

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**Π.Μ.Σ. ΣΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΉ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Το στρες και η επαγγελματική εξουθένωση στο υγειονομικό προσωπικό  
εν μέσω πανδημίας**

**Χριστουλάκη Αλίκη**

Θεσσαλονίκη, Σεπτέμβριος 2021

## Περίληψη

Είναι ευρέως γνωστό ότι άγχος αποτελεί ένα από τα σημαντικά προβλήματα που πλήττουν την καθημερινότητα των ανθρώπων. Διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά όπως η προσωπικότητα αλλά και εξωγενείς παράγοντες όπως το περιβάλλον και οι συνθήκες εργασίας μπορούν να αποτελέσουν στρεσογόνους παράγοντες και να οδηγήσουν το άγχος σε μεγάλα επίπεδα. Η μεγάλη χρονικά έκθεση σε έντονους στρεσογόνους παράγοντες μπορεί να οδηγήσει σε εξουθένωση. Η εξουθένωση, η οποία οφείλεται σε εργασιακούς παράγοντες, ονομάζεται επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα στη σύγχρονη εποχή.

Ο υγειονομικός τομέας αποτελεί έναν από τους πιο απαιτητικούς τομείς στην παροχή υπηρεσιών. Η φροντίδα των ασθενών, η εξυπηρέτηση των πελατών-ακόμα και των συγγενών, η συνεχής ανάγκη για υψηλή απόδοση και επίδοση και τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας είναι μερικοί από τους παράγοντες που οδηγούν το υγειονομικό προσωπικό σε επαγγελματική εξουθένωση. Με την έναρξη της πανδημίας Covid-19 το Μάρτιο του 2020 το υγειονομικό προσωπικό κλήθηκε να αντιμετωπίσει πρωτόγονες καταστάσεις. Η μεγάλη και γρήγορη εξάπλωση του κορονοϊού, ο φόβος της μόλυνσης οικείων ατόμων, η απώλεια γνωστών και φίλων αύξησαν το άγχος στην εργασία και αποτέλεσαν παράγοντες πρόκλησης επαγγελματικής εξουθένωσης .

Στόχος της έρευνας είναι να διερευνήσει τα επίπεδα του άγχους και αντίστοιχα της επαγγελματικής εξουθένωσης στο υγειονομικό προσωπικό εν μέσω πανδημίας Covid, ένα χρόνο μετά την έναρξη αυτής. Το δείγμα αποτέλεσαν 61 (N=61) άτομα-προσωπικό σε φορείς της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ), Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων και συγκεκριμένα με την Κλίμακα Άγχους του Spielberg και την Κλίμακα για την Επαγγελματική Εξουθένωση της Maslach. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το υγειονομικό προσωπικό βιώνει μέτρια επίπεδα άγχους και

υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση δεν φαίνεται να παίζουν κάποιο ρόλο. Αντίθετα, βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά ως προς το φύλο και την απώλεια της εμπάθειας. Τα δεδομένα αυτά αποτελούν απόδειξη της ψυχικής εξάντλησης των εργαζομένων στους υγειονομικούς φορείς και οι επιπτώσεις αυτών θα είναι αρνητικές, επηρεάζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό, καθίσταται απαραίτητη η άμεση παρέμβαση των αρμοδίων υπηρεσιών και φορέων και η εύρεση της καλύτερης λύσης για την διαχείριση της συγκεκριμένης κατάστασης.

Λέξεις-κλειδιά: άγχος, επαγγελματική εξουθένωση, υγειονομικό προσωπικό, πανδημία Covid-19

# Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	2
<b>Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή</b>	<b>5</b>
1.1. Αιτιολόγηση του θέματος	5
1.2. Σκοπός της έρευνας	6
1.3 Μεθοδολογία	6
1.4. Διάρθρωση της Διπλωματικής εργασίας	7
<b>Κεφάλαιο 2: Επισκόπηση της Βιβλιογραφίας</b>	<b>8</b>
2.1 Η έννοια του άγχους	8
2.2 Η έννοια του εργασιακού άγχους και οι παράγοντες εμφάνισης του	11
2.2.1 Οι επιπτώσεις του εργασιακού άγχους	17
2.3 Το εργασιακό άγχος στο υγειονομικό προσωπικό	21
2.4 Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης	24
2.4.1 Θεωρητικά μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης	27
2.4.2 Οι κλίμακες μέτρησης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	36
2.4.3 Τα αίτια εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	40
2.4.4 Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης	45
2.4.5 Η επαγγελματική εξουθένωση στο υγειονομικό προσωπικό	50
2.5 Η πανδημία Covid-19 και οι επιπτώσεις της στο υγειονομικό προσωπικό	56
<b>Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία έρευνας</b>	<b>62</b>
3.1 Ο σκοπός της έρευνας, το πλαίσιο διεξαγωγής και οι ερευνητικοί στόχοι	62
3.2 Εργαλεία της έρευνας	63
<b>Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα</b>	<b>67</b>
4.1 Δημογραφικός προσδιορισμός	67
4.2 Ευρήματα	71
4.3 Στατιστικοί έλεγχοι	74
<b>Κεφάλαιο 5: Συζήτηση- Συμπεράσματα</b>	<b>91</b>
5.1 Πρακτικές εφαρμογές	91
5.2 Περιορισμοί έρευνας	92
5.3 Βασικά ευρήματα	94
5.4 Η συμβολή της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική διερεύνηση	97
<b>Ελληνική Βιβλιογραφία</b>	<b>99</b>
<b>Ξένη Βιβλιογραφία</b>	<b>100</b>

# Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

## 1.1. Αιτιολόγηση του θέματος

Ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από εντάσεις πιέσεις, εξαντλητικά ωράρια, συνεχή ανάγκη για καλή απόδοση υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα το έργο του υγειονομικού προσωπικού να είναι δύσκολο. Παρά την διάθεση των πόρων που έχει κάθε διοίκηση, η οποία καθιστά εύκολη ή δύσκολη την επιτέλεση των ιατρικών πράξεων, ο ρόλος των υγειονομικών φορέων παραμένει δύσκολος λόγω της φύσης της ίδιας της εργασίας. Πολλές έρευνες έχουν μελετήσει τα επίπεδα του άγχους των ιατρών και των νοσοκόμων και έχουν εντοπίσει υψηλά επίπεδα, τα οποία σταδιακά οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση. Σύμφωνα με την Maslach που αποτελεί και την βασική ερευνητήρια του θέματος, η επαγγελματική εξουθένωση περιλαμβάνει σωματική, ψυχική και νοητική εξουθένωση και παρατηρείται στους επαγγελματίες, των οποίων η δουλειά απαιτεί συνεχώς επαφή με άλλους ανθρώπους. Πρόκειται για ένα σύνδρομο, το οποίο είναι αποτέλεσμα συνεχούς εργασίας υπό πίεση. Για τους Maslach και Jackson (1986) το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελείται από τρεις διαστάσεις, την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την πτώση των προσωπικών επιτευγμάτων. Οι συνθήκες που επικρατούν στους υγειονομικούς φορείς της χώρας μας, το σύστημα υγείας (Ε.Σ.Υ) και η φύση των ιατρικών, παραϊατρικών επαγγελμάτων αποτελούν παράγοντες πρόκλησης άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, με την έναρξη της πανδημίας του Covid-19 τον Μάρτιο του 2020, οι αυξημένες ανάγκες για νοσηλεία, η μεγάλη έξαρση και μετάδοση του ιού, η νοσηλεία πολλών υγειονομικών, η αναστολή των αδειών και τα εκτεταμένα ωράρια προστέθηκαν στην ήδη αυξημένη πίεση του υγειονομικού προσωπικού.

