλους ανθρώπους, αλλά και στο κομμάτι της υγείας και της ευεξίας τους (Mayer, Salovey & Caruso, 2004, 2008).

Όμως αυτός που τελικά έβαλε την σφραγίδα του στον όρο της συναισθηματικής νοημοσύνης ήταν ο Daniel Goleman το 1995, με την δημοσίευση του βιβλίου του «Συναισθηματική Νοημοσύνη» (Goleman, 2005). Σύμφωνα με τον ίδιο αυτός ο όρος σημαίνει την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί τόσο τα συναισθήματα του ίδιου όσο

και των άλλων και να μπορεί να τα οργανώσει με τέτοιο τρόπο ώστε να εμπλουτίσει την ζωή του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Ο Goleman (2005) περιγράφει πέντε βασικά σημεία της συναισθηματικής νοημοσύνης ως εξής:

- Την επίγνωση του ατόμου για τον εαυτό του (αυτογνωσία)
- Την ρύθμιση των δικών του συναισθημάτων (αυτορρύθμιση)
- Την ικανότητα του ατόμου να παρακινεί τον εαυτό του (αυτοπαρακίνηση)
- Την ενσυναίσθηση
- Κοινωνικές δεξιότητες

Σκοπός της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι να διακρίνει τον διαφορετικό εκείνο τρόπο που οι άνθρωποι έχουν προκειμένου να χρησιμοποιήσουν στον εντοπισμό, έκφραση, κατανόηση, ρύθμιση και τελικά χρησιμοποίηση των δικών τους αλλά και των συναισθημάτων των άλλων. Εκείνοι οι οποίοι η συναισθηματική τους νοημοσύνη είναι ψηλά μπορούν εύκολα να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα τόσο τα δικά τους όσο και των άλλων, αλλά και τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στις αιτίες και στις συνέπειες της εμφάνισης των συγκεκριμένων συναισθημάτων.

Αποτέλεσμα όλων αυτών των διαρκών αλληλεπιδράσεων, η χρησιμοποίηση των συναισθημάτων με τέτοιο τρόπο, ώστε ανάλογα με το πλαίσιο και τις σχέσεις κάθε φορά να καταφέρνουν να συμπεριφέρονται μ' αυτό τον τρόπο που τους οδηγεί στην υλοποίηση των στόχων τους (Mayer et al, 2016; Petridis et al, 2016).

Ένα μεγάλο κομμάτι της βιβλιογραφίας προσπαθεί να δώσει μια εξήγηση στην σχέση συναισθηματικής νοημοσύνης και σωματικής και ψυχικής υγείας, αλλά και ποια είναι η σχέση της με την ανθεκτικότητα στην πορεία της εκπαίδευσης, και το πόσο οι γιατροί λαμβάνουν ικανοποίηση από την καριέρα τους (Ishak, Lederer, Mandili, et al, 2009; Bellini & Shea, 2005; Neumann, Edelhauser, Tauschel, et al, 2011; Webb, Young & Baumer, 2010).

Ειδικευόμενοι γιατροί, που τα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης τους είναι χαμηλά, δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στο στρες της εκπαίδευσης αλλά και της πρακτικής, και πολλές φορές οδηγούνται να εγκαταλείπουν το επάγγελμα πιο νωρίς (Goleman, 2011; Ishak, Lederer, Mandili et al, 2009; Satterfield, Swenson, & Rabow, 2009; Webb, Young & Baumer, 2010).

Αντίθετα όταν τα επίπεδα της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι υψηλά, η κοινωνική συμπεριφορά τους είναι καλύτερη όπως και η επικοινωνία τους με τους ασθενείς, ενώ



ακαδημαϊκά βρίσκονται υψηλά με μακρά επαγγελματική σταδιοδρομία (Ishak, Lederer, Mandili et al, 2009; Satterfield, Swenson & Rabow, 2009).

Γενικά οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στους διάφορους οργανισμούς υγείας, έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με διαφορετικά στύλ ανθρώπων και με διαφορετικά είδη συναισθηματικής ανάγκης. Η εργασία τους μπορεί να εμπεριέχει από απλές συμβουλές υγείας μέχρι αυξημένες απαιτήσεις συναισθηματικής φροντίδας, όπως για παράδειγμα σε ασθενείς που βρίσκονται κοντά στον θάνατο. Επίσης οι συναισθηματικές απαιτήσεις δεν περιορίζονται μόνο στους ασθενείς, αλλά στους συναδέλφους, στον προϊστάμενο στους στόχους του οργανισμού κ.α. Προκειμένου να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε όλους αυτούς τους δύσκολους ρόλους, θα πρέπει να θωρακίσουν τον οργανισμό τους με ανθεκτικότητα προσπαθώντας να ανεβάσουν την συναισθηματική τους νοημοσύνη (Bernasyl, Vestal, 2015).

## **2.10. Στρατηγικές ενίσχυσης της συναισθηματικής νοημοσύνης**

Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία στρατηγικών που οδηγούν στη βελτίωση της συναισθηματικής νοημοσύνης ενός ατόμου. Αυτές μπορεί να είναι απλές και να επικεντρώνονται στο να αναγνωρίσει το άτομο τα μη λεκτικά σημεία των συναισθημάτων, αλλά και πιο σύνθετες που να αναφέρονται στον αυτό-προβληματισμό και στο να μπορεί το άτομο να κατανοήσει εκείνους τους παράγοντες που προκαλούν στρες (Kahn, 2013; Nelis, Quoidbach & Mikolajczak, 2009; Satterfield & Huges, 2007; Mayer, DiPaolo & Salovey, 1990).

Όμως μπορούν να γίνουν και παρεμβάσεις στον χώρο εργασίας, αυτές μπορεί να αναφέρονται γενικά στην εξουθένωση, αλλά και αλλαγές που μπορούν να γίνουν όταν υπάρχει υπερφόρτωση εργασίας, στα καθήκοντα του εργαζομένου, εκπαίδευση πάνω στη διαχείριση του στρες, καθοδήγηση στους εργαζομένους, την ύπαρξη εργαστηρίων με σκοπό την υγεία και ευεξία του ατόμου, και φυσικά εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες (Vakola, Tsaousis & Nikolaou, 2004; Boyatzis, Stubbs & Taylor, 2002)

Είναι πολύ σημαντικό να βρεθούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις που να βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να αυξήσουν τα επίπεδα της συναισθηματικής τους νοημοσύνης στον εργασιακό τους χώρο, χωρίς να πρέπει να επενδύσουν σε υψηλά επίπεδα πόρων και χρόνου.

Έχουν δοκιμαστεί διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα στα προγράμματα σπουδών των ιατρών, τόσο σε προπτυχιακό όσο και σε μεταπτυχιακό επίπεδο, αποδεικνύοντας την αποτελεσματικότητά τους (Satterfield & Huges, 2007; Krasner, Epstein, Beckman et al, 2009; Cherry & Fletcher, 2012).

Μέσα σε όλη αυτή την πολυπλοκότητα και τις τεράστιες αλλαγές που διαπερνούν την υγειονομική περίθαλψη, η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελεί προτεραιότητα, προκειμένου να αυξηθεί η ανθεκτικότητα, να αποκατασταθεί η εξουθένωση, να αυξηθούν τα επίπεδα επαγγελματικής δέσμευσης και τελικά μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών (Weng, Hung, Liu et al, 2011).

Οι επαγγελματίες υγείας έχοντας υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης, είναι περισσότερο πιθανό να καταφέρνουν να φροντίζουν τόσο τον εαυτό τους, ο ένας τον άλλον, όσο και τους ασθενείς τους. Ενώ πολλές φορές δεν μπορούμε να αποφύγουμε τους εξωτερικούς παράγοντες που μας οδηγούν σε υψηλά επίπεδα στρες, μπορούμε να δημιουργήσουμε τις εσωτερικές εκείνες προϋποθέσεις έτσι ώστε να αντιδράσουμε και να ανταπεξέλθουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

### **3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Η διεξαγωγή της έρευνας στο Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο» πραγματοποιήθηκε κατόπιν έγκρισης και ειδικής άδειας από την 4<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας – Θράκης (Παράρτημα Α). Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε σε 7 ημέρες και σε διαφορετικές βάρδιες εργασίας (πρωινή, μεσημβρινή, βραδινή), ώστε να υπάρχει πληρέστερη

συγκέντρωση δεδομένων και αμεροληψία ως προς το ωράριο εργασίας των ερωτηθέντων.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 181 επαγγελματίες υγείας του ογκολογικού νοσοκομείου. Για τις ανάγκες της έρευνας δημιουργήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώθηκε από 181 εργαζόμενους στο Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο». Δεδομένου ότι στο νοσοκομείο αυτό εργάζονται συνολικά 625 περίπου εργαζόμενοι, το δείγμα κρίνεται ικανοποιητικό και είναι παρόμοιο σε μέγεθος με αντίστοιχες δημοσιευμένες έρευνες. Ενδεικτικά η έρευνα επαγγελματικής εξουθένωσης των Δουβανά και συν (2011) διενεργήθηκε με δείγμα 48 ερωτηθέντων, ενώ εκείνη του Διλιντά (2010) πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 218 εργαζομένων. Για τη διασφάλιση της αντιπροσωπευτικότητας ο διαμοιρασμός των ερωτηματολογίων σε κάθε τμήμα και επομένως η συμμετοχή των ερωτηθέντων από κάθε τμήμα έγινε αναλογικά με τον αριθμό των συνολικών εργαζομένων κάθε τμήματος.

Ως προς το ποσοστό ανταπόκρισης από τους 625 εργαζόμενους, προσεγγίστηκαν 268 εργαζόμενοι από τους οποίους συμμετείχαν στην έρευνα οι 181. Συνεπώς, το ποσοστό ανταπόκρισης διαμορφώθηκε στο 67,5%.

Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Β) αποτελείται από τρεις ενότητες και συγκεκριμένα η πρώτη ενότητα είναι η κλίμακα μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (22 ερωτήσεις) Maslach Burnout Inventory (MBI). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελεί έγκυρο, σταθμισμένο και μεταφρασμένο στα ελληνικά ερωτηματολόγιο που έχει χρησιμοποιηθεί σε έγκυρες επιστημονικές έρευνες. Η αξιολόγηση των κλιμάκων έγινε με βάση την ανάλυση των Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου (1992), ενώ επιπλέον έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τον Kokkinos (2006).

Ειδικότερα, το MBI αποτελείται από 22 ερωτήσεις και μετρά τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μέσω χρήσης της επταβάθμιας κλίμακας Likert από το 0 «ποτέ» έως το 6 «κάθε ημέρα», οι συμμετέχοντες στην έρευνα καλούνται να προσδιορίσουν τη συχνότητα με την οποία αισθάνονται μία συγκεκριμένη κατάσταση. Οι κλίμακες – διαστάσεις του ερωτηματολογίου είναι οι παρακάτω:

Α. Κλίμακα «Προσωπικά Επιτεύγματα»: Η συγκεκριμένη διάσταση αποτελείται από 8 ερωτήσεις και συγκεκριμένα από τις ερωτήσεις 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 και 21. Η συγκεκριμένη διάσταση λαμβάνει τιμές που μπορούν να κυμανθούν από 0-48.

Β. Κλίμακα «Αποπροσωποποίηση»: Η συγκεκριμένη διάσταση αποτελείται από 5 ερωτήσεις και συγκεκριμένα από τις ερωτήσεις 5, 10, 11, 15 και 22. Λαμβάνει τιμές που μπορούν να κυμανθούν από 0-30 μονάδες..

Γ. Κλίμακα «Συναισθηματικής Εξάντλησης». Η διάσταση αυτή αποτελείται από τις υπόλοιπες 9 ερωτήσεις και μπορεί να κυμανθεί από 0-54 μονάδες.

Ο υπολογισμός της τιμής κάθε διάστασης γίνεται με βάση το άθροισμα των απαντήσεων που συγκέντρωσαν οι ερωτήσεις που εμπεριέχονται στη συγκεκριμένη διάσταση. Ως εκ τούτου η μέγιστη δυνατή τιμή κάθε διάστασης προκύπτει πολλαπλασιάζοντας τον αριθμό των ερωτήσεων κάθε διάστασης με την τιμή 6 (δηλαδή με την ανώτατη τιμή της επταβάθμιας κλίμακας Likert που χρησιμοποιήθηκε).

Κατόπιν υπολογισμού των τριών υπο-κλιμάκων γίνεται διάκριση σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα εξουθένωσης με βάση τα όρια τιμών όπως περιγράφονται από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1992). Στις κλίμακες «συναισθηματική εξάντληση» και «αποπροσωποποίηση» όσο μεγαλύτερες είναι οι τιμές της κλίμακας, τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από τις συγκεκριμένες διαστάσεις, ενώ στην κλίμακα «προσωπικά επιτεύγματα» όσο υψηλότερες είναι οι τιμές τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από τη συγκεκριμένη διάσταση. Ειδικότερα, η εξουθένωση από τη συναισθηματική εξάντληση είναι υψηλή εάν η τιμή είναι  $\geq 31$ , η εξουθένωση από τα προσωπικά επιτεύγματα είναι υψηλή εάν οι τιμές της κλίμακας είναι  $\leq 35$  και η εξουθένωση από την αποπροσωποποίηση είναι υψηλή εάν οι τιμές της κλίμακας είναι  $\geq 11$ .

**Εικόνα 3 Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης**

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική εξάντληση	$\leq 20$	21-30	$\geq 31$
Προσωπικά επιτεύγματα	$\geq 42$	41-36	$\leq 35$
Αποπροσωποποίηση	$\leq 5$	6-10	$\geq 11$

Πηγή: Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου (1992)

Στη δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου συμπεριλαμβάνονται ορισμένες ερωτήσεις που αξιολογούν τα χαρακτηριστικά εργασίας επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ογκολογικές μονάδες. Τέλος, στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αξιολογούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων όπως το φύλο, η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας κ.α..

Για την ανάλυση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Ειδικότερα, η ανάλυση περιλαμβάνει περιγραφική στατιστική (συχνότητες, ποσοστά, μέσες τιμές, τυπική απόκλιση κ.α.) καθώς και επαγωγική στατιστική (στατιστικοί έλεγχοι).

Ειδικότερα, ως προς την επαγωγική στατιστική χρησιμοποιήθηκαν δύο κατηγορίες ανάλυσης και συγκεκριμένα η μονομεταβλητή ανάλυση και η πολυμεταβλητή. Η μονομεταβλητή ανάλυση t-test μπορεί να εφαρμοστεί μόνον στην περίπτωση ύπαρξης δύο ανεξάρτητων δειγμάτων. Επομένως, η ανάλυση t-test μπορεί να εφαρμοστεί μόνο στην μελέτη της επίδρασης που έχει το φύλο των ερωτηθέντων, διότι το συγκεκριμένο δημογραφικό χαρακτηριστικό αποτελείται από δύο ανεξάρτητα δείγματα και συγκεκριμένα (α) άντρες και (β) γυναίκες. Ο συγκεκριμένος έλεγχος αξιολογεί την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών στους μέσους όρους δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (αντρών και γυναικών).

Για την ανάλυση των υπόλοιπων δημογραφικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκαν υποδείγματα παλινδρόμησης. Ειδικότερα, αναπτύχθηκαν απλά υποδείγματα παλινδρόμησης (simple regression model) και ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκαν οι τιμές κάθε διάστασης εξουθένωσης και ως ανεξάρτητη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας. Με αυτόν τον τρόπο ολοκληρώθηκε η ξεχωριστή ανάλυση της επίδρασης που έχει κάθε επιμέρους δημογραφικό χαρακτηριστικό στα επίπεδα εξουθένωσης.

Για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν (robustness) αναπτύχθηκε ένα υπόδειγμα πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regression model) το οποίο ως εξαρτημένες μεταβλητές έχει τις διαστάσεις εξουθένωσης, ενώ ως ανεξάρτητες μεταβλητές λαμβάνει ταυτόχρονα το σύνολο των εξεταζομένων δημογραφικών χαρακτηριστικών, δηλαδή το φύλο, την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας.

## **4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **4.1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά**

Για την ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών πραγματοποιείται περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων με χρήση συχνοτήτων, ποσοστών, μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης για τις απαντήσεις των εργαζομένων. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα ποιοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά.

**Πίνακας 1 Ποιοτικά Δημογραφικά Χαρακτηριστικά**

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	44	24,3	24,3	24,3
Γυναίκα	137	75,7	75,7	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	181	100,0	100,0	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Άγαμος	66	36,5	36,5	36,5
Έγγαμος	95	52,5	52,5	89,0
Διαζευγμένος	15	8,3	8,3	97,2
Χήρος	5	2,8	2,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	181	100,0	100,0	
<b>Αριθμός Τέκνων</b>				
Κανένα Τέκνο	78	43,1	44,3	44,3
1 τέκνο	41	22,7	23,3	67,6
2 τέκνα	51	28,2	29,0	96,6
3 τέκνα και πάνω	6	3,3	3,4	100,0
Σύνολο	176	97,2	100,0	
Δεν Απάντησαν	5	2,8		
ΣΥΝΟΛΟ	181	100,0		
<b>Βασικός Τίτλος Πτυχίου</b>				
ΔΕ	36	19,9	20,1	20,1
ΤΕΙ	100	55,2	55,9	76,0
ΑΕΙ	43	23,8	24,0	100,0
Σύνολο	179	98,9	100,0	
Δεν Απάντησαν	2	1,1		
ΣΥΝΟΛΟ	181	100,0		

**Εκπαίδευση πέραν της βασικής**

Ειδικότητα	32	17,7	34,0	34,0
Μεταπτυχιακό	36	19,9	38,3	72,3
Διδακτορικό	1	0,6	1,1	73,4
Εξειδίκευση	25	13,8	26,6	100,0
Σύνολο	94	51,9	100,0	
Δεν Απάντησαν	87	48,1		
ΣΥΝΟΛΟ	181	100,0		

**Τμήμα Εργασίας**

Παθολογικά τμήματα	56	30,9	30,9	30,9
Εξωτερικά ιατρεία	6	3,3	3,3	34,2

Χειρουργικά Τμήματα	55	30,4	30,4	60,6
Εργαστήρια	14	7,7	7,7	68,3
Αποστείρωση	4	2,2	2,2	70,5
ΜΕΘ	25	13,8	13,8	84,3
Αναισθησιολογικό/Χειρουργείο	2	1,1	1,1	85,5
Άλλο Τμήμα	19	10,5	10,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	181	100,0		

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 181 εργαζόμενους στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο» εκ των οποίων οι 137 είναι γυναίκες. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, η απόλυτη πλειοψηφία με ποσοστό 52,5% είναι έγγαμοι, ενώ το 44,3% του δείγματος δεν έχει τέκνα.

Ως προς την εκπαίδευση το 55,9% διαθέτει πτυχίο ΤΕΙ, ενώ το 38,3% του δείγματος κατέχει κάποιον μεταπτυχιακό τίτλο. Ως προς τον τομέα εργασίας των ερωτηθέντων, το 30,9% εργάζεται σε παθολογικά τμήματα, ενώ παρόμοιο ποσοστό του δείγματος (30,4%) εργάζεται σε χειρουργικά τμήματα.

Ακολούθως, στον πίνακα 2 παρουσιάζεται η ανάλυση των δύο ποσοτικών ερωτήσεων και συγκεκριμένα της ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας των εργαζομένων (συνεχείς μεταβλητές).

## Πίνακας 2 Ποσοτικά Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στατιστικό Μέτρο	Ηλικία	Χρόνια προϋπηρεσίας
N (Αριθμός απαντήσεων)	172	174
Εύρος	41	38
Ελάχιστη Τιμή	22	2
Μέγιστη Τιμή	63	40
Μέση Τιμή	42,9	15,7
Τυπική Απόκλιση	9,2	10,1

Ως προς την ηλικία των ερωτηθέντων, παρατηρείται ότι η μέση ηλικία του δείγματος είναι 42,9 έτη. Η ηλικία παρουσιάζει τυπική απόκλιση 9,2 έτη και ειδικότερα η μέγιστη



τιμή είναι 63 έτη (ο μεγαλύτερος ηλικιακά εργαζόμενος), ενώ η χαμηλότερη τιμή είναι 22 έτη (ο μικρότερος ηλικιακά εργαζόμενος).

Ως προς τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων στη θέση απασχόλησης που κατέχουν γίνεται σαφές ότι κατά μέσο όρο οι εργαζόμενοι του δείγματος έχουν προϋπηρεσία 15,7 έτη. Τα έτη προϋπηρεσίας παρουσιάζουν τυπική απόκλιση 10,1 έτη και συγκεκριμένα η συγκεκριμένη μεταβλητή έχει μέγιστη τιμή τα 40 έτη (εργαζόμενος με τη μεγαλύτερη προϋπηρεσία) και ελάχιστη τιμή τα 2 έτη (εργαζόμενος με τη μικρότερη προϋπηρεσία).

Η τελευταία ερώτηση δημογραφικών χαρακτηριστικών αξιολογεί τον λόγο για τον οποίο οι ερωτώμενοι επέλεξαν νοσοκομειακό/ ιατρικό επάγγελμα.

### Πίνακας 3 Ενασχόληση με ιατρικό/ νοσηλευτικό επάγγελμα

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Η επιθυμία μου να βοηθάω τους ανθρώπους	82	36,8	45,3	45,3
Η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση	38	17,0	21,0	66,3
Οι επιρροές που δέχτηκα από το περιβάλλον μου	10	4,5	5,5	71,8
Τυχαία βρέθηκα στο επάγγελμα αυτό	49	22,0	27,1	98,9
Άλλο	2	0,9	1,1	100,0
Δεν απάντησαν	42	18,8		
Σύνολο	223	100		

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων (45,3%) επέλεξε την ενασχόληση με νοσοκομειακό / ιατρικό επάγγελμα λόγω της επιθυμίας που έχει να βοηθάει τους άλλους, το 27,1% βρέθηκε από τυχαίο λόγο στο επάγγελμα, ενώ το 21% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση αποτέλεσε τον λόγο που οδηγήθηκαν οι ερωτώμενοι στο επάγγελμα.

#### 4.2. Αποτελέσματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση στην παρούσα εργασία μετράται μέσω του ερωτηματολογίου Maslach Burnout Inventory (MBI). Τα αποτελέσματα των απαντήσεων που έδωσαν οι ερωτώμενοι στις 22 ερωτήσεις παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 4 με τη χρήση των ποσοστιαίων συχνοτήτων και των μέσων τιμών.

**Πίνακας 4 Απαντήσεις Κλίμακας Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

Κλίμακα MBI=	0	1	2	3	4	5	6	Μέση Τιμή (0-6)
Ερωτήσεις MBI	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από την δουλειά μου.	4,5	10,2	9,1	11,9	20,5	32,4	11,4	3,8
Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.	17,2	14,4	12,6	13,2	14,4	20,1	8,0	2,9
Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά.	6,7	10,7	14,6	14,6	16,9	21,3	15,2	3,5
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	2,2	3,9	8,4	13,5	14,6	25,8	31,5	4,4
Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.	17,5	20,9	13,0	21,5	13,0	10,7	3,4	2,4
Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα.	24,7	14,0	11,8	20,2	15,7	9,0	4,5	2,3
Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.	3,3	1,7	10,6	11,1	10,0	36,7	26,7	4,4
Νιώθω εξουθενωμένος/η από την δουλειά μου.	3,9	9,5	6,1	16,8	16,8	34,6	12,3	3,9
Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των σθενών μέσα από τη δουλειά μου.	4,4	2,8	9,4	10,5	16,0	30,9	26,0	4,3
Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	23,6	14,0	11,8	20,8	14,0	9,6	6,2	2,4
Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνα συναισθηματικά πιο σκληρό/ή.	15,7	16,3	9,6	23,0	16,3	10,7	8,4	2,7
Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα.	6,7	12,3	15,1	19,0	15,1	21,2	10,6	3,3
Νιώθω απογοητευμένος/η από την δουλειά μου.	15,6	15,1	11,2	15,1	17,9	16,2	8,9	2,9
Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.	1,7	1,7	2,2	9,6	14,0	32,0	38,8	4,8
Στην ουσία δε με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου.	45,8	16,8	12,3	9,5	7,3	4,5	3,9	1,4
Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους.	23,9	18,9	13,9	19,4	12,2	8,3	3,3	2,2

Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.	1,7	7,2	7,2	12,2	11,1	29,4	31,1	4,4
Στο τέλος της μέρας έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.	2,8	6,1	10,5	16,0	17,7	30,4	16,6	4,0
Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.	1,1	3,9	11,7	13,3	16,1	30,6	23,3	4,2
Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια...νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.	15,6	18,4	15,1	18,4	14,0	10,1	8,4	2,6
Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά.	2,2	6,7	13,4	16,2	13,4	29,1	19,0	3,9
Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους.	22,8	20,6	14,4	20,0	12,8	7,2	2,2	2,1

Η μέση τιμή των απαντήσεων υπολογίστηκε χωρίς να γίνει κάποια αλλαγή στην κωδικοποίηση των απαντήσεων. Όπου: 0= «Ποτέ δεν μου συμβαίνει», 1= «Λίγες φορές το χρόνο», 2= «1 φορά το μήνα ή λιγότερο», 3= «2-3 φορές το μήνα», 4= «1 φορά την εβδομάδα», 5= «Αρκετές φορές την εβδομάδα» και 6= «Κάθε μέρα».

Βάσει των ανωτέρω αποτελεσμάτων του πίνακα 4 γίνεται σαφές ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων απάντησε σε ποσοστό 32,4% ότι αρκετές φορές την εβδομάδα αισθάνεται ψυχική εξάντληση από τη δουλειά του, ενώ ποσοστό της τάξεως του 20,5% απάντησε 1 φορά την εβδομάδα έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση. Ο μέσος όρος απαντήσεων στη συγκεκριμένη ερώτηση είναι 3,8 και δείχνει ότι κατά μέσο όρο οι ερωτώμενοι έχουν τη συγκεκριμένη αίσθηση σχεδόν 1 φορά την εβδομάδα (3= «2-3 φορές το μήνα» < M.O.= 3,8 <4 = «1 φορά την εβδομάδα»).

Ως προς την αίσθηση του να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μετά την εργασία, η πλειονότητα των ερωτηθέντων απάντησε με ποσοστό 20,1% ότι έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση αρκετές φορές την εβδομάδα, ωστόσο εξίσου σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 17,2% δήλωσε ότι ποτέ δεν έχει το συγκεκριμένο αίσθημα. Κατά μέσο όρο, οι ερωτώμενοι του δείγματος έχουν τη συγκεκριμένη αίσθηση λιγότερο από 2-3 φορές το μήνα (M.O.= 2,9 < 3 = «2-3 φορές το μήνα»).