## **1.2. Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει τα επίπεδα του άγχους του υγειονομικού προσωπικού και την ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης, ένα χρόνο μετά την έναρξη της πανδημίας κατά τον οποίο το υγειονομικό προσωπικό δεν έχει ξεκουραστεί λόγω των συνεχών κυμάτων έξαρσης του Covid. Επίσης, είναι σημαντικό να μελετηθούν δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση και κατά πόσο αυτοί σχετίζονται με την ύπαρξη ή μη του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

## **1.3 Μεθοδολογία**

Για την διερεύνηση του θέματος χορηγήθηκαν ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια μέσω Google Forms. Το δείγμα αποτελείται από 61 άτομα (N=61), τα οποία ανήκουν στο υγειονομικό προσωπικό της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ) διαφόρων ειδικοτήτων, γιατροί, νοσοκόμοι, μαίες, ψυχολόγοι διοικητικοί και άλλοι. Για την συλλογή των δεδομένων έγινε η χρήση ψυχομετρικών εργαλείων. Πιο συγκεκριμένα, η Κλίμακα Άγχους του Spielberger (STAI) και για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης η Κλίμακα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach. Μετά τη συλλογή των δεδομένων έγινε στατιστική ανάλυση με τη χρήση του προγράμματος SPSS. Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν είναι t-test ή ANOVA. Χρησιμοποιήθηκε, επίσης, ο συντελεστής του Pearson για την διερεύνηση τυχόν εξαρτήσεων.

#### **1.4. Διάρθρωση της Διπλωματικής εργασίας**

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται η διεθνής βιβλιογραφία σχετικά με την έννοια του εργασιακού άγχους και του άγχους γενικότερα. Αναφέρονται τα θεωρητικά μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης έτσι όπως έχουν διατυπωθεί από τους διάφορους ερευνητές. Ακόμη, παρουσιάζονται οι διάφορες κλίμακες μέτρησης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αίτια εμφάνισης του συνδρόμου και οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σωματικό, ψυχολογικό και συμπεριφορικό επίπεδο παρουσιάζονται στη συνέχεια. Τέλος, γίνεται λόγος για την επαγγελματική εξουθένωση στο υγειονομικό προσωπικό και για την πανδημία Covid-19 και τις επιπτώσεις της στο υγειονομικό προσωπικό. Στο κεφάλαιο 3 παρουσιάζεται η Μεθοδολογία της έρευνας και πιο συγκεκριμένα ο σκοπός διεξαγωγής της, το πλαίσιο και οι ερευνητικοί στόχοι. Αναφέρονται αναλυτικά τα εργαλεία της έρευνας και η δειγματοληψία. Στο κεφάλαιο 4 γίνεται λόγος για τα αποτελέσματα της έρευνας. Αρχικά, γίνεται δημογραφικός προσδιορισμός και παρουσιάζονται τα ευρήματα και οι στατιστικοί έλεγχοι. Το τελευταίο κεφάλαιο, το κεφάλαιο 5, αναφέρεται στην Συζήτηση-Συμπεράσματα της εργασίας. Παρουσιάζονται προτεινόμενες πρακτικές εφαρμογές αλλά και οι περιορισμοί της έρευνας. Ακολουθούν τα βασικά ευρήματα αυτής, η συμβολή της και προτάσεις για μελλοντική διερεύνηση.

## Κεφάλαιο 2: Επισκόπηση της Βιβλιογραφίας

### 2.1 Η έννοια του άγχους

Παρόλο που δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει νιώσει άγχος, ο ακριβής ορισμός της έννοιας του άγχους είναι δύσκολος γιατί ως έννοια αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα απαντήσεων του ατόμου. Κάποιοι ερευνητές το θεωρούν ως ένα ερέθισμα που προκαλεί ψυχολογική ένταση, άλλοι ως σωματική και ψυχολογική αντίδραση σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες. Από αυτή την άποψη, το στρες είναι το υποκειμενικό συναίσθημα ή η σωματική αντίδραση που προκαλείται ως απάντηση σε γεγονότα ή καταστάσεις (Selye, 1993). Ο Lazarus (1999) και οι Lazarus και Folkman (1984) προσεγγίζουν το στρες ως μια διεργασία που βασίζεται στην αλληλεπίδραση και εκτυλίσσεται μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του. Ο βαθμός του στρες που βιώνει το άτομο ως αποτέλεσμα επίδρασης περιβαλλοντικών γεγονότων εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι προκύπτουν από την αλληλεπίδραση και την εναρμόνιση του στο περιβάλλον. Ανάλογα με τη προσωπική ικανότητα του ατόμου να μπορεί να αντιμετωπίζει τις διάφορες καταστάσεις, μπορεί σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις των καταστάσεων αυτών. Οι σκέψεις του ατόμου σχετικά με τις απαιτήσεις μιας κατάστασης και την ικανότητα του να ανταπεξέλθει σε αυτές διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο (Lazarus, 1999· Lazarus & Folkman, 1984). Κατά τη διάρκεια της ζωής του οι άνθρωποι βιώνουν φορτισμένες θετικές και αρνητικές στιγμές. Ωστόσο, οι περισσότεροι όταν αναφέρονται στο στρες ή το άγχος κάνουν λόγο για την πίεση που νιώθουν όταν κάνουν κάτι δυσάρεστο ή συμβαίνει κάτι σ' αυτούς στην καθημερινή τους ζωή το οποίο είναι έξω από τον έλεγχο τους, όταν αισθάνονται σχεδόν οποιαδήποτε μορφή δυσφορίας που προκαλείται από θόρυβο, ψύχος ή κόπωση μέχρι θυμό, απογοήτευση ή σύγχυση (Di Matteo & Martin, 2011). Ο Καραδήμας (2005) διαχωρίζει τις έννοιες “άγχος”



και “στρες” καθώς ο όρος “στρες” αναφέρεται σε διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα στρεσογόνα ερεθίσματα όσο και τις ψυχικές, σωματικές και κοινωνικές αντιδράσεις του ατόμου σε αυτό ενώ το “άγχος” αναφέρεται μόνο στην ψυχική διάθεση, δηλαδή την αντίδραση του ατόμου απέναντι σε εξωτερικούς και εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες. Ωστόσο, στη παρούσα εργασία οι δύο έννοιες θα θεωρούνται ταυτόσημες.

Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου, ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο, του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Εκτός της ψυχολογικής διάστασης της τάσης φόβου και τρόμου, συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Η πηγή του άγχους είναι άγνωστη είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση της φυσιολογικής και συναισθηματικής (ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί. Συνήθως, το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα. Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου (Μάνος, 1997).

Ένα δεύτερο ζήτημα που προκύπτει κατά την προσπάθεια εννοιολογικού προσδιορισμού του στρες είναι ότι κάποιοι ερευνητές το θεωρούν στατικό και αποτέλεσμα ενός μεμονωμένου γεγονότος, ενώ άλλοι το εκλαμβάνουν ως μία μεταβαλλόμενη διεργασία που εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου και ποικίλλει ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες. Είναι ένα φαινόμενο που βιώνεται και μπορεί να παρουσιαστεί έξαρση ή ύφεση ή να οδηγήσει σε προσαρμογή του ατόμου σε μία νέα κατάσταση ανάλογα με διάφορους παράγοντες που συντελούν στον μετριασμό του (DiMatteo & Martin, 2011). Ως διεργασία μπορεί να μελετηθεί διαχρονικά και είναι δυνατόν να

εκτιμηθούν οι συνέπειες του σε μεταγενέστερες συμπεριφορές, αντιδράσεις και σωματικές καταστάσεις. Προκειμένου να προσδιοριστεί πλήρως η εμπειρία του στρες έχει αρχίσει να μελετάται και η χρονιότητα του. Το χρόνιο στρες ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα μιας κατάστασης που επιβάλλει αδιάλειπτα την προσαρμογή του ατόμου σε ένα περιβάλλον, το οποίο από την φύση του είναι ψυχοπιεστικό (Gottlieb, 1997). Στο σύγχρονο κόσμο, το περιβάλλον της εργασίας αποτελεί μία από τις σημαντικότερες πηγές χρόνιου στρες (DiMatteo & Martin, 2011).

## 2.2 Η έννοια του εργασιακού άγχους και οι παράγοντες εμφάνισής του

Η εργασία και το επάγγελμα του ατόμου κατέχουν σημαντική θέση στη ζωή του για ποικίλους λόγους. Αρχικά, η εργασία είναι σημαντική για βιοποριστικούς λόγους καθώς μέσω αυτής εξασφαλίζεται το εισόδημα και το άτομο δύναται να ικανοποιήσει τις διάφορες ανάγκες του. Το επίπεδο του εισοδήματος καθορίζει την κοινωνική του τάξη και ως εκ τούτου την κοινωνική του ταυτότητα ενώ επιτυγχάνεται η ανεξαρτησία από τα παραδοσιακά ιεραρχικά συστήματα όπως η οικογένεια και η κοινωνική πρόνοια. Μέσω της επαγγελματικής εκπαίδευσης και παιδείας που λαμβάνει το άτομο πραγματοποιείται η προσωπική του ανάπτυξη, ενώ μέσω του επαγγέλματος το άτομο αποκτά και νέα ταυτότητα, την επαγγελματική, η οποία επιδρά σε μεγάλο βαθμό στην ψυχοσύνθεσή του. Τέλος, καθώς περνά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του στην εργασία του, είναι πολύ σημαντικό να ικανοποιείται από αυτήν. Ωστόσο, τα σύγχρονα οργανωσιακά περιβάλλοντα δημιουργούν όλο και περισσότερες απαιτήσεις. Όταν το άτομο νιώθει ανίκανο να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του εργασιακού του περιβάλλοντος προκαλείται το εργασιακό άγχος.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται δυσκολία ορισμού του εργασιακού άγχους καθώς χρησιμοποιείται για να περιγράψει τόσο τα αίτια πρόκλησης του αλλά και τις επιπτώσεις του. Η ασυμφωνία αυτή προκύπτει, επομένως, από το τρόπο με τον οποίο προσεγγίζεται η έννοια του εργασιακού άγχους. Από το αν, δηλαδή, προσλαμβάνεται ως χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος, ως ένα συναίσθημα, ή ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του εργαζομένου με το περιβάλλον της εργασίας (Schuler & Jackson, 1986).

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA) ορίζει το εργασιακό στρες “ως το στρες που βιώνει ο εργαζόμενος όταν αντιλαμβάνεται την ύπαρξη ανισοροπίας μεταξύ των απαιτήσεων που πρέπει να ικανοποιήσει και των πόρων που διαθέτει για να

ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις αυτές” (EU-OSHA, 2002). Ο Αμερικανικός Οργανισμός Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH) ορίζει το εργασιακό στρες “ως τις επιζήμιες σωματικές ή ψυχολογικές αντιδράσεις που βιώνει ο εργαζόμενος όταν οι απαιτήσεις της δουλειάς δεν συμβαδίζουν με τις ικανότητες, τους διαθέσιμους πόρους ή τις ανάγκες του και οι αντιδράσεις αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας ή και ακόμη σε τραυματισμούς (NIOSH, 1999). Οι Τούκας και Τούκα (2011) θεωρούν ότι το εργασιακό άγχος αποτελεί τεκμηριωμένη κατάσταση, που προκαλείται από την αλληλεπίδραση των εργασιακών συνθηκών εργασίας και των ατομικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων, με αρνητικές επιδράσεις στην υγεία, αλλά και στην απόδοση της αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητάς τους.

### **Παράγοντες εργασιακού άγχους**

Στον τομέα της εφαρμοσμένης υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, ο ορισμός του επαγγελματικού άγχους βασίζεται σε μία δυναμική αντίληψη στην οποία ενσωματώνονται τα βασικά στοιχεία των σημαντικότερων μοντέλων ανάλυσης της επικινδυνότητας των ψυχοκοινωνικών κινδύνων. Σύμφωνα με αυτή, το επαγγελματικό άγχος αποτελεί μία κατάσταση που προκύπτει από την συνεχή αλληλεπίδραση τεσσάρων μεταβλητών: τις εξωτερικές απαιτήσεις (πίεση προερχόμενη από το περιβάλλον εργασίας), τις εσωτερικές απαιτήσεις (ατομικές προσδοκίες), το εσωτερικό υπόβαθρο του εργαζομένου (ικανότητα να αντιδρά και να προσαρμόζεται στις εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις) και την εξωτερική υποστήριξη (Τούκας & Τούκα, 2011).