Ως προς την αίσθηση κούρασης το πρωί πριν την εργασία, η πλειονότητα των ερωτηθέντων με ποσοστό 21,3% δήλωσε ότι έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση αρκετές φορές την εβδομάδα, ενώ το 16,9% δήλωσε ότι νιώθει το συγκεκριμένο αίσθημα 1 φορά την εβδομάδα. Κατά μέσο όρο οι ερωτώμενοι του δείγματος αισθάνονται το συγκεκριμένο αίσθημα περισσότερο από 2-3 φορές το μήνα, αλλά λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα (3 < M.O.= 3,5 <4).

Στη δήλωση ότι μπορούν εύκολα να καταλάβουν πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν η πλειονότητα των ερωτηθέντων με ποσοστό 31,5% δήλωσαν ότι έχουν τη συγκεκριμένη αίσθηση κάθε μέρα, ενώ το 25,8% των ερωτηθέντων έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση αρκετές φορές την εβδομάδα. Κατά μέσο όρο οι ερωτώμενοι του δείγματος περισσότερες από 1 φορά την εβδομάδα έχουν τη συγκεκριμένη αίσθηση.

Ακολούθως, ως προς την ύπαρξη απρόσωπης συμπεριφοράς το 21,5% δήλωσε ότι 2-3 φορές το μήνα έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση, ενώ το 17,5% δήλωσε ότι ποτέ δεν έχει απρόσωπη συμπεριφορά. Κατά μέσο όρο οι ερωτώμενοι περισσότερο από 1 φορά το μήνα αισθάνονται ότι έχουν απρόσωπη συμπεριφορά στους ασθενείς.

Ως προς την κούραση συναναστροφής με ανθρώπους, το 24,7% δεν αισθάνεται τη συγκεκριμένη κούραση ποτέ, ενώ το 20,2% δήλωσε 2-3 φορές το μήνα. Κατά μέσο όρο οι ερωτώμενοι έχουν τη συγκεκριμένη αίσθηση περισσότερο από 1 φορά το μήνα (M.O.=2,3).

Οι εργαζόμενοι του δείγματος θεωρούν ότι έχουν την αίσθηση πως κανονίζουν πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών τους αρκετές φορές την εβδομάδα (36,7%) ή κάθε μέρα (26,7%). Επομένως, κατά μέσο όρο οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι περισσότερο από 1 φορά την εβδομάδα (M.O.=4,4) αισθάνονται ότι κανόνισαν πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών τους.

Ως προς την εξουθένωση από την εργασία, το 34,6% των εργαζομένων αισθάνεται εξουθένωση αρκετές φορές την εβδομάδα, ενώ από 16,8% συγκέντρωσαν οι απαντήσεις 2-3 φορές το μήνα και 1 φορά την εβδομάδα, αντίστοιχα. Κατά μέσο όρο (M.O. = 3,9) οι εργαζόμενοι αισθάνονται εξουθένωση σχεδόν 1 φορά την εβδομάδα.

Ως προς την αίσθηση ότι επιρροής προς το θετικό της ζωής των ασθενών μέσα από τη δουλειά, το 30,9% δήλωσε ότι αρκετές φορές την εβδομάδα έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση και το 26% ότι κάθε μέρα έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση. Κατά μέσο όρο οι εργαζόμενοι αισθάνονται τη συγκεκριμένη αίσθηση περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα (M.O.=4,3).

Ακολούθως, οι εργαζόμενοι με ποσοστό 23,6% θεωρούν ότι ποτέ δεν αισθάνθηκαν ότι είναι λιγότερο ευαίσθητοι σε σύγκριση με όταν ξεκίνησαν τη συγκεκριμένη εργασία, αν και το 20,8% των εργαζομένων δήλωσε ότι έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση 2-3 φορές το μήνα. Κατά μέσο όρο (M.O.=2,4) οι ερωτώμενοι περισσότερο από 1 φορά το μήνα

αισθάνονται ότι είναι λιγότερο ευαίσθητοι, συγκριτικά με όταν ξεκίνησαν τη δουλειά τους.

Ως προς τη συναισθηματική σκληρότητα της συγκεκριμένης δουλειάς, το 23% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι περισσότερο από 2-3 φορές το μήνα αισθάνεται τη συγκεκριμένη σκληρότητα, ενώ από 16,3% συγκέντρωσαν οι απαντήσεις λίγες φορές το χρόνο και 1 φορά την εβδομάδα, αντίστοιχα. Κατά μέσο όρο οι εργαζόμενοι του δείγματος (Μ.Ο. 2,7) προβληματίζονται σχεδόν 2-3 φορές το μήνα από τη συναισθηματική σκληρότητα της εργασίας τους.

Ως προς την αίσθηση δύναμης και ενεργητικότητας, το 21,2% δήλωσε ότι έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση αρκετές φορές την εβδομάδα, ενώ το 19% ότι έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση 2-3 φορές το μήνα. Κατά μέσο όρο οι εργαζόμενοι (Μ.Ο. =3,3) έχουν τη συγκεκριμένη αίσθηση περισσότερο από 3 φορές το μήνα.

Ως προς την απογοήτευση από τη δουλειά τους, η πλειονότητα των εργαζομένων με ποσοστό 17,9% δήλωσε ότι αισθάνεται απογοήτευση 1 φορά την εβδομάδα, ενώ το 16,2% αισθάνεται απογοήτευση αρκετές φορές την εβδομάδα. Κατά μέσο όρο οι εργαζόμενοι αισθάνονται απογοήτευση σχεδόν 2-3 φορές το μήνα (Μ.Ο. =2,9).

Η πλειονότητα των εργαζομένων με ποσοστό 38,8% θεωρεί ότι κάθε μέρα αισθάνεται ότι εργάζεται πολύ σκληρά, ενώ το 32% έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση αρκετές φορές την εβδομάδα. Κατά μέσο όρο (Μ.Ο. =4,8) οι εργαζόμενοι λίγο λιγότερο από αρκετές φορές την εβδομάδα αισθάνονται ότι εργάζονται πολύ σκληρά στη δουλειά τους.

Ακολούθως, το 45,8% των εργαζομένων δήλωσε ότι ποτέ δεν αισθάνεται ότι δεν ενδιαφέρεται για το τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς, ενώ το 16,8% δήλωσε ότι λίγες φορές το χρόνο έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση. Κατά μέσο όρο (Μ.Ο.=1,4) οι εργαζόμενοι του δείγματος περισσότερο από λίγες φορές το χρόνο αισθάνονται ότι δεν τους ενδιαφέρει με το τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς.

Το 23,9% του δείγματος δήλωσε ότι ποτέ δεν αισθάνεται μεγάλη ένταση όταν βρίσκεται σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους, ενώ το 19,4% έχουν τη συγκεκριμένη αίσθηση 2-3 φορές το μήνα. Κατά μέσο όρο οι εργαζόμενοι (Μ.Ο.=2,2) έχουν την αίσθηση μεγάλης έντασης περισσότερο από μια φορά το μήνα.

Το 31,1% των εργαζομένων δήλωσε ότι κάθε μέρα μπορεί να δημιουργήσει μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς τους, ενώ το 29,4% των εργαζομένων δήλωσε ότι έχει τη

συγκεκριμένη δυνατότητα αρκετές φορές την εβδομάδα. Κατά μέσο όρο οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα αισθάνονται ότι μπορούν να δημιουργήσουν άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς τους.

Ομοίως, το 30,4% των ερωτηθέντων αρκετές φορές την εβδομάδα αισθάνεται στο τέλος της ημέρας καλή διάθεση που δούλεψαν στενά με τους ασθενείς τους, ενώ το 17,7% έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση 2-3 φορές το μήνα. Κατά μέσο όρο (Μ.Ο.=4) οι εργαζόμενοι αισθάνονται μία φορά την εβδομάδα καλή διάθεση που εργάστηκαν στενά με τους ασθενείς τους.

Ως προς την αίσθηση ότι επιτεύχθηκαν αξιόλογα πράγματα στη δουλειά, το 30,6% των εργαζομένων αρκετές φορές την εβδομάδα έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση και το 23,3% το αισθάνεται καθημερινά. Κατά μέσο όρο (Μ.Ο. 4,2) οι εργαζόμενοι περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα αισθάνονται ότι έχουν καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά τους.

Ως προς την αίσθηση ότι «ο κόμπος έφτασε στο χτένι», το 18,4% των εργαζομένων λίγες φορές το χρόνο είχε τη συγκεκριμένη αίσθηση, ενώ ίδιο ποσοστό αισθάνεται ότι ο κόμπος έφτασε στο χτένι 2-3 φορές το μήνα. Κατά μέσο όρο οι εργαζόμενοι του δείγματος (Μ.Ο.=2,6) αισθάνονται περισσότερο από 1 φορά το μήνα ότι ο κόμπος έφτασε στο χτένι.

Ως προς την αντιμετώπιση με ηρεμία των προβλημάτων που προκύπτουν στη δουλειά, το 29,1% των εργαζομένων έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση αρκετές φορές την εβδομάδα, ενώ το 19% καθημερινά. Κατά μέσο όρο (Μ.Ο. = 3,9) οι εργαζόμενοι σχεδόν 1 φορά την εβδομάδα αισθάνονται ότι αντιμετωπίζουν με ηρεμία τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά.

Τέλος, η τελευταία ερώτηση της κλίμακας MBI αξιολογεί τη συχνότητα με την οποία οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι οι ασθενείς τους επιρρίπτουν ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 22,8% των εργαζομένων ποτέ δεν έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση και το 20,6% ότι έχει τη συγκεκριμένη αίσθηση λίγες φορές το χρόνο. Κατά μέσο όρο οι εργαζόμενοι του δείγματος (Μ.Ο.=2,1) αισθάνονται ότι οι ασθενείς τους επιρρίπτουν ευθύνες σχεδόν 1 φορά το μήνα.

Βάσει της ανωτέρω ανάλυσης, στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις τρεις υπο-κλίμακες του ερωτηματολογίου.

**Πίνακας 5 Περιγραφική Στατιστική Υπο-κλιμάκων MBI**

Υπο-κλίμακα MBI	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Συναισθηματική Εξάντληση	157	4	54	28,7	11,6
Προσωπικά Επιτεύγματα	174	6	48	32,8	9,6
Αποπροσωποποίηση	170	0	29	11,2	6,3

Υψηλή εξουθένωση από τη συναισθηματική εξάντληση όταν  $M.O. \geq 31$ . Υψηλή εξουθένωση από τα προσωπικά επιτεύγματα όταν  $M.O. \leq 35$  και υψηλή εξουθένωση από την αποπροσωποποίηση όταν  $M.O. \geq 11$ .

Κατά μέσο όρο, η κλίμακα «προσωπικά επιτεύγματα» έχει τιμή 32,8 γεγονός που σημαίνει ότι κατά μέσο όρο οι εργαζόμενοι του δείγματος έχουν υψηλά επίπεδα αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων. Ως προς την αποπροσωποποίηση, η συγκεκριμένη κλίμακα έχει μέση τιμή 11,2, γεγονός που σημαίνει ότι εντοπίζεται οριακά υψηλή (ουσιαστικά μέτρια προς υψηλή) αποπροσωποποίηση για το παραγόμενο έργο. Τέλος, η κλίμακα συναισθηματικής εξάντλησης έχει μέση τιμή 28,7, και κατά συνέπεια εντοπίζονται μέτρια επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης για τους εργαζομένους του δείγματος.

Με βάση τα όρια των κατηγοριών (χαμηλή, μέτρια, υψηλή) για κάθε υποκλίμακα, όπως περιγράφηκαν στην ενότητα μεθοδολογίας, στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για κάθε κατηγορία:

**Πίνακας 6 Ποσοστά ερωτηθέντων σε κάθε επίπεδο/κατηγορία εξουθένωσης**

Υπο-κλίμακα MBI	Χαμηλή (%)	Μέτρια (%)	Υψηλή (%)	Σύνολο (%)
Συναισθηματική Εξάντληση	28,0	23,6	48,4	100,0
Προσωπικά Επιτεύγματα	17,2	28,2	54,6	100,0
Αποπροσωποποίηση	21,2	23,5	55,3	100,0

Βάσει των ανωτέρω, γίνεται σαφές ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων παρουσιάζει υψηλά επίπεδα εξουθένωσης λόγω έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων (54,6%) και λόγω αποπροσωποποίησης (55,3%). Επιπλέον, σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων (48,4%) παρουσιάζει εξουθένωση λόγω συναισθηματικής εξάντλησης.

### 4.3. Αποτελέσματα Στάσης Εργαζομένων σε σχέση με το επάγγελμά τους

Στο συγκεκριμένο μέρος του ερωτηματολογίου, οι ερωτώμενοι απάντησαν σε ορισμένες ερωτήσεις που σχετίζονται με το επάγγελμά τους και ειδικότερα με την εργασία σε αντικαρκινικό νοσοκομείο.

**Πίνακας 7 Αξιολόγηση της έντασης (στρες) που βιώνουν οι εργαζόμενοι στη δουλειά μια καθημερινή μέρα**

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)	M.O.
0=Καθόλου	1	0,6	0,6	0,6	
1	2	1,1	1,1	1,7	
2	2	1,1	1,1	2,8	
3	7	3,9	3,9	6,6	
4	13	7,2	7,2	13,8	
5	16	8,8	8,8	22,7	
6	22	12,2	12,2	34,8	6,87
7	34	18,8	18,8	53,6	
8	51	28,2	28,2	81,8	
9	23	12,7	12,7	94,5	
10=Όσο δυνατόν περισσότερο	10	5,5	5,5	100,0	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα γίνεται σαφές ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων δήλωσε βαθμό άγχους (στρες) 8 με ποσοστό 28,2% και 7 με ποσοστό 18,8%. Κατά μέσο όρο, στη δεκαβάθμια κλίμακα, οι εργαζόμενοι στο ΑΝΘ “Θεαγένειο” έχουν μέσο επίπεδο άγχους 6,87/10.

**Πίνακας 8 Συμπτώματα που βίωσαν τις τελευταίες 4 εβδομάδες οι εργαζόμενοι και προκλήθηκαν από στρες στη δουλειά.**

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συναισθηματική εξουθένωση	89	49,2	49,4	49,4



Θυμός	33	18,2	18,3	67,8
Ένταση	34	18,8	18,9	86,7
Προσωρινή αίσθηση κατάθλιψης	3	1,7	1,7	88,3
Μόνιμη αίσθηση κατάθλιψης	2	1,1	1,1	89,4
Διαταραγμένος ύπνος	2	1,1	1,1	90,6
Έλλειψη όρεξης	1	0,6	0,6	91,1
Πονοκέφαλος	2	1,1	1,1	92,2
Άλλο σύμπτωμα	3	1,7	1,7	93,9
Κανένα από τα παραπάνω	11	6,1	6,1	100,0
Σύνολο	180	99,4	100,0	
Δεν απάντησαν	1	0,6		
ΣΥΝΟΛΟ	181	100,0		

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων με ποσοστό 49,4% δήλωσε ότι αισθάνθηκε συναισθηματική εξουθένωση. Ακολούθως το 18,9% των εργαζομένων έχει αισθανθεί ένταση κατά τον τελευταίο μήνα, σε ποσοστό 18,3% οι εργαζόμενοι αισθάνθηκαν θυμό κατά τον τελευταίο μήνα που προκλήθηκε λόγω κατάστασης στρες στον χώρο εργασίας, ενώ δεν παρατηρείται σε υψηλή συχνότητα η εμφάνιση άλλων συναισθημάτων.

### Πίνακας 9 Ερωτήσεις σύντομης απάντησης (ΝΑΙ/ΟΧΙ)

	ΝΑΙ (%)	ΟΧΙ (%)
Είναι δυνατόν να ξε-αγχωθείτε μιλώντας με κάποιο οικείο σας πρόσωπο;	81,8	18,2
Τα προβλήματα που ενδεχομένως έχετε στην εργασία επηρεάζουν την ιδιωτική σας ζωή;	56,9	43,1
Το εργασιακό κλίμα στη δουλειά σας ταιριάζει;	59,1	40,9

Βάσει των αποτελεσμάτων του πίνακα 9 γίνεται σαφές ότι η απόλυτη πλειοψηφία των εργαζομένων (81,8%) αποφορτίζεται από το εργασιακό άγχος, συνομιλώντας με κάποιο οικείο πρόσωπο. Το 56,9% των εργαζομένων θεωρεί ότι τα προβλήματα στον χώρο εργασίας επηρεάζουν την ιδιωτική τους ζωή, ενώ το 59,1% των εργαζομένων του δείγματος θεωρεί ότι το εργασιακό κλίμα στη δουλειά είναι κάτι που ταιριάζει στους εργαζόμενους.

**Πίνακας 10 Αξιολόγηση εργασιακού κλίματος**

	Καθόλου (%)	Σπάνια (%)	Μερικές		Πολύ συχνά (%)
			φορές (%)	Συχνά (%)	
Πόσο συχνά εντοπίζετε στον χώρο εργασίας.....					
Περιορισμένος χρόνος, βιασύνη.	4,5	6,2	14,6	40,4	34,3
Υπερβολική γραφειοκρατία.	3,3	10,5	14,9	33,7	37,6
Φόβος επιβολής κυρώσεων από τη διοίκηση.	25,4	24,9	27,6	17,1	5,0
Αυστηρή ιεραρχική δομή του νοσοκομείου.	18,3	21,7	36,1	17,8	6,1
Ελλειπείς ή ακατάλληλες εγκαταστάσεις.	5,5	11,0	19,3	30,4	33,7
Ανεπαρκής οικονομική ανταμοιβή της προσπάθειας.	8,4	6,7	7,8	22,9	54,2
Ηθικά διλήμματα.	13,3	13,9	26,7	32,8	13,3
Συγκρούσεις με μέλη της ομάδας.	13,3	18,8	28,7	25,4	13,8
Περιορισμένη απόκτηση κατάλληλων δεξιοτήτων και γνώσεων λόγω περιορισμένου χρόνου.	9,4	21,5	31,5	24,3	13,3
Ισορροπία μεταξύ της εργασίας και προσωπικής ζωής.	17,8	13,3	22,8	25,6	20,6
Σχέσεις με τους ασθενείς.	19,0	21,2	24,6	26,8	8,4
Αντιμετώπιση του πόνου και του θανάτου σε ογκολογικούς ασθενείς.	11,7	11,1	17,2	34,4	25,6

Τα αποτελέσματα του πίνακα 10 δείχνουν ότι συχνά και πολύ συχνά (74,7%) οι εργαζόμενοι αισθάνονται περιορισμένο χρόνο και βιασύνη. Ομοίως, σε συνολικά υψηλά ποσοστά (71,3%) οι εργαζόμενοι αισθάνονται συχνά ή πολύ συχνά την ύπαρξη υπερβολικής γραφειοκρατίας. Ωστόσο, σε ποσοστό 50,3% οι εργαζόμενοι αισθάνονται καθόλου ή σπάνια φόβο για την επιβολή κυρώσεων από τη διοίκηση. Σε μέτρια επίπεδα οι εργαζόμενοι αισθάνονται την ύπαρξη αυστηρής ιεραρχικής δομής στο νοσοκομείο, ενώ σε μεγάλο βαθμό (64,1%) αισθάνονται συχνά ή πολύ συχνά την ύπαρξη ελλειπών ή ακατάλληλων εγκαταστάσεων. Σε ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό (54,2%) οι εργαζόμενοι αισθάνονται πολύ συχνά την ανεπαρκή οικονομική ανταμοιβή της προσπάθειας που καταβάλλουν. Ενώ σε συνολικά υψηλά επίπεδα (46,1%) οι εργαζόμενοι αισθάνονται συχνά ή πολύ συχνά την ύπαρξη ηθικών διλημάτων. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι αισθάνονται μερικές φορές (28,7%) ή συχνά (25,4%) την ύπαρξη συγκρούσεων με μέλη στην ομάδα. Μερικές φορές (31,5%) ή συχνά (24,3%) στην πλειονότητά τους οι εργαζόμενοι απάντησαν ότι εντοπίζεται περιορισμένη απόκτηση δεξιοτήτων. Ως προς την ισορροπία μεταξύ εργασιακής και προσωπικής ζωής εντοπίζεται ότι επιτυγχάνεται

μερικές φορές (22,8%) ή συχνά (25,6%). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι απάντησαν ότι μερικές φορές (24,6%) ή συχνά (26,8%) αποκτούν σχέσεις με τους ασθενείς, ενώ τέλος κατά 34,4% συχνά και 25,6% πολύ συχνά, οι εργαζόμενοι στο ΑΝΘ «Θεαγένειο» έρχονται αντιμέτωποι με την αντιμετώπιση του πόνου και του θανάτου σε ογκολογικούς ασθενείς.

#### **4.4. Προσδιοριστικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης**

Επειδή το φύλο έχει δύο ανεξάρτητες απαντήσεις και συγκεκριμένα: άντρες ή γυναίκες, μπορεί να εφαρμοστεί η μονομεταβλητή ανάλυση ανεξαρτησίας t-test για τον εντοπισμό στατιστικά σημαντικών διαφορών στους μέσους όρους των απαντήσεων με βάση το φύλο. Δηλαδή, για την ανάλυση της επίδρασης που έχει το φύλο στους παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης πραγματοποιείται έλεγχος t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα (ενότητα 4.4.1).

Επειδή οι απαντήσεις που αφορούν την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων λαμβάνουν απαντήσεις σε περισσότερες από δύο κατηγορίες, δεν μπορεί να εφαρμοστεί ο έλεγχος t-test και για την αξιολόγηση της επίδρασης των συγκεκριμένων μεταβλητών χρησιμοποιείται υπόδειγμα απλής παλινδρόμησης (με μία εξαρτημένη και μία ανεξάρτητη μεταβλητή). Με τον συγκεκριμένο τρόπο αξιολογείται η άμεση επίδραση που έχει η μία μεταβλητή (δημογραφικός παράγοντας) στις επιμέρους διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης (ενότητες 4.4.2. και 4.4.3).

Για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων (robustness) που προκύπτουν από τα απλά υποδείγματα παλινδρόμησης, στην ενότητα 4.4.4. εφαρμόζεται η μέθοδος της πολλαπλής παλινδρόμησης. Πιο συγκεκριμένα, με τη χρήση τριών υποδειγμάτων πολλαπλής παλινδρόμησης εξετάζεται ταυτόχρονα η επίδραση που έχουν (α) το φύλο, (β) η ηλικία και (γ) τα έτη προϋπηρεσίας στις επιμέρους διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης. Με τη συγκεκριμένη ανάλυση εξετάζεται εάν οι παράγοντες που επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τις διαστάσεις εξουθένωσης, συνεχίζουν να έχουν στατιστικά σημαντική ερμηνευτική ισχύ ακόμη και όταν λαμβάνονται ταυτόχρονα υπόψη.

##### **4.4.1. Επίδραση του Φύλου**

**Πίνακας 11 Μονομεταβλητή ανάλυση t-test**

t-test for Equality of Means							
	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Συναισθηματική Εξάντληση	-1,49	155,00	0,14	-3,12	2,09	-7,25	1,01
Προσωπικά επιτεύγματα	-2,35	59,50	0,02	-4,31	1,83	-7,97	-0,65
Αποπροσωποποίηση	1,20	168,00	0,23	1,35	1,13	-0,87	3,58

Ως προς την επαγγελματική εξάντληση από τα προσωπικά επιτεύγματα, επειδή  $p\text{-value} = 0,02 < 0,05$  (πίνακας 11) συμπεραίνεται ότι το φύλο αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα εξάντλησης λόγω έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Ειδικότερα, οι άντρες παρουσιάζουν προσωπικά επιτεύγματα με μ.ο. 29,5 ενώ οι γυναίκες προσωπικά επιτεύγματα με μ.ο. 33,8 (διαφορά μέσων όρων – mean difference = -4.3). Επειδή όσο πιο χαμηλή η τιμή της συγκεκριμένης κλίμακας τόσο υψηλότερη η εξάντληση από προσωπικά επιτεύγματα, τα αποτελέσματα δείχνουν οι άντρες έχουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Ως προς τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση επειδή  $p\text{-value} > 0,05$  συμπεραίνεται ότι το φύλο δεν αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις συγκεκριμένες διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Δηλαδή, στις δύο συγκεκριμένες υπο-κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο έλεγχος t-test δείχνει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των δύο δειγμάτων (μέσος όρος υπο-κλιμάκων αντρών και μέσος όρος υπο-κλιμάκων γυναικών) και επομένως το φύλο δεν επηρεάζει τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης.

#### 4.4.2. Επίδραση της ηλικίας

Δεδομένου ότι τόσο η ηλικία όσο και οι υπο-κλίμακες αποτελούν συνεχείς μεταβλητές, χρησιμοποιείται η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τον εντοπισμό στατιστικά σημαντικής επίδρασης της ηλικίας σε κάποια από τις διαστάσεις.

**Πίνακας 12 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αποπροσωποποίηση και ανεξάρτητη την ηλικία των εργαζομένων**

<b>Coefficients<sup>a</sup></b>						
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	14,281	2,404		5,940	0,000
	Ηλικία:	-0,071	,055	-,0102	-1,292	0,198

a. Dependent Variable: Αποπροσωποποίηση

**Πίνακας 13 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα προσωπικά επιτεύγματα και ανεξάρτητη την ηλικία των εργαζομένων**

<b>Coefficients<sup>a</sup></b>						
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	30,096	3,551		8,476	0,000
	Ηλικία:	0,065	0,081	0,063	0,804	0,423

a. Dependent Variable: Προσωπικά επιτεύγματα

**Πίνακας 14 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συναισθηματική εξάντληση και ανεξάρτητη την ηλικία των εργαζομένων**

<b>Coefficients<sup>a</sup></b>						
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	22,252	4,374		5,087	0,000
	Ηλικία:	0,152	0,100	0,123	1,516	0,132

a. Dependent Variable: Συναισθηματική Εξάντληση (Υψηλή/Χαμηλή)

Βάσει των παραπάνω αποτελεσμάτων, επειδή  $p\text{-value}=0,198>0,10$  (πίνακες 12),  $p\text{-value}=0,4230>0,10$  (πίνακας 13) και  $p\text{-value}=0,132>0,10$  (πίνακας 14), συμπεραίνεται ότι η ηλικία δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την επαγγελματική εξουθένωση από τα επίπεδα αποπροσωποποίησης, προσωπικών επιτευγμάτων και συναισθηματικής εξάντλησης, αντίστοιχα.