Οι παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο στην δημιουργία στρες στον εργασιακό χώρο είναι επαγγελματικές απαιτήσεις. Οι άνθρωποι αισθάνονται συνήθως υψηλότερα επίπεδα στρες όσο περισσότερο τα επαγγέλματά τους απαιτούν δραστηριότητες όπως η

λήψη αποφάσεων, η εκτέλεση πληκτικών, επαναληπτικών καθηκόντων, η επαναλαμβανόμενη ανταλλαγή πληροφοριών με τους άλλους, εργασία σε δυσάρεστες φυσικές συνθήκες και εκτέλεση μη δομημένων, αντί δομημένων καθηκόντων (Greenberg & Baron, 2013). Το Διεθνές Γραφείο για την Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας (1998), επισημαίνει πέντε παράγοντες που σχετίζονται με την δημιουργία επαγγελματικού άγχους:

- Η διάρκεια και η έκταση της σωματικής και γνωστικής προσπάθειας
- Το περιβάλλον εργασίας (κλιματικές συνθήκες, φωτισμός, θόρυβος, εφαρμογή εργονομικών κανόνων στον σχεδιασμό της θέσης εργασίας)
- Η γνωστική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, οι ευθύνες, συγκρούσεις, κοινωνικές σχέσεις
- Κακή φυσική κατάσταση του ατόμου όπως ασθένεια, πόνος, διαταραχή κερκαδιανού ρυθμού, απώλεια ύπνου, ανεπαρκής διατροφή και άσκηση
- Οργανωτικά χαρακτηριστικά της εργασίας.

Οι Cox et al. (2000) αναφέρουν ποικίλες κατηγορίες χαρακτηριστικών της εργασίας που προκαλούν άγχος. Ως προς το περιβάλλον της εργασίας:

- Επιχειρηματική νοοτροπία και λειτουργία: Οι ελάχιστοι διάυλοι επικοινωνίας, η μικρή υποστήριξη για την επίλυση των προβλημάτων και για την προσωπική εξέλιξη, η έλλειψη καθορισμού στόχων της επιχείρησης.
- Ο ρόλος στην οργάνωση: Η ασάφεια και η σύγκρουση των ρόλων, η υπευθυνότητα για άλλα άτομα. Ως ασάφεια ρόλου ορίζεται η συνθήκη, κατά την οποία ο εργαζόμενος δεν γνωρίζει ποιος είναι ο ακριβής ρόλος την εργασίας του, ποια τα καθήκοντα του, με ποια κριτήρια αξιολογείται η απόδοση του και ποιες είναι οι προσδοκίες των συνεργατών του από τον ίδιο (Fontana, 1993). Η κατάσταση αυτή δημιουργεί ένα προσωρινό αίσθημα αμφισβήτησης του ρόλου. Ακόμη, η ευθύνη για άλλα άτομα απαιτεί μεγαλύτερη δαπάνη χρόνου, επικοινωνία, παρακολούθηση

προγραμμάτων επιμόρφωσης, προσπάθεια τήρησης των προθεσμιών, με αποτέλεσμα να δημιουργείται άγχος, να επηρεάζεται η ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων και οι διαπροσωπικές εργασιακές σχέσεις των ατόμων (Αντωνίου, 2006· Cooper et al., 2002).

- Οι προοπτικές σταδιοδρομίας: Η επαγγελματική στασιμότητα, η ταχεία ή αργή εξέλιξη, οι χαμηλοί μισθοί, η επαγγελματική ανασφάλεια και η χαμηλή κοινωνική αξία της εργασίας. Η επαγγελματική ανάπτυξη προκαλεί ευφορία και οικονομική, κοινωνική και ψυχολογική ανάπτυξη στο άτομο. Ωστόσο, η πίεση του χρόνου ή και της εργασίας, αγχώνει το άτομο και έχει αντίθετα αποτελέσματα (Καντάς, 1995).
- Η ελευθερία λήψης αποφάσεων/έλεγχος: η χαμηλή συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων, η έλλειψη ελέγχου της εργασίας
- Οι διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία: η κοινωνική ή φυσική απομόνωση, οι κακές σχέσεις με τους προϊσταμένους, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις είναι πηγές κοινωνικής υποστήριξης και βοηθούν στην διαχείριση του άγχους (Κουλούρη, 2006).
- Η διασύνδεση οικείας-εργασίας: Οι αντικρουόμενες απαιτήσεις της εργασίας και της οικογενειακής ζωής, η χαμηλή υποστήριξη στο σπίτι και τα προβλήματα διπλής σταδιοδρομίας. Οι Αντωνίου & Cooper (2006) επισημαίνουν ότι η μεταφορά του άγχους και των στρεσογόνων παραγόντων στο οικογενειακό περιβάλλον διαταράσσει τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου και έχει αρνητικές συνέπειες στην οικογενειακή ευημερία.

Ως προς τη μορφή της εργασίας:

- Το εργασιακό περιβάλλον και ο εξοπλισμός: τα προβλήματα που σχετίζονται με την αξιοπιστία, την διαθεσιμότητα, την καταλληλότητα και την συντήρηση ή επισκευή του εξοπλισμού & των εγκαταστάσεων
- Η ανάθεση των καθηκόντων: η έλλειψη ποικιλίας, η ανούσια εργασία, η απασχόληση σε θέση κατώτερη των προσόντων του ατόμου και ο υψηλός βαθμός ασάφειας.
- Ο φόρτος εργασίας/χώρος εργασίας: ο υπερβολικός φόρτος ή απουσία εργασίας, η έλλειψη ελέγχου του ρυθμού της εργασίας και η μεγάλη πίεση χρόνου. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας είναι ένας από τους κύριους παράγοντες δημιουργίας άγχους και προκαλεί διαφορετικά σωματικά και ψυχικά συμπτώματα (Cooper et al, 2002). Έρευνες έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι με παρατεταμένο ωράριο και ποιοτικό και ποσοτικό φόρτο εργασίας τείνουν να καταφεύγουν σε ανθυγιεινό τρόπο ζωής όπως το κάπνισμα και είναι πιο πιθανό να αρρωστήσουν (Repetti, 1993). Από την άλλη πλευρά η υποαπασχόληση μπορεί να προκαλέσει άγχος. Καθώς συνδέεται με εργασίες ρουτίνας, δεν δημιουργεί κίνητρα στο άτομο ούτε αξιοποιούνται οι δυνατότητες του με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η σωματική και ψυχική του ευεξία, δημιουργώντας ευερεθιστότητα και επαγγελματική δυσαρέσκεια (Αντωνίου, 2006).
- Το ωράριο εργασίας: η εργασία κατά βάρδιες, τα ανελαστικά ωράρια, οι απρόβλεπτες αλλαγές και ώρες που δεν ευνοούν την κοινωνική και ποιοτική διαβίωση.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση (Elali & Arooqna, 2012), το φύλο, η εκπαίδευση, το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο παίζουν καθοριστικό παράγοντα στο τρόπο διαχείρισης των στρεσογόνων παραγόντων. Οι εργαζόμενοι με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο είναι πιο

αισιόδοξοι και μπορούν να διαχειριστούν το άγχος τους με περισσότερους τρόπους, κατέχουν υψηλότερες θέσεις εργασίας και αισθάνονται πιο σίγουροι για την δουλειά τους (Κοϊνης, 2014).