#### 4.4.3. Επίδραση των ετών προϋπηρεσίας

Με τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης αξιολογείται εάν και κατά πόσο τα έτη προϋπηρεσίας (ανεξάρτητη μεταβλητή) επηρεάζουν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης με βάσει τις τρεις υπο-κλίμακες.

**Πίνακας 15 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αποπροσωποποίηση και ανεξάρτητη τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων**

<b>Coefficients<sup>a</sup></b>					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
	B	Std. Error			
1	(Constant)	11,849	0,932	12,713	0,000
	Χρόνια προϋπηρεσίας:	-0,038	0,050	-0,061	0,440

a. Dependent Variable: Αποπροσωποποίηση

Επειδή  $p\text{-value}=0,440>0,10$ , συμπεραίνεται ότι τα έτη προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα αποπροσωποποίησης.

**Πίνακας 16 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα προσωπικά επιτεύγματα και ανεξάρτητη τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων**

<b>Coefficients<sup>a</sup></b>					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
	B	Std. Error			
1	(Constant)	31,304	1,372	22,815	0,000

Χρόνια προϋπηρεσίας: 0,085 0,074 0,089 1,146 0,253

a. Dependent Variable: Προσωπικά επιτεύγματα

Επειδή  $p\text{-value}=0,253>0,10$ , συμπεραίνεται ότι τα έτη προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

**Πίνακας 17 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συναισθηματική εξάντληση και ανεξάρτητη τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error			
(Constant)	25,874	1,671		15,486	0,000
1 Χρόνια προϋπηρεσίας:	0,213	0,091	0,189	2,351	0,020

a. Dependent Variable: Συναισθηματική Εξάντληση

Επειδή  $p\text{-value}=0,02<0,05$ , συμπεραίνεται ότι τα έτη προϋπηρεσίας επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά και θετικά ( $b=0,213$ ) τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από την συναισθηματική εξάντληση. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα σημαίνει ότι εάν αυξηθεί κατά ένα έτος η προϋπηρεσία των εργαζομένων, αυξάνεται η συναισθηματική τους εξάντληση κατά 0,21 μονάδα. Επομένως, όσο περισσότερα έτη προϋπηρεσίας έχουν οι εργαζόμενοι, τόσο υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης παρουσιάζουν.

**4.4.4. Πολλαπλή παλινδρόμηση: Επίδραση δημογραφικών παραγόντων στις διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης**

Για την πληρέστερη ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, στους επόμενους πίνακες εξετάζονται σε ένα υπόδειγμα παλινδρόμησης οι παράγοντες που επηρεάζουν τις διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης, λαμβάνοντας υπόψη (α) το φύλο (ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή 1 εάν ο ερωτώμενος είναι γυναίκα και 0 εάν είναι άντρας, (β) την ηλικία (σε έτη) και (γ) την προϋπηρεσία (σε έτη).

**Πίνακας 18 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αποπροσωποποίηση και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	16,590	3,440		4,823	0,000
Φύλο	-2,034	1,215	-0,136	-1,674	0,096
Ηλικία	-0,109	0,101	-0,153	-1,081	0,281
Χρόνια προϋπηρεσίας	0,058	0,090	0,092	0,641	0,522

Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν ότι λαμβάνοντας υπόψη ταυτόχρονα όλους τους δημογραφικούς παράγοντες, μόνον το φύλο αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από την αποπροσωποποίηση. Επειδή  $p\text{-value}=0,096 < 0,10$  συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 90% το φύλο επηρεάζει τα επίπεδα αποπροσωποποίησης ( $b = -2,034$ ) και συγκεκριμένα ότι οι γυναίκες (φύλο =1) επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά και αρνητικά τα επίπεδα αποπροσωποποίησης.

**Πίνακας 19 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα προσωπικά επιτεύγματα και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	26,722	4,738		5,640	0,000
Φύλο	4,768	1,831	0,208	2,604	0,010
Ηλικία	0,052	0,138	0,050	0,378	0,706
Χρόνια προϋπηρεσίας	0,007	0,126	0,007	0,053	0,958



Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν ότι λαμβάνοντας υπόψη ταυτόχρονα όλους τους δημογραφικούς παράγοντες, μόνον το φύλο αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα προσωπικά επιτεύγματα. Επειδή  $p\text{-value}=0,01 < 0,05$  συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% το φύλο επηρεάζει τα επίπεδα αποπροσωποποίησης ( $b= +4,768$ ) και συγκεκριμένα ότι οι γυναίκες (φύλο =1) έχουν σε σχέση με τους άντρες θετική αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα επιβεβαιώνει το αντίστοιχο αποτέλεσμα που προέκυψε από τη μονο-μεταβλητή ανάλυση μέσω του t-test.

**Πίνακας 20 Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συναισθηματική εξάντληση και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	33,186	6,238		5,320	0,000
Φύλο	1,231	2,184	0,047	0,564	0,574
Ηλικία	-0,269	0,188	-0,216	-1,432	0,154
Χρόνια προϋπηρεσίας	0,413	0,173	0,365	2,388	0,018

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι λαμβάνοντας υπόψη ταυτόχρονα όλους τους δημογραφικούς παράγοντες, μόνον τα έτη προϋπηρεσίας αποτελούν παράγοντα που επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από τη συναισθηματική εξάντληση. Επειδή  $p\text{-value}=0,018 < 0,05$  συμπεραίνεται ότι σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% τα έτη προϋπηρεσίας επηρεάζουν τα επίπεδα αποπροσωποποίησης ( $b= +0,413$ ) και συγκεκριμένα ότι τα έτη προϋπηρεσίας επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά και θετικά την επαγγελματική εξουθένωση λόγω συναισθηματικής εξάντλησης και επομένως η αύξηση των ετών προϋπηρεσίας κατά μία μονάδα αυξάνει τη συναισθηματική εξάντληση κατά 0,413 μονάδες.

## **5.ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί πεδίο που έχει συγκεντρώσει το ερευνητικό ενδιαφέρον λόγω της σπουδαιότητας που έχει η επαγγελματική εξουθένωση στην παραγωγικότητα των επαγγελματιών υγείας και επομένως στην ποιότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης με το εργαλείο MBI, όπως πραγματοποιήθηκε στην παρούσα εργασία, έχει πραγματοποιηθεί από πληθώρα άλλων ερευνών τόσο σε διεθνές (Selim et al., 2018) όσο και σε εθνικό επίπεδο (Πετράκος et al., 2018).

Στην παρούσα εργασία, το 48,4% των ερωτηθέντων παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα διαφέρει αρκετά από το αντίστοιχο αποτέλεσμα άλλης έρευνας στο εξωτερικό. Ειδικότερα, στην έρευνά

τους οι Selim et al (2018) μελετώντας δεδομένα από νοσηλευτικό προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Αλεξάνδρειας, έδειξαν ότι το 80% του δείγματός τους είχε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Επιπλέον, στην ίδια έρευνα σχεδόν το 33% των νοσηλευτών σημείωσε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από την αποπροσωποποίηση ή την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.

Η σύγκριση με τα αντίστοιχα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο ANΘ «Θεαγένειο» δείχνει ότι μεγαλύτερο μέρος των επαγγελματιών υγείας στο νοσοκομείο αυτό παρουσιάζει υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων συγκριτικά με τα αντίστοιχα επίπεδα των νοσηλευτών της έρευνας των Selim et al (2018), καθώς οι αντίστοιχες τιμές στην έρευνά μας διαμορφώθηκαν στο 55,3% και στο 54,4%, αντίστοιχα.

Στην Ελλάδα, αντίστοιχη έρευνα των Panagoroulou et al (2006) σε δύο νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης με τη χρήση του MBI έδειξε ότι για το δείγμα ειδικών ιατρών η μέση τιμή της κλίμακας αποπροσωποποίησης στο δείγμα τους ήταν 6,1, η μέση τιμή στην κλίμακα συναισθηματική εξάντληση ήταν 22,4, ενώ για το δείγμα γενικών ιατρών οι μέσες τιμές στις δύο κλίμακες ήταν 11,3 και 27,3, αντίστοιχα. Η σύγκριση των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας που πραγματοποιήθηκε στο ANΘ «Θεαγένειο» δείχνει ότι οι εργαζόμενοι στο ANΘ «Θεαγένειο» έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερη επαγγελματική εξάντληση από τη συναισθηματική εξάντληση (μ.ο. 28,7) σε σύγκριση με τους ειδικούς και γενικούς ιατρούς της έρευνας των Panagoroulou et al (2006), ενώ οι εργαζόμενοι στο ANΘ «Θεαγένειο» παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εξάντλησης από την αποπροσωποποίηση (μ.ο. 11,2) συγκριτικά με τους ειδικούς ιατρούς αλλά οριακά χαμηλότερα επίπεδα εξάντλησης από την αποπροσωποποίηση συγκριτικά με τους γενικούς ιατρούς του δείγματος που είχε η έρευνα των Panagoroulou et al (2006).

Στην πρόσφατη έρευνα για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης που πραγματοποίησαν οι Konstantinou et al (2018) σε νοσηλευτές τμημάτων ψυχικής υγείας στη Θεσσαλία, εντοπίστηκε ότι το 53,8% του δείγματος είχε υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το 24,4% υψηλή αποπροσωποποίηση και το 25,6% υψηλή εξουθένωση από την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Η σύγκριση των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα της δικής μας έρευνας δείχνει ότι οι επαγγελματίες υγείας στο ANΘ «Θεαγένειο» παρουσιάζουν σε μικρότερο βαθμό

υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (48,4%), αλλά σε μεγαλύτερο βαθμό παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και αποπροσωποποίησης με ποσοστό 54,6% και 55,3%, αντίστοιχα.

Επιπλέον, σε μια έρευνα των Τσετσέλη & Τριγώνη (2017) που δημοσιεύτηκε στο Βήμα του Ασκληπιού και η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 150 νοσηλευτών του Γ.Ν. Ρόδου με τη χρήση του ερωτηματολογίου MBI, έδειξε πως στην πλειοψηφία των ερωτηθέντων και σε ποσοστό 69,9% παρουσιάζουν μέτρια ως υψηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων. Επιπλέον εντοπίστηκε ότι η ηλικία επηρεάζει θετικά τις τρεις διαστάσεις εξουθένωσης, ενώ το φύλο επηρεάζει την αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Η επίδραση του φύλου στην αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων αποτελεί αποτέλεσμα που επιβεβαιώνεται στην έρευνά μας.

Τέλος, οι Γρηγοροπούλου et al (2018) πραγματοποίησαν έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού σε 292 εργαζομένους δύο νοσοκομείων (πρωτεύουσας και περιφέρειας) με τη χρήση του εργαλείου MBI. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το δείγμα παρουσιάζει συναισθηματική εξάντληση με μέση τιμή 22,51, προσωπικά επιτεύγματα με μέση τιμή 35,78 και αποπροσωποποίηση με μέση τιμή 8,64. Η σύγκριση με τα αντίστοιχα της δικής μας έρευνας δείχνει ότι στο ANΘ «Θεαγένειο» εντοπίζονται υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (M.O. 28,7), αποπροσωποποίησης (M.O. 11,2) και χαμηλότερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων (M.O. 32,8). Τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και στις τρεις διαστάσεις που εντοπίζονται στο ANΘ «Θεαγένειο» μπορούν να εξηγηθούν από το γεγονός ότι το νοσοκομείο στο οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα είναι ογκολογικό και επομένως αποτελεί ένα περισσότερο στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον, το οποίο διαφέρει από το αντίστοιχο περιβάλλον ενός γενικού νοσοκομείου.

Ως προς του παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, στην έρευνά μας εντοπίστηκε ότι τα έτη προϋπηρεσίας και το φύλο επηρεάζουν ορισμένες διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ η ηλικία δεν βρέθηκε να επηρεάζει τις αντίστοιχες μετρήσεις. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Panagoroulou et al (2006) στην οποία εντοπίστηκε αφενός ότι το φύλο δεν επηρεάζει καμία διάσταση εξουθένωσης και αφετέρου ότι οι νεότεροι ηλικιακά εργαζόμενοι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εξάντλησης από την αποπροσωποποίηση. Ωστόσο, η ύπαρξη διαφορετικών αποτελεσμάτων μπορεί και πάλι

να αιτιολογηθεί από τις ειδικότερες απαιτήσεις και το περιβάλλον εργασίας που χαρακτηρίζει ένα ογκολογικό νοσοκομείο όπως το «Θεαγένειο» στο οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνά μας.

## 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στο ΑΝΘ «Θεαγένειο» έδειξε ότι η πλειοψηφία του δείγματος (>50%) παρουσιάζει υψηλή επαγγελματική εξουθένωση λόγω έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και λόγω αποπροσωποποίησης. Επιπλέον, μεγάλο τμήμα του δείγματος (48,4%) παρουσιάζει υψηλή συναισθηματική εξάντληση. Επομένως, οι εργαζόμενοι στο ΑΝΘ «Θεαγένειο» βίωσαν σε σημαντικό βαθμό το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αποτέλεσμα που επιβεβαιώνει ευρήματα προγενέστερων ερευνών ως προς την ύπαρξη εργασιακής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, συγκριτικά με προγενέστερες έρευνες, μπορούν να αιτιολογηθούν από τις ειδικότερες απαιτήσεις εργασίας που υπάρχουν σε ένα ογκολογικό νοσοκομείο.

Οι εργαζόμενοι με περισσότερα έτη προϋπηρεσίας παρουσιάζουν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση συγκριτικά με τους εργαζομένους με μικρότερη προϋπηρεσία. Επιπλέον, οι γυναίκες εργαζόμενοι έχουν υψηλότερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων συγκριτικά με τους άντρες, ενώ η ηλικία των εργαζομένων δεν σχετίζεται σημαντικά με καμία διάσταση επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ένας από τους βασικούς περιορισμούς της έρευνας, είναι ότι οι περισσότερες απαντήσεις δόθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου λόγω κυρίως του φόρτου εργασίας που δεν επέτρεψε στους ιατρούς να συμμετάσχουν σε μεγαλύτερο βαθμό στην έρευνα. Επομένως, τα ευρήματα της εργασίας αντιπροσωπεύουν περισσότερο τους νοσηλευτές και ως εκ τούτου στερούν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων για το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο.

Επιπροσθέτως, ο μεγάλος φόρτος εργασίας των επαγγελματιών υγείας στο ογκολογικό νοσοκομείο «Θεαγένειο» είχε ως αποτέλεσμα, σε κάποιες περιπτώσεις, να γίνεται περισσότερο γρήγορα η απάντηση των ερωτηματολογίων και επομένως ο ερωτώμενος ενδεχομένως να μην έχει τον ιδεατό χρόνο να επεξεργαστεί τις ερωτήσεις-μιας και βρισκόταν υπό πιεστικές συνθήκες χρόνου. Τέλος, επιπρόσθετο περιορισμό αποτελεί το γεγονός ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε μόνο σε ένα νοσοκομείο και ως εκ τούτου δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις ή γενικεύσεις για τα επίπεδα εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας.

Παρά τους ανωτέρω περιορισμούς, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κρίνονται σημαντικά για την αναπροσαρμογή του τρόπου οργάνωσης της εργασίας και του περιβάλλοντος εργασίας στο ΑΝΘ «Θεαγένειο». Η διοίκηση του νοσοκομείου πρέπει να δώσει προτεραιότητα στην ενίσχυση της αίσθησης των εργαζομένων για τα προσωπικά τους επιτεύγματα καθώς και στη μείωση αίσθησης αποπροσωποποίησης. Ειδικότερα, η διοίκηση μπορεί να προφυλάξει τους εργαζομένους από την έκθεση στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, βελτιώνοντας το περιβάλλον εργασίας, αυξάνοντας τους διαθέσιμους πόρους που έχουν οι εργαζόμενοι για την εκτέλεση των καθηκόντων τους, προσλαμβάνοντας επιπρόσθετους εργαζομένους ώστε να μειωθεί ο φόρτος εργασίας, καθώς εφαρμόζοντας δράσεις εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που θα συμβάλλουν στην επίτευξη προσωπικών επαγγελματιών στόχων.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Adriaenssens, J., De Gucht, V., Maes, S. (2015) Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research, *Int J Nurs Stud*, 52(2), p. 649-661.

Ahola, K. & Hakanen, J. (2007) Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists, *J. Affect Disord.*, 104(1-3), p. 103-110.

Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Huurtanen, P., Koskinen, A., Yaananen, A. (2009) Occupational burnout and chronic work disability: An eight-year cohort study on pensioning among Finnish Forest industry workers, *J. Affect Disord*, 115(1), p. 150-159.

Ahola, K., Gould, R., Virtanen, M., Honkonen, T., Aromaa, A. & Lonnqvist, J. (2009), Occupational Burnout as a predictor of disability pension: a population-based cohort study, *Occup. Environ Med*, 66(5), p. 284-290.

Albendin, L., Gomez-Urquiza, J.L., Ganadas-De –la-Fuente, G.A., Canadas, G.R., San Luis, C., Agyayo, R. (2016) Bayesian prevalence and burnout levels in emergency nurses: A systematic review, *Rev Latinoam Psicol*, 48(2), p. 137-145.

Amofo, E., Handbali, N., Patel, A. & Singh, P. (2015) What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med*, 65(2), p. 117-121.

Anczewska, M., Switaj, P. & Roszczyrska, J. (2005) Wypalenie zawodowe, *Postepy Psychiatric Neurologii*, 14(2), p. 67-77.

Appels, A. & Shouten, E. (1991) Burnout as a risk factor for coronary health disease, *Behav. Med*, 17(2), p. 53-59.

Armin, G., Melamed, S., Shirom, A. & Shapira, I. (2010) Elevated burnout predicts the onset of musculo-skeletal pain among apparently healthy employees, *J. Occup. Health, Psychol*, 15(4), p. 399-408

Armon, G., Shirom, A., Shapira, I. & Melamed, D. (2008) On the nature of burnout-insomnia relationships: a prospective study of employees adults, *J. Psychosom Res.*, 65(1), p. 5-12.

Armon, G. (2009) Do burnout and insomnia predict each other's levels of change over time independently of the job demand control-support (JDC-S) model?, *Stress & Health*, 25(4), p. 333-342.

Arnal Velasco, D., Romero, Garcia, E., Martinez, P.G., Munoz Corsini, L., Rey Martinez, M. & Postingo, Morales, S. (2016) Patient safety recommendations for out of operating room procedure deduction, *Rev Calid Asists*, 63, p 577-587.

Arrigoni, C., Saruso, R, Companella, F., Berzolari, F.G., Miazza, D. & Pelissero, G. (2015) Investigating burnout situations, nurses'stress perception and effect of a post-graduate education program in healthcare organizations of northern Italy: A multicenter study, *G. Ital Med Lav. Ergon*, 37, p. 39-45.

Astrid, M.R. & Burke R. (1999) Job pressures, organizational support and health among Norwegian managers, *International Journal of Stress Management*, 6, p. 167-178.

Back, A.L., Arnold, R.M., Tulskey, J.A. et al (2003) Teaching communication skills to medical oncology fellows, *J. Clin Oncol*, 21, p. 2433-2436.



- Baile, W.F. & Aaron, J. (2005) Patient – physician communication in oncology: Past, present and future, *Curr Opin Oncol*, 17, p. 331-335.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. & Shaudeli, W.B. (2006). *The socially induces burnout model*. In: Columbus (Eds) *Leading edge research in a cognitive psychology*. New York: Nova Science.
- Bakker, A.B., Van Der Lee, K.L., Lewing, K.A. & Dollard, M.F. (2006) The relationship between the big five personality, factors and burnout: a study among volunteer counselors, *Journal of social psychology*, 146(1), p. 31-50.
- Banerjee, S., Califano, R., Corral, J., de Azambuha, E., De Mattos-Arruda, L., Guameri, V., Hutka, M., Jordan, K., Martinelli, E. & Mountzios, G. (2017) Professional burnout in European young oncologists: results of the European society for medical oncology Young Oncologists Committee, Burnout Survey, *Annals of Oncology*, 28(7), p. 1590-1596.
- Bellini, L.M. & Shea, J.A. (2005) Mood change and empathy decline persists during three years of internal medicine training, *Acad Med*, 80(2), p. 164-167.
- Bernasyl, E. & Vestal, E. (2015) *The relationship between nurses' emotional intelligence and their perceived work performance and their perceived work performance*, College of Education, University of the Visayas, Philippines.
- Borritz, M., Rugulies, R., Christensen, K., Villadsen, E. & Kristensen, T. (2006) Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study, *Occup. Environ Med*, 63(2) p. 98-106.
- Boyatzis, R.E., Strubbs, E.C. & Taylor, S.N. (2002) Learning cognitive and emotional intelligence competencies through graduate management education, *Acad Manage Learn Edu*, 1(2), p. 150-162.
- Burke, R. (1989) Toward a phase model of burnout: some conceptual and methodological concerns, *Group & Organization Studies*, 14(1), p. 23-32.
- Burke, R.J. & Greenglass, E. (1995) A longitudinal study of psychological burnout in teachers, *Human Relations*, 48(2), p. 187-202.

Burke, R.J. (2000), Workaholism in organizations: Psychological and physical well-being consequences, *Stress & Health*, 16(1), p. 11-16.

Burisch, M. (2010) *Das burnout-Syndrom*, 4<sup>th</sup> edition, Heidelberg: Springer.

Canadas-De la Fuente, G.A., Vargas, C., San Luis, C., Garcia, T., Ganadas, G.R., De la Fuente, E. (2015) Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int Nurs Stud*, 52(1), p. 240-249.

Caruso, A., Vigna, C., Bigazzi, V., Spenduti, I., Bongiorno, L. & Allocca, A. (2012), Burnout among physicians and nursing working oncology, *Med. Lav*, 103, p. 96-105.

Cherniss, C. (1980a) *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.

Cherniss, C. (1980b) *Staff burnout: job stress in the human services*. CA: Sage.

Cherry, M.G., Fletcher, I., O' Sullivan, H. & Shaw, N. (2012) What impact do structured educational sessions to increase emotional intelligence have on medical students?, *Med teach*, 34(1), p. 11-19.

Chirico, F. (2016) Job stress models for predicting burnout syndrome: a review. *Ann I<sup>st</sup> super sanita*, 52(3), p. 443-456.

Chuang, C.H., Tseng, P.C., Lin, C.Y., Lin, K.H. & Chan, Y.Y. (2016) Burnout in the intensive care unit professionals, *Medicine (Baltimore)*, 95(50), p. e5629.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. & Przybeck, T.R. (1993) A psychobiological model of temperament and character, *Arch Gen Psychiatr*, 50, p. 975-990.

Denollet, J. (2005) DSI4: standard assessment of negative affectivity social inhibition and type D personality, *Psychosom Med.*, 67(1), p. 89-97.

Donatelle, R.J. & Hawins, M.J. (1989) Employee stress claims: Increasing implications for health promotion programming, *American Journal of Health Promotion*, 3, p. 19-25.

Dominguez-Gomez, E. & Rutledge, D.N. (2009) Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *J Emerg Nurs*, 35(3), p. 273-274.

Dyrbye, L., Thomas, M.R., Massie, F.S. et al (2008) Burnout and suicidal ideation among US medical students, *Ann Intern Med*, 149(5), p. 334-341.

- Dyrbye, L.N., Shanafelt, T.D., Balch, C., Satele, D., Sloan, J. & Greschlag, J. (2011) Relationship between work-home conflicts and burnout among American Surgeons: a comparison by sex, *Arch Surg*, 146(2), p. 211-217.
- Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E. & Verzele, A. (2014) The prevalence of burnout among oncology professionals: oncologists are at risk of developing burnout, *Psycolooncology*, 23, p. 1415-1422.
- Fahrenkopf, A.M., Sectish, T.C., Barger, L.K., Sharek, P.J., Lewin, D., Chiang, V.W. et al (2008) Rates of medication errors among depressed and burnout residents: Prospective cohort study, *MBJ*, 336, p. 488-491.
- Friedman, R. (1985) Making family therapy easier for the therapists: Burnout prevention, *Family process*, 24, p. 549-553.
- Freudenberger, H. (1974) Staff burnout, *Journal of Social Issues*, 30, 19-165.
- Gama, G., Barbosa, F., Viera, M. (2014) Personal determinants of nurses: burnout in end of life care, *Eur J Oncol Nurs*, 18(5), p. 527-533.
- Geurts, S.A. & Sonnentag, S. (2006) Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment, *Scand J. Work Environ Health*, 32, p. 482-492.
- Gordes, C.L. & Dougherty, T.W. (1993) A review and an integration on job burnout, *The Academy of Management Review*, 18(4), p. 621-656.
- Goleman, D. (2005) *In Emotional intelligence – “Duygusal eka”* 29<sup>th</sup> ed Yuksel BS, Instambul: Varlik.
- Golin, M. (1981) Physician burnout: when the healer is wounded, *Amed News*, 24(29), p. supp11-supp12.
- Gomez-Urquiza, J.L., Monsalve-Reyes, C.S., San Luis-Costas, C., Fernandez-Castillo, R., Aquayo-Estremera, R. & Canadas-de la Fuente, G.A. (2017) Risk factors and burnout levels in primary care nurses: a systematic review, *Atencion Primaria*, 49, p. 77-85.
- Graft, L.L. (2003) Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms, *Psychol Sport Exerc*, 6, p. 151-171.

- Grosch, W.N. & Olsen, D.C. (1995) *Prevention: Avoiding burnout*. In M.B. Sussman (Ed) *A perilous calling: The hazards of psycho-therapy practice*, New York: Wiley.
- Grossi, G., Thimten, J., Fandino-Losada, A. Soares, J.J. & Sundin, O. (2009), Does burnout predict changes in pain experiences among women living in Sweden? A longitudinal study, *Stress Health*, 25(4), p. 297-311.
- Hakanen, J.H., Shaufeli, W.B. & Ajola, K. (2008).The job demand-resources model: a three-year cross lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22(3), p. 224-241.
- Hamberger, .K. & Stone, G.V. (1983) Burnout prevention for human service professionals: Proposal for a systematic approach, *Journal of Holistic Medicine*, 5, p. 149-162.
- Heaney, C.A. & Van Ryn, M. (1990) Broadening in scope of worksite stress programs: A guiding framework, *American Journal of Health Promotion*, 4, p. 413-420.
- Hockey, R.V. (2013) *The psychology of Fatigue: work, effort and control*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Homer, J.B. (1985) Worker burnout: A dynamic model with implications for prevention and control, *System Dynamics Review*, 1, p. 42-62.
- Iacovides, A., Fountoulakis, N., Kaprinis, S. & Kaprinis, G. (2003) The relationship between job stress, burnout and clinical depression, *Journal of affective, Disorders*, 75, 209-221.
- Ishak, W.W., Lederer, S., Madili, C. et al (2009) Burnout during residency training: A literature review, *J. Grand Med Educ*, 1(2), p. 236-242.
- Jackson, E.M. & Dishman, R.K. (2006) Cardiorespiratory Fitness and laboratory stress: a meta-regression analysis, *Psychophysiology*, 43, p. 57-72.
- Jena, A.B., Seabury, S., Lakdawalla, D. et al (2011) Malpractice risk according to physician specialty, *N Eng J. Med*, 365, p. 629-636.
- Jimieson, N. (200) Employee reaction to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy, *Work Stress*, 14(3), p. 262-280.