Ο McLean (1985) υποστηρίζει ότι το εργασιακό άγχος προκύπτει από την “συνύπαρξη” τριών παραγόντων: οι συνθήκες ή καταστάσεις που προκαλούν το στρες (stressors), η ευαλωτότητα (vulnerability) και το περιβάλλον, στο οποίο αλληλεπιδρούν οι δύο παράγοντες (context). Οι τρεις παράγοντες μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου και ο συνδυασμός τους οφείλεται για τα στρεσογόνα αποτελέσματα. Έτσι, ένα άτομο εξαιρετικά ευάλωτο για κάποια χρονική περίοδο σε ένα περιβάλλον εργασίας χωρίς στρεσογόνα γεγονότα ή καταστάσεις δεν θα εμφανίσει συμπτώματα άγχους. Αντίστοιχα, αν υπάρχουν στρεσογόνες καταστάσεις και το περιβάλλον υποβοηθά, αλλά το άτομο δεν είναι ευάλωτο και μπορεί να διαχειριστεί την συνθήκη, τότε πάλι δεν θα εμφανίσει συμπτώματα άγχους. Μόνο στην περίπτωση ταυτόχρονης εμφάνισης και των τριών παραγόντων θα υπάρχει η εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους.

Τέλος, ο Payne (1988) υποστηρίζει ότι το άγχος οφείλεται στις ατομικές διαφορές τις οποίες ομαδοποιεί σε γενετικά χαρακτηριστικά (φύλο, σωματική δύναμη, φυσική κατάσταση, ενεργητικότητα, νοημοσύνη, εσωστρέφεια κλπ), σε επίκτητα χαρακτηριστικά (κοινωνική θέση, ηλικία, μόρφωση) και σε διαμορφωμένα χαρακτηριστικά (τύπος προσωπικότητας A ή B, αυτοεκτίμηση/αυτοεικόνα, έδρα ελέγχου, ευελιξία, εξωστρεφής/εσωστρεφής κλπ).



### 2.2.1 Οι επιπτώσεις του εργασιακού άγχους

Το έντονο και παρατεταμένο άγχος προκαλεί δυσφορία στο άτομο και μπορεί να γίνει παθολογικό όταν επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα του, την επίτευξη των στόχων και την ψυχική του ηρεμία με αποτέλεσμα να αποκτά ψυχοπαθολογική διάσταση. Οι επιπτώσεις των παραγόντων που προαναφέρθηκαν γίνονται αντιληπτές στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων μέσω διαφόρων συμπτωμάτων. Σε οργανικό επίπεδο συνήθως εκδηλώνονται μέσω ήπιων ή σοβαρότερων ψυχοσωματικών προβλημάτων (Papadatou et al., 1994) όπως πονοκέφαλοι, διατροφικές διαταραχές, αδυναμία, κόπωση, καρδιαγγειακές παθήσεις και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Καντάς, 2001). Οι Cooper et al. (2002) στις σωματικές εκδηλώσεις αναφέρουν επίσης την δυσπεψία, τον λήθαργο, τη δυσκοιλιότητα ή διάρροια, την αϋπνία, την ναυτία, την απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος, την τάση προς εφίδρωση χωρίς ιδιαίτερο λόγο, τις νευρικές συσπάσεις, την ονυχοφαγία, τις κράμπες και τους μυϊκούς σπασμούς, το λαχάνιασμα χωρίς άσκηση, τα λιποθυμικά επεισόδια, τα συχνά ξεσπάσματα κλάματος ή την επιθυμία για κλάμα, την ανικανότητα ή την ψυχρότητα, την υπερκινητικότητα και την υψηλή αρτηριακή πίεση.

Σε ψυχολογικό επίπεδο τα συμπτώματα του άγχους εκδηλώνονται: α) σε επίπεδο συμπεριφοράς (ευερεθιστότητα, επιρρέπεια σε λάθη/ατυχήματα, απουσίες από την εργασία, απροθυμία ανάληψης καθηκόντων, συμπεριφορές εξάρτησης στο αλκοόλ, κάπνισμα ή φαρμακευτικές ουσίες) β) σε συναισθηματικό επίπεδο (συναισθηματικές μεταπτώσεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απάθεια, αδιαφορία, κυνισμός, ακόμα και καταθλιπτικά επεισόδια ή διαρκή ανησυχία (Καντάς, 2001)) και γ) σε γνωστικό επίπεδο (διαταραχές αυτοσυγκέντρωσης, ονειροπόληση, σκέψεις αποτυχίας) (Τούκας & Τούκα, 2011). Οι Cooper et al. (2002) στις ψυχολογικές εκδηλώσεις αναφέρουν, επίσης, την επιθετικότητα, την δυσκολία αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων και λήψης αποφάσεων, την έλλειψη ενδιαφέροντος για ζωή, την κλειστοφοβία, την αρρωστοφοβία,

το φόβο της μοναξιάς, το αίσθημα της αποτυχίας και του καταπιεσμένου θυμού, το αίσθημα της εχθρότητας προς τον εαυτό και την παραμέληση εαυτού, τις αλλαγές στη διάθεση, την έλλειψη αυτοεκτίμησης, την απώλεια ενδιαφέροντος για άλλους ανθρώπους, την απομόνωση, την αδυναμία εξωτερίκευσης συναισθημάτων, την απώλεια αίσθησης χιούμορ και τον τρόπο για το μέλλον. Οι Arnold et al. (2005) έχουν ομαδοποιήσει τα συμπτώματα του άγχους σε σωματικά (αϋπνία, πονοκέφαλοι, δυσκοιλιότητα ή διάρροια, απώλεια όρεξης, φάγωμα νυχιών, κλάμα, υπερένταση, αναπνευστικά προβλήματα, διαταραχές ομιλίας, σεξουαλική δυσλειτουργία), συμπεριφορικά (χαμηλή εργασιακή απόδοση/χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, μειωμένη επικοινωνία/παραίτηση, αυξημένα επίπεδα απουσιών, αυξημένη χρήση φαρμάκων, κάπνισμα/αλκοόλ, αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις, αδυναμία λήψης αποφάσεων, αδυναμία αντιμετώπισης καταστάσεων, εργασιομανία, παραίτηση) και ψυχολογικά (κυνισμός/αρνητική διάθεση, απάθεια, αίσθημα ανεπάρκειας, έλλειψη υπομονής/ευερεθιστότητα, χαμηλό ηθικό/αίσθηση ματαιότητας, απώλεια αίσθησης χιούμορ, λύπη, ανία, καχυποψία, φόβος για το μέλλον).

Σε εργασιακό επίπεδο το άγχος μειώνει την δημιουργικότητα και προκαλεί στασιμότητα (Schabracq et al., 2003). Επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου στο να παρέχει υπηρεσίες υψηλού επιπέδου (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014). Μειώνει την εργασιακή απόδοση (Karanika-Murray, 2010), δημιουργεί έλλειψη ευχαρίστησης από την εργασία (Landrum et al., 2012) και δημιουργεί οικονομικές επιπτώσεις για τους οργανισμούς καθώς αυξάνεται το κόστος, λόγω μείωσης της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του προσωπικού. Ακόμη, προκαλεί επαγγελματική δυσαρέσκεια, αυξημένο αριθμό αποχωρήσεων/παραιτήσεων, αυξημένο αριθμό απουσιών και αδειών λόγω ασθενειών, αυξημένα εργασιακά ατυχήματα, υψηλό επίπεδο ανταγωνισμού, χαμηλό ποσοστό εργασιακής δέσμευσης στον οργανισμό, έλλειψη δημιουργικότητας και οργανωτική

αποδιοργάνωση. Τέλος, το επαγγελματικό άγχος έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται, επίσης, με την αναποτελεσματική επικοινωνία, τις συγκρούσεις και την αρνητική στάση απέναντι στις οργανωσιακές αλλαγές στον εργασιακό χώρο (Vakola & Nikolaou, 2005).



### 2.3 Το εργασιακό άγχος στο υγειονομικό προσωπικό

Η εμφάνιση στρεσογόνων παραγόντων και καταστάσεων είναι πολύ πιο συνηθισμένη σε οργανισμούς υγείας όπως τα νοσοκομεία από ότι σε άλλους οργανισμούς. Καθώς η υγεία αποτελεί βασικό κοινωνικό αγαθό και η παροχή φροντίδας υγείας είναι πολύ απαιτητική, γίνεται αντιληπτό ότι η φύση και το περιβάλλον της ίδιας της εργασίας είναι αρκετά στρεσογόνα. Οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να υποφέρουν από εργασιακό άγχος ως αποτέλεσμα οργανωτικών παραγόντων και ανισορροπίας των απαιτήσεων, των δεξιοτήτων ή και κοινωνικής υποστήριξης στην εργασία (Ito et al., 2014). Οι υψηλές απαιτήσεις του επαγγέλματος, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας (Umehara et al., 2007), η σύγκρουση προσωπικής και επαγγελματικής ζωής και τα προβλήματα με ασθενείς, ιδίως όταν αυτά καταλήγουν σε θάνατο αποτελούν τους κύριους παράγοντες δημιουργίας στρες στο υγειονομικό προσωπικό. Οι ιατροί ανήκουν στα επαγγέλματα με αυξημένο εργασιακό άγχος (Cooper et al., 1988), καθώς η εργασία τους αφορά την διαχείριση ανθρώπων και όχι αντικειμένων (Carplan et al., 1975). Τα λάθη και οι παραλείψεις τους έχουν άμεσες επιπτώσεις σε ανθρώπινες ζωές (Rees, 1995) και δεν μπορούν να κρυφτούν ή να περάσουν απαρατήρητα, ειδικά εφόσον μπορεί να προκαλέσουν καταστροφικές συνέπειες για τους ασθενείς, και για τους ίδιους (Payne & Firth-Cozens, 1987). Πηγή εργασιακού άγχους για τους επαγγελματίες υγείας αποτελούν και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Το υγειονομικό προσωπικό έχει να αντιμετωπίσει τους ίδιους τους ασθενείς, τους συνοδούς- συγγενείς, το υπόλοιπο προσωπικό, και την διοίκηση του νοσοκομείου ενώ ταυτόχρονα είναι εκτεθειμένοι σε αυξημένο κίνδυνο για ασθένεια ή τραυματισμό (Αντωνίου, 2002). Ακόμη, πρέπει να δείχνουν ότι είναι ήρεμοι, έχουν έλεγχο της κατάστασης και συναισθάνονται τα προβλήματα των ασθενών τους (Sutherland & Cooper, 1990).

Ως προς τις ειδικότητες οι ογκολόγοι χειρουργοί (Balch & Copeland, 2007), οι καρδιολόγοι χειρουργοί (Waldman et al., 2009), οι ψυχίατροι (Laubach et al., 1999) και οι ψυχολόγοι (Stevanovic & Rupert, 2009) αποτελούν πληθυσμούς με χρόνια εργασιακό άγχος. Επίσης, οι Olkinuora et al. (1990), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσοκομειακοί ιατροί εκτίθενται σε μεγαλύτερο βαθμό σε στρεσογόνες καταστάσεις από ότι οι συνάδελφοι τους που ακούν το επάγγελμα σε διαφορετικό περιβάλλον όπως για παράδειγμα το ιδιωτικό ιατρείο και τα ερευνητικά ιδρύματα.

Το νοσηλευτικό επάγγελμα συγκαταλέγεται, επίσης, στην ομάδα των επαγγελματιών με αυξημένα επίπεδα άγχους. Έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέδειξε ότι οι νοσηλευτές δέχονται την μεγαλύτερη πίεση και στρες από όλους τους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας (Rees & Cooper, 1992). Οι νοσηλευτές, όπως και οι ιατροί επωμίζονται μεγάλη ευθύνη με την φροντίδα των ασθενών. Κατά τον Menzies (1960) τέσσερις είναι οι πηγές δημιουργίας άγχους στους νοσηλευτές: η φροντίδα του ασθενούς, η λήψη αποφάσεων, η ανάληψη ευθυνών και οι συνεχείς εναλλαγές. Αντίστοιχα, οι Gray-Toft & Anderson (1981) αναφέρουν επτά πηγές: την επαφή με τον θάνατο, τις διαμάχες με τους ιατρούς και τις διαμάχες με τους συναδέλφους, την έλλειψη υποστήριξης, την ανεπάρκεια προετοιμασίας για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς, τον αυξημένο φόρτο εργασίας και την αβεβαιότητα της θεραπείας. Αντίστοιχα, μια πιο πρόσφατη έρευνα του McVicar (2003) υποδεικνύει ως κύριους παράγοντες δημιουργίας στρες στους νοσηλευτές τον φόρτο εργασίας, τις συγκρούσεις στο χώρο εργασίας, την συναισθηματική φόρτιση από τη νοσηλεία, τις αμοιβές και την εργασία με βάρδιες. Σε έρευνα ο Bates (1975) βρήκε ότι οι νοσηλευτές που είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα των ασθενών εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα στρες σε σχέση με τους βοηθούς νοσηλευτές και τους νοσηλευτές σε διοικητικές θέσεις. Οι πλειοψηφία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας βιώνει απογοήτευση σε κάποια στιγμή της

καριέρας τους και ιδιαίτερα στον δημόσιο τομέα, όπου παρουσιάζεται αυξημένη πίεση και μειωμένο ηθικό σε μεγαλύτερη συχνότητα (Clay, 1989) με τους πιο στρεσογόνους παράγοντες να είναι η επαφή με τον θάνατο και ο φόρτος εργασίας (Patrick et al, 1991). Οι Μουστάκα κ.α. (2008) βρήκαν ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες εργασιακού άγχους για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ο φόρτος εργασίας και η δυσκολία συντονισμού της προσωπικής-οικογενειακής και της εργασιακής ζωής.

## 2.4 Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ειδικούς ψυχικής υγείας, καθώς αποτελεί αποτέλεσμα του χρόνιου και παρατεταμένου άγχους, αλλά και το μανάτζμεντ, καθώς έχουν αναγνωριστεί οι συνέπειες που μπορεί να επιφέρει τόσο στην ψυχική και σωματική υγεία του εργαζόμενου όσο και στον οργανισμό ως αποτέλεσμα της μείωσης της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας του προσωπικού. Οι διάφορες εννοιολογικές προσεγγίσεις έχουν στόχο να διαχωρίσουν τις έννοιες του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Κάντας, 1996). Το burnout είναι ένα ψυχολογικό σύνδρομο που συνεπάγεται την απώλεια ανησυχίας για τους ανθρώπους, με τους οποίους κάποιος εργάζεται αλλά και για την ίδια του την εργασία, και συνδέεται συνήθως με τους εργαζόμενους σε επαγγέλματα φροντίδας (Maslach, 1982). Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (burnout) δεν αποτελεί συνώνυμο του εργασιακού στρες (job stress), καθώς το στρες είναι μια προσωρινή κατάσταση προσαρμογής ενώ το burnout είναι το αποτέλεσμα της αποτυχίας προσαρμογής. Διαφέρει από την κόπωση (fatigue), αυτή τη γενικευμένη, σχετικά μόνιμη κατάσταση, οι αιτίες της οποίας προσδιορίζονται με ακρίβεια και είναι κατά βάση μια σωματική κατάσταση ενώ το burnout είναι κατά βάση ψυχολογική. Τέλος, διαφέρει από την κατάθλιψη (depression) που αποτελεί γενικευμένη κατάσταση, σε αντίθεση με το burnout που έχει σχέση μόνο με την εργασία.

Ο Freudenberger το 1974, πρώτος έκανε λόγο για τον όρο «επαγγελματική εξουθένωση» προκειμένου να περιγράψει τα συμπτώματα σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας. Ο πιο αποδεκτός ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης στη βιβλιογραφία είναι αυτός της ψυχολόγου Christine Maslach (1982). Η Maslach (1982) περιγράφει τον όρο ως «δείκτη φθοράς» των αξιών, της αξιοπρέπειας και της θέλησης του εργαζομένου και αναφέρει πως η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται βαθμιαία σε ένα «φαύλο κύκλο» από τον οποίο είναι δύσκολα



ξεφεύγει κάποιος. Οι Maslach και Jackson (1981) περιέγραψαν την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης, απώλειας ενδιαφέροντος και ανικανοποίησης από την εργασία, η οποία συνδέεται με αρνητική εικόνα εαυτού και ανέδειξαν τρεις διαστάσεις του burnout: την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τα μειωμένα αισθήματα προσωπικής ολοκλήρωσης σε συνεργασία με άλλους.

Οι Edelwich και Brodsky (1980) αναφέρουν πως η επαγγελματική εξουθένωση αφορά μια προοδευτική διεργασία αποϊδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους ή στα ιδανικά του επαγγελματία. Για τον Cherniss (1980) αποτελεί διαδικασία κατά την οποία οι στάσεις και η συμπεριφορά του επαγγελματία της υγείας αλλάζει με αρνητικό τρόπο ως αντίδραση στο επαγγελματικό άγχος. Οι Pines και Aronson (1988) παρατήρησαν τις σωματικές, συναισθηματικές και ψυχικές επιπτώσεις του φαινομένου στον εργαζόμενο ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας έκθεσης του σε ιδιαίτερα ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Επίσης, οι Schaufeli και Enzmann (1998) θεωρούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει σχέση με την εργασία και διακατέχεται από συναισθηματική και σωματική κόπωση, στρες μειωμένη αποτελεσματικότητα, δυσλειτουργικές στάσεις και εργασιακές συμπεριφορές και διέκριναν τους ορισμούς με δύο κατηγορίες, σε αυτούς που αναφέρονται σε συμπτώματα (Maslach, Pines & Aronson) και σε αυτούς που κάνουν λόγο για την διαδικασία (Cherniss, Edelwich). Τέλος, ο Potter (2001) όρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως μια διαταραχή στο εργασιακό περιβάλλον που οδηγεί σε γενικότερη σωματική και γνωστική αδυναμία.

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με το σύνδρομο και έχουν διατυπώσει ορισμό για την επαγγελματική εξουθένωση. Παρόλα αυτά, σχεδόν η πλειοψηφία των μελετητών συμφωνούν πως η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια μακροχρόνια αντίδραση στο στρες και καταλήγουν σε κοινά σημεία, ότι δηλαδή, η επαγγελματική εξουθένωση

εμφανίζεται τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο οργανισμού, βιώνεται ως αρνητική εμπειρία και μάλιστα αποτελεί εσωτερική ψυχολογική εμπειρία, η οποία περιλαμβάνει συναισθήματα, στάσεις, προσδοκίες και κίνητρα. Σχετίζεται με προβληματικές καταστάσεις υγείας και τις αρνητικές επιπτώσεις αυτών, δεν προϋποθέτει την ύπαρξη προβλήματος υγείας και εμφανίζεται και σε υγιή άτομα και έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας των ατόμων.

#### 2.4.1 Θεωρητικά μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα ερμηνεύουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μίας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος (Vachon, 1987). Μερικοί ερευνητές αποδίδουν την επαγγελματική εξουθένωση σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες. Αυτές μπορεί να είναι το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού (Pines, 1986) ενώ άλλοι όπως οι Leiter και Maslach, (1988), οι Dekker και Schaufeli (1995) και Antoniou (1999), τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας, ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες του ατόμου για τον εαυτό αλλά και από το χώρο της εργασίας του.

#### **Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)**

Το μοντέλο αυτό αναδεικνύει τρεις διαστάσεις καθεμία από τις οποίες αντιπροσωπεύει και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων.

**Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion):** Θεωρείται η πιο σημαντική από τις τρεις διαστάσεις και χαρακτηρίζεται από συναισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωση, απώλειας της ενέργειας και της διάθεσης. Συνήθως συνοδεύεται από συναισθήματα απογοήτευσης και έντασης. Το άτομο καθίσταται ανίκανο να συγκεντρωθεί στην εργασία του, νιώθει ανίκανο να προσφέρει στους άλλους και γίνεται ανεύθυνο. Η διάσταση αυτή θεωρείται βασικό συστατικό του άγχους, το οποίο διέπει την επαγγελματική εξουθένωση (Maslach et al., 2001).

**Αποπροσωποποίηση (depersonalization):** Ο εργαζόμενος απομακρύνεται και αποξενώνεται από το περιβάλλον του, έχει απρόσωπες, επιθετικές και κυνικές σχέσεις με

αυτούς, είναι αγενής, έχει κακή επικοινωνία μαζί τους. Η αποπροσωποποίηση θεωρείται ως ένας μηχανισμός αντιμετώπισης της εξουθένωσης από πλευράς εργαζομένων, ο οποίος δεν είναι μόνο μια αποδεκτή αντίδραση αλλά και επαγγελματική (Cordes & Dougherty, 1993).

**Έλλειψη προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment):** Ο εργαζόμενος αξιολογεί αρνητικά τον εαυτό του, έχει την αίσθηση της ανικανότητας να προσφέρει στο χώρο εργασίας του και να έχει θετικές αλληλεπιδράσεις με το εργασιακό του περιβάλλον. Ακόμη και εάν έχει επιτυχίες τις υποτιμά και αισθάνεται μη ικανός, μη παραγωγικός και αναποτελεσματικός. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η απουσία του αισθήματος της πληρότητας αποτελούν τα κύρια συναισθήματα αυτής της διάστασης (Maslach, 2003).

### **Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)**

Σύμφωνα με τον Cherniss (1980), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί «περισσότερο διαδικασία παρά μεμονωμένο συμβάν». Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην επισκόπηση των παραγόντων που προκαλούν την επαγγελματική εξουθένωση και των προσδοκιών που έχουν οι εργαζόμενοι όταν μπαίνουν στο εργασιακό τους περιβάλλον. Αποτελεί μία διαδικασία τριών σταδίων:

1. **Φάση του «εργασιακού στρες»:** Πρόκειται για διατάραξη μεταξύ των απαιτούμενων και των διαθέσιμων πόρων. Το εργασιακό στρες προκύπτει ως αποτέλεσμα της διατάραξης αυτής στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου. Η διατάραξη αυτή δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν τους προσωπικούς στόχους που θέτει το άτομο και τις υποχρεώσεις που του αναθέτει το εργασιακό περιβάλλον. Μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς απαραίτητα να προκαλέσει επαγγελματική εξουθένωση.

2. **Φάση «εξάντλησης»:** Είναι η συναισθηματική αντίδραση στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωση, ανία, έλλειψη ενδιαφέροντος και απάθεια. Πηγή εξάντλησης αποτελεί ο εργασιακός χώρος. Ο εργαζόμενος βιώνει συνεχή ένταση και, αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.
3. **Φάση «αμυντικής κατάληξης»:** Στο στάδιο αυτό, γίνονται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζομένου, η οποία χαρακτηρίζεται από αδιαφορία για την εργασία, κυνισμό και απάθεια για τους άλλους. Οι αλλαγές αυτές αποσκοπούν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με στόχο να μπορέσει ο εργαζόμενος να διαχειριστεί την κατάσταση αυτή και να επιβιώσει επαγγελματικά.

Το μοντέλο του Cherniss περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση σε τρία επίπεδα, το ατομικό, το οργανωτικό και το κοινωνικό. Οι πτυχές του εργασιακού περιβάλλοντος και τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε εργαζόμενου μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες δημιουργίας άγχους. Έτσι, τα άτομα προσπαθούν να διαχειριστούν τις πιέσεις που δέχονται με διάφορους τρόπους όπως είναι η μείωση των εργασιακών στόχων ή η “απομυθοποίηση” της ιδεαλιστικής προσέγγισης της εργασίας. Αν δεν το πετύχουν αυτό, τότε επέρχεται η επαγγελματική εξουθένωση.

### **Το μοντέλο των Edelwich και Brodsky (1980)**

Για τους Edelwich και Brodsky (1980) η επαγγελματική εξουθένωση αφορά μian προοδευτική διαδικασία επαναπροσδιορισμού της “εξιδανίκευσης” της εργασίας μεταξύ της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους και τα ιδανικά του

εργαζόμενου. Η θεωρητική αυτή προσέγγιση αποτελείται από τέσσερα στάδια, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του:

1. **Ενθουσιασμός:** Ο εργαζόμενος είναι ενθουσιασμένος με την είσοδό του στον επαγγελματικό κόσμο, έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και πολλές φορές μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Σε αυτό το στάδιο προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση από την εργασία του, υπερεπενδύει τόσο σε αυτήν αφιερώνοντας το χρόνο του, όσο και στις σχέσεις με τους αποδέκτες των υπηρεσιών. Καθώς όμως διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει παρουσιάζει απόκλιση από τις προσδοκίες του, βιώνει απογοήτευση.
2. **Αμφιβολία και αδράνεια:** Ο εργαζόμενος συνειδητοποιεί ότι, παρά την επένδυση που έχει κάνει στην εργασία του, αυτή δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και τις ανάγκες του. Θεωρεί τον εαυτό του υπεύθυνο για την αποτυχία και προσπαθεί να επενδύσει σε αυτή περισσότερο, χωρίς, ωστόσο, καμία επιτυχία. Έτσι, η εργασία σιγά σιγά παύει να είναι ιδανική, ωστόσο, δεν αναθεωρεί τις προσδοκίες του.
3. **Απογοήτευση και ματαίωση:** Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και αρχίζει να αποθαρρύνεται και να απογοητεύεται. Για να μπορέσει να ξεφύγει από αυτόν τον φαύλο κύκλο πρέπει να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του ή να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο.
4. **Απάθεια:** Σε αυτό το στάδιο αποφεύγει να αναλάβει οποιαδήποτε ευθύνη ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους αλλά σταματά να επενδύει στην εργασία του, αδιαφορώντας για τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του.

### **Το μοντέλο της Pines (1988)**

Η Pines και οι συνεργάτες της ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Η προσέγγιση αυτή δίνει μεγάλη έμφαση στο ρόλο του εργασιακού περιβάλλοντος. Θεωρεί ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα κίνητρα είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση και τη σοβαρότητα του συνδρόμου στο άτομο. Οι εργαζόμενοι που είναι περισσότερο αφοσιωμένοι εμφανίζουν βαρύτερες μορφές εξουθένωσης. Κατά την Pines αυτό αποδίδεται σε υπαρξιακά αίτια, δηλαδή στην ανάγκη