Joseph, R.P., Royse, K.E., Benitz, T.J. & Pekmezi, D.W. (2014) Physical activity and quality of life among university students: exploring self-efficacy, self-esteem and affect as potential mediators, *Qual life Res*, 23, p. 659-667.

Kadzielsky, J.J., Bot, A.G., Ring, D. (2012) The influence of job satisfaction, burnout pain and workers compensation status on disability after finger injuries, *J. Hand Surg. Am.*, 37(9), p. 1812-1819.

Kahn, J. (2013) *Can emotional intelligence be taught?* New York Times, Available at: <https://www.nytimes.com/2013/09/15/magazine/can-emotional-intelligence-be-taught.html>.

Kashka, W.P., Korczak, D. & Broich, K. (2011) Burnout: a Fashionable diagnosis, *Dtsch Arztebl Int*, 108, p. 781-787.

Kitaoka-Higashiguchi, K., Mirikawa, Y., Miura, K., Sakurai, M., Ishizaki, M., Kido, T., Naruse, Y. & Nakagawa, H. (2009) Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-up study, *J. Occup. Health*, 51(2), p. 123-131.

Kim, H., Ji, J. & Kao, D. (2011) Burnout and physical health among social workers: a three-year longitudinal study, *Study Soc Work*, 56(3), p. 258-268.

Kim, V.H., Kim, S.R., Kim, Y.O., Kim, J.Y. & Kim, H.K. (2017) Influence of type D personality on job stress and job satisfaction in clinical nurses: the mediating effects of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction, *J Adv. Nurs*, 73(4), p. 905-916.

Klaperski, S., Von Dawans, B., Heinrichs, M. & Fuchs, R. (2019) Effects of a 12-week endurance training program on the physiological response to psychosocial stress in men: a randomized controlled trial, *J Behav Med*, 37, p. 1118-1133.

Ko, W. & Kiser-Larson, N. (2016) Stress Levels of nurses in oncology outpatients units, *Clin. J. Oncol. Nurs.*, 20, p. 158-164.

Konstantinou, A.K., Bonotis, K., Sokratous, M., Siokas, V. & Dardiotis, E. (2018). Burnout Evaluation and Potential Predictors in a Greek Cohort of Mental Health Nurses, *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), pp. 449-456.

Krasner, M.S., Epstein, R.M., Beckman, H., Suchman, A.L., Chapman, B., Mooney, C.J. & Quill, T.E. (2009) Association of an educational program in mindful

communication with burnout empathy and attitudes among primary care physician, *JAMA*, 302(12), p. 1284-1293.

Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. & Chistensen, K. (2005). The Copenhagen burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout, *Work & Stress*, 19(3), p. 192-207.

Kubota, Y., Okuyama, T., Uchida, M., Umezawa, S., Nakaguchi, T., Sugang, K. & Akechi, T. (2016) Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses; a randomized controlled trial, *Psycho-Oncology*, 25, p. 712-718.

Leighton, S.L. & Roye, A.K. (1984) Prevention and self-care for professional burnout, *Family and Community Health*, 6, p. 44-56.

Leiter, M. & Durup, J. (1994), The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study, *Anxiety stress & Coping*, 7(4), p. 357-373.

Leiter, M. & Maslach, C. (1988) The impact of interpersonal environment on burnout and organizational environment on burnout and organizational commitment, *Journal of organizational behavior*, 9, p. 297-308.

Leone, S.S., Huivers, M.J., Knottnerus, J.A. and Kant, J. (2009) The temporal relationship between burnout and prolonged Fatigue: a 4-year prospective cohort study, *Stress Health*, 25(4), p. 365-374.

Lowenstein, L. (1991) Teacher stress leading to burnout – Its prevention and cure, *Education Today*, 41, p. 12-16.

Lyall, A. (1989) The prevention and treatment of professional burnout, *Loss, grief & Care*, 3, p. 27-32.

MacBride, A. (1983) Burnout: Possible? Propable? Preventable?, *Canadas Mental Health*, 31, p. 2-3.

Madsen, L.E., Lange, T., Borritz, M. & Rugulies, R. (2015) Burnout as a risk factor for antidepressant treatment – a repeated measures time-to-event analysis of 2936 Danish human service workers, *J. Psychiatr. Res*, 65, p. 47-52.

Maslach, C. (1976) Burned-out, *Human Behavior*, 5(9), p. 16-22.

- Maslach, C. & Pines, A. (1977) The burnout syndrome in the day care setting, *Child Care Quarterly*, 6, p. 100-113.
- Maslach, C. (1978a) Job burnout: how people cope, *Public welfare*, 36, p. 56-58.
- Maslach, C. (1978b) The client role in staff burn-out, *Journal of Social Issues*, 34(4), p. 111-124.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1978) Lawyer burnout, *Barrister*, 5(2) p. 52-54.
- Maslach, C. (1979) *The burnout syndrome and patient care in: Garfield, C. (Eds). Stress and Survival: The Emotional Realities of life – Threatening Illness*. Mosby: St. Louis.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981) The measurement of experienced burnout, *Journal of Organizational Behavior*, 2, p. 99-113.
- Maslach, C. (1982b) *Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon*, In W.S. Paine (Ed) *Job Stress and burnout*, Beverly Hill, CA:Stage.
- Maslach, C. & Coldberg, T. (1998) Prevention of burnout: New perspectives, *Applied and Preventive Psychology*, 7, p. 63-74.
- Mateen, F.J. & Dorji, C. (2009) Health care workers burnout and the mental health imperative, *Lancet*, 374, p. 595-597.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Dipaolo, M. (1990) Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence, *J. Pers Assess*, 54, p. 772-781.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D. (2004) Emotional's intelligence: Theory, Findings and Implications, *Psychological Inquiry*, 15(3), p. 197-215.
- Mayer, J.D., Caruso, D. & Salovey, P. (2016) The ability model of emotional intelligence: principles and updates, *Emotion review*, p. 1-11.
- McAdams, D. (2009) *The person: An introduction to the Science of Personality Psychology*, 5<sup>th</sup> New York, NY, USA: John Wiley & Sons.

McMurray, J.E., Williams, E., Schwartz, M.D. et al (1997) Physician job satisfaction: Developing a model using qualitative data-SGIM Career Satisfaction study Group, *J Gen Intern Med*, 12, p. 711-714.

Medscape (2015) Physician lifestyle, Report, assessed in <https://www.medscape.com/slideshow/lifestyle-2015-overview-6006535>.

Melamed, S., Shirom, A., Toker, S. & Shapira, I. (2006) Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons, *Psychosom Med*, 68(6), p. 869-869.

Melamed, S. (2009) Burnout and risk of regional musculoskeletal pain- a prospective study of apparently healthy employed adults, *Stress health*, 25(4), p. 313-321.

Mommersteeg, P.M.C., Denollet, J. & Martens, E.J. (2012) Type D personality depressive symptoms and work-related health outcomes, *Scand J. Public Health*, 40, p. 35-42.

Nelis, D., Quodbach, J. Mikoljzak. M. & Hansenne, M. (2009) Increasing emotional intelligence (how) is it possible?, *Personality and individual differences*, 47, p. 36-41.

Neumann, M., Edelhauser, F., Tauschel, D. et al (2011) Empathy Decline and its reasons: A systematic review of students with medical students and residents, *Acad Med*, 86(8), p. 996-1009.

Pal, H.R., Pal, A. & Tourari, P. (2004) Theories of intelligence, *Everyman's sci*, 39, p. 181-186.

Panagioti, M. & Geraghty, K. (2018) How to prevent burnout in cardiologists? A view of the current evidence, gaps, and future directions, *Trends in cardiovascular medicine*, 28, p. 1-7.

Papadatou, D., Anagnostopoulos, F. & Monos, D. (1994) Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing, *British journal of medical Psychology*, 67(2), p. 187-199.

Panagopoulou, E., Montgomery, A. & Benos, A. (2006). Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists, *European Journal of Internal Medicine*, 17(3), pp. 195-200.



- Patrick, P.K.S. (1984b) Preventing burnout: Coordinating the employee health function, *Family and Community Health*, 6, p. 76-92.
- Patrick, K. & Lavery, J.F. (2007) Burnout in nursing, *Aust F. Adv Nurs*, 24, p. 43-48.
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Fine, A. & Jakel, P. (2015) A culture of avoidance: voices from inside ethnically difficult clinical situations. *Clin J. Oncol Nurs.*, 19, p. 159-165.
- Petrides, K.V., Mikolajczak, M., Mavroveli, S., Sanchez-Ruiz, M.J., Furnham, A. & Perez-Gonzalez, J.C. (2016) Developments in trait emotional intelligence research, *Emot Rev*, 8, p. 335-341.
- Pines, A. & Aronson, E. (1988) *Career burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press London.
- Poulsen, M.G., Poulsen, A.A., Khan, A., Poulsen, E.E. & Khan, S.R. (2011) Work engagement in cancer workers in Queensland: the Flip side of burnout, *Med Imaging Radiat Oncol*, 55, p. 425-432.
- Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M.A. et al (1995) Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians, *Br J Cancer*, 71, p. 1263-1269.
- Richardson, A.N. & Burke, R.J. (1995) Models of burnout: implications for interventions, *International Journal of Stress Management*, 2(1), p. 31-43.
- Riordan, R.I. & Saltzer, S.K. (1992) Burnout prevention among health care providers working with the terminally ill: a literature review, *Omega*, 25, p. 17-24.
- Roelen, C.A., Van Hoffen, M.F., Groothoff, J.W., de Bruin, J., Schaufeli, W.B. & Van Rhenen, W. (2015) *Can the Maslach Burnout Inventory and Utrecht Work Engagement Scale be used to screen for risk of long-term sickness absence?* *Int Arch Occup Environ Health*, 88(4), p. 467-475.
- Romeo-Ratliff, A. (2014) *An investigation into the Prevalence and relationships among compassion Fatigue, Burnout compassion Satisfaction and self-transcendence in Oncology Nurses* (Doctoral Thesis), Retrieved from: <https://pdfs.semanticscholar.org/7b4c/e27ead308a9fa306423f6e987e098498c5b8.pdf>.

- Ross, E. (1993) Preventing burnout among social workers employed in the Field of AIDS/HIV, *Social Work in Health Care*, 18, p. 91-108.
- Salvagioni, D., Melanda, F.N., Mesas, A.E., Gonzalez, A.D., Andrade, S.M., Gabani, F.L. (2017), Psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies, *Plos One*, 12(10), p. e0185781.
- Satterfield, J.M. & Huges, E. (2007) Emotion skills training for medical students: A systematic review, *Med educ*, 41, p. 935-941.
- Satterfield, J., Swenson, S. & Rabow, M. (2009) Emotional intelligence in internal medicine residents: educational implications for clinical performance and burnout, *Ann Behav. Sci Med Educ*, 14(2), p. 65-68.
- Sek, H. (2005) Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi, *Postepy Psychiatrii I Neurologii*, 14(2), p. 93-98.
- Selim, N., Elshaer, M., Moustafa, M.S.A., Aid, M., Ibrajim, M. & Raadan, E. (2018). Job stress and burnout syndrome among critical care healthcare workers, *Alexandria Journal of Medicine*, 54, pp. 273-277.
- Shanafelt, T.D., Sloan, J.A. & Habermann, T.M. (2003) The well-being of physicians, *Am J Med*, 114(6), p. 513-519.
- Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G.J. et al (2009) Burnout and career satisfaction among American surgeons, *Ann Surg*, 250, p. 463-471.
- Shanafelt, T.D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L.N., Sotile, W., Satele, D., West, C.P., Sloan, J., Oreskovich, M.R. (2012) Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population, *Arch Intern Med*, 172(18), p. 1377-1385.
- Shanafelt, T.D. & Dyrbye, L. (2012) Oncologists burnout: causes, consequences and responses, *J. Clin Oncol*, 30(11), p. 1235-1241.
- Shanafelt, T.D., Raymond, M., Horn, L. et al (2014) Oncology Fellows, career plans, expectations and well-being: do fellows know what they are getting into? *J. Clin Oncol*, 32(27), p. 2991-2997.

Shanafelt, T.D., Raymond, M., Kosty, M. et al (2014) Satisfaction with work-life balance and the career and retirement plans of US oncologists, *J Clin Oncol*, 32(11), p. 1127-1135.

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

Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzales-Roma, V. & Baker, A.B. (2002) The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach, *Journal of Happiness Studies*, 3(1), p. 71-92.

Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. & Van Rhonen, W. (2009) How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement and sickness absenteeism, *Journal of Organizational Behavior*, 30(7), 893-917.

Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. & Maslach, C. (2009) Burnout: 35 years of research and practice, *Career Dev. Int*, 14(3), p. 204-220.

Shin, Y.A., Satvinder, S., Shaliwail, S., Tracy, C.A., Tendral, U. et al (2016) Demographics and Personality factors associated with burnout among nurses in a Singapore tertiary hospital, *Biomed Research International*, 151, p. 1-12.

Sonnentag, S. (2012) Psychological detachment from work during leisure time: the benefits of mentally disengaging from work, *Current direction in Psychological Science*, 22, p. 114-118.

Staiger, D.O., Auerbach, D.I. & Buerhaus, P. I. (2010) Trends in the work hours of physicians in the United States, *JAMA*, 303, p. 747-753.

Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D. & Shapira, J. (2012) Burnout and risk of coronary health disease: a prospective study of 8838 employees, *Psychosom Med*, 74(8), p. 840-847.

Toppinen-Tanner, S., Ojajarri, A., Vaananen, A., Kalimo, R. & Jappinen, P. (2005) Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes, *Behav Med*, 31(1), p. 18-27.

Trufeli, D.C., Bensi, C.G., Garcia, J.B., Narahara, J.L., Abrao, M.N., Diniz, R.W et al (2008) Burnout in cancer professionals: A systematic review and metaanalysis. *Eur J Cancer Care*, 17, p. 524-531.

Uchmanowicz, I., Jankowska-Polanska, B. & Bronowicka, G. (2013) Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologii w szpitalach. Wyniki badania wstępnego, *Problemy Pielęgniarstwa*, 21(4), p. 476-183.

Vakola, M., Tsaousis, I. & Nikolaou, I. (2004) The role of emotional intelligence and personality variables on attitudes toward organizational change, *J. Manage Psychol*, 19(2), p. 88-110.

Vargas, C., Canadas, G.A., Aguayo, R., Fernandez, R., De la Fuente, E. (2014) Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study, *Int J Clin Health Psychol*, 14(1), p. 28-38.

Wang, X.S., Armstrong, M.E., Cairns, B.J., Key, T.J. & Trains, R.C. (2011) Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence, *Occup Med (Lond)*, 61, p. 78-89.

Weng, H.C., Hung, C.M., Liu, Y.T., Cheng, Y., Yen, C.Y., Chang, C.C. & Huang, C.K. (2011) Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction, *Med Educ*, 45(8), 835-842.

Wetterneck, T.B., Linzer, M., McMurray et al (2002) Worklife and satisfaction of general internists, *Arch Intern Med*, 162, p. 649-656.

Winwod, P. & Winefield, A.H. (2004) Comparing two measures of burnout among dentists in Australia, *International Journal of Stress Management*, 11, p. 282-289.

Wisetboirisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uapharnthasath, R. & Wiwatanadate, P. (2014) Shift work and burnout among health care workers, *Occupational Medicine*, 64, p. 279-286.

Whippen, A.D. & Canellos, G. P. (1991) Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists, *J. Clin Oncol*, 9(10), p. 1916-1920.

Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1992) Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών, *Ψυχολογικά Θέματα*, 5, σελ. 183-202.

Γρηγοροπούλου, Μ., Πατσάκη, Α., Κατσάρη, Β., Σαράφης, Π., Μπαμίδης, Π., Βαρακλιώτη, Α. & Δομάγερ, Φ. (2018). Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού και διερεύνηση της τάσης μεταπήδησης των νοσηλευτών σε διοικητικές θέσεις, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(5), σελ. 633-641.

Δημητρόπουλος, Χ. & Φιλίππου, Ν. (2008) Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), p. 642-647.

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

Δουβανάς, Α., Μπάλιου, Μ., Παντελάκη, Α., Πουσδέρη, Π. & Μαρβάκη, Χ. (2011) Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου, *Το βήμα του Ασκληπιού*, 10(3), p. 373-388.

Χριστοδούλου, Γ., Λιάππας, Ι., Τομαράς, Β. & Βασιλειάδης, Μ. (2003) *Η ψυχιατρική στη γενική ιατρική*, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

## **Παράρτημα Α': Άδεια διεξαγωγής έρευνας**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
4<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ  
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»  
Αλ. Συμεωνίδη αρ. 2  
Τ.Κ. 540 07

**Α Π Ο Σ Π Α Σ Μ Α**  
πρακτικών της υπ' αριθμ. 14<sup>ης</sup>/24.04.2019 Συνεδρίασης  
του Διοικητικού Συμβουλίου

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ:**

**ΘΕΜΑ 4<sup>ο</sup>:** Χορήγηση άδειας για συλλογή στοιχείων από την μόνιμη υπάλληλο κα ΚΟΥΡΕΝΤΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ, ΤΕ Νοσηλευτικής και μεταπτυχιακή φοιτήτρια, στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με διανομή ερωτηματολογίων σε ιατρούς και νοσηλευτές του Νοσοκομείου.

Το Διοικητικό Συμβούλιο έχοντας υπόψη την εισήγηση της Διοικητικής – Οικονομικής Διευθύντριας στην οποία αναφέρονται τα παρακάτω:

«Θέτουμε υπόψη σας:

1. τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν. 3329/2005 (Φ.Ε.Κ. 81/4.4.2005 τ. Α'),
2. τις διατάξεις του τρίτου άρθρου του Ν. 3527/2007 (Φ.Ε.Κ. 25/9.2.2007 τ. Α'),
3. την Α.Π. 8308/11.04.2019 αίτηση της κας ΚΟΥΡΕΝΤΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑΣ, μόνιμης υπαλλήλου του Νοσοκομείου, κατηγορίας και κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Επιστημών Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, με την οποία ζητά να της χορηγηθεί άδεια συλλογής στοιχείων μέσω διανομής ερωτηματολογίου σε ιατρούς και σε νοσηλευτές του Νοσοκομείου στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας με θέμα «Μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και των προσδιοριστικών της παραγόντων σε ογκολογικό νοσοκομείο», με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Αλετρά Βασίλειο, καθηγητής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας,
4. την Α.Π. 156/29.03.2019 βεβαίωση προόδου του Τμήματος Μητρώου Φοιτητών του Πανεπιστημίου Μακεδονίας,
5. τη σύμφωνη γνώμη των: Μείμαρογλου Παναγιώτη, Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Σουζάνας Ανίσογλου, Διευθύντριας της Ιατρικής Υπηρεσίας, Νικολάου Μπαρμπετάκη, Προέδρου της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Νοσοκομείου,
6. τη σύμφωνη γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου, όπως διατυπώθηκε στη συνεδρίαση της 16<sup>ης</sup> Απριλίου 2019 (έκτακτο θέμα 1<sup>ο</sup>) και

εισηγούμαστε

Την έγκριση του αιτήματος της κας ΚΟΥΡΕΝΤΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑΣ, μόνιμης υπαλλήλου του Νοσοκομείου, κατηγορίας και κλάδου ΤΕ νοσηλευτικής, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Π.Μ.Σ. «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Επιστημών Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, με την οποία ζητά να της χορηγηθεί άδεια συλλογής στοιχείων μέσω διανομής ερωτηματολογίου σε ιατρούς και σε νοσηλευτές του Νοσοκομείου στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας με θέμα «Μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και των προσδιοριστικών της παραγόντων σε ογκολογικό νοσοκομείο», με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Αλετρά Βασίλειο, καθηγητή του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δε θα παρακωλυθεί η λειτουργία του Νοσοκομείου και θα πρέπει να τηρηθούν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και



δεοντολογίας, όλες οι προβλεπόμενες νόμιμες διατάξεις και κανόνες, να ληφθεί μέριμνα για τη διατήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων και της διασφάλισης του απορρήτου. Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα, αποκλειστικά και μόνο για τη συγκεκριμένη έρευνα. Μετά την ολοκλήρωσή της έρευνας η ανωτέρω πρέπει να καταθέσει ανάπτυπο με τα αποτελέσματα στο Νοσοκομείο και στην 4<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης.»

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του τα ανωτέρω και μετά τη διεξοδική συζήτηση μεταξύ των μελών του

#### ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ

Α. Την έγκριση του αιτήματος της κας ΚΟΥΡΕΝΤΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑΣ, μόνιμης υπαλλήλου του Νοσοκομείου, κατηγορίας και κλάδου ΤΕ νοσηλευτικής, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Π.Μ.Σ. «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Επιστημών Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, με την οποία ζητά να της χορηγηθεί άδεια συλλογής στοιχείων μέσω διανομής ερωτηματολογίου σε ιατρούς και σε νοσηλευτές του Νοσοκομείου στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας με θέμα «Μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και των προσδιοριστικών της παραγόντων σε ογκολογικό νοσοκομείο», με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Αλετρά Βασίλειο, καθηγητή του Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δε θα παρακωλυθεί η λειτουργία του Νοσοκομείου και θα πρέπει να τηρηθούν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας, όλες οι προβλεπόμενες νόμιμες διατάξεις και κανόνες, να ληφθεί μέριμνα για τη διατήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων και της διασφάλισης του απορρήτου. Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα, αποκλειστικά και μόνο για τη συγκεκριμένη έρευνα. Μετά την ολοκλήρωσή της έρευνας η ανωτέρω πρέπει να καταθέσει ανάπτυπο με τα αποτελέσματα στο Νοσοκομείο και στην 4<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης.»

Β. Την άμεση επικύρωση της απόφασης.

#### ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

MARIA ΒΛΑΧΟΥ

Π. ΜΑΡΑΠΙΔΗΣ

N. ΜΠΑΡΜΠΕΤΑΚΗΣ

Σ. ΠΙΤΟΥΛΙΑΣ

Ακριβές Απόσπασμα  
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Δ.Σ.  
  
ΑΜΑΛΙΑ ΘΑΝΟΥ

## Παράρτημα Β': Ερωτηματολόγιο Έρευνας

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

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

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



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

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

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

1. Σε μια κλίμακα από 0-10 πως θα αξιολογούσατε την ένταση(το στρες) που βιώνετε στη δουλειά σας μια καθημερινή μέρα;

(κυκλώστε την κατάλληλη τιμή)

(καθόλου) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (όσο δυνατόν περισσότερο)

2. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες βιώσατε κάποιο από τα ακόλουθα συμπτώματα που προκλήθηκε από στρες στη δουλειά

(μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από μια απάντηση)

- Συναισθηματική εξουθένωση
- Θυμός
- Ένταση
- Προσωρινή αίσθηση κατάθλιψης
- Μόνιμη αίσθηση κατάθλιψης
- Διαταραγμένος ύπνος
- Έλλειψη όρεξης
- Πονοκέφαλος
- Άλλο σύμπτωμα.....
- Κανένα από τα παραπάνω

3. Είναι δυνατόν να ξεαγχωθείτε μιλώντας με κάποιο οικείο σας πρόσωπο;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

4. Τα προβλήματα που ενδεχομένως έχετε στην εργασία επηρεάζουν την ιδιωτική σας ζωή;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

5. Το εργασιακό κλίμα στη δουλειά σας ταιριάζει;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

6. Κάθε πότε οι παρακάτω παράγοντες σας προκαλούν απογοήτευση και υπερβολικά μεγάλο φόρτος εργασίας;

(ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΠΑΝΙΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΥΧΝΑ ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ)

-Περιορισμένος χρόνος, βιασύνη 0 1 2 3 4

-Υπερβολική γραφειοκρατία 0 1 2 3 4

-Φόβος επιβολής κυρώσεων από 0 1 2 3 4

τη διοίκηση

-Αυστηρή ιεραρχική δομή του νοσοκομείου 0 1 2 3 4

-Ελλιπείς ή ακατάλληλες εγκαταστάσεις 0 1 2 3 4

-Ανεπαρκής οικονομική ανταμοιβή 0 1 2 3 4

της προσπάθειας

-Ηθικά διλήμματα 0 1 2 3 4

-Συγκρούσεις με μέλη της ομάδας 0 1 2 3 4

-Περιορισμένη απόκτηση κατάλληλων δεξιοτήτων 0 1 2 3 4

και γνώσεων λόγω περιορισμένου χρόνου

-Ισορροπία μεταξύ της εργασίας και προσωπικής 0 1 2 3 4

ζωής

-Σχέσεις με τους ασθενείς 0 1 2 3 4

-Αντιμέτωπιση του πόνου και του θανάτου σε 0 1 2 3 4

ογκολογικούς ασθενείς

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΓΙΑΤΡΩΝ –ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

1. Φύλο : Άνδρας  Γυναίκα
2. Ηλικία .....
3. Οικογενειακή κατάσταση:  
Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος Χήρος
4. Αριθμός παιδιών  
Κανένα  1  2  3 παιδιά και πάνω
5. Βασικός τίτλος πτυχίου  
  
ΔΕ  ΤΕΙ  ΑΕΙ
6. Έχετε κάνει κάποια εκπαίδευση εκτός της βασικής;  
  
Ειδικότητα Μεταπτυχιακό Διδακτορικό Εξειδίκευση
7. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε ; .....
8. Χρόνια προϋπηρεσίας .....
9. Τι σας οδήγησε στο επάγγελμα (σημειώστε ένα ή περισσότερα )  
 Η επιθυμία μου να βοηθάω τους ανθρώπους  
 Η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση  
 Οι επιρροές που δέχτηκα από το περιβάλλον μου  
 Τυχαία βρέθηκα στο επάγγελμα αυτό  
 Άλλο  
  
Εάν απαντήσετε "άλλο", διευκρινίστε το .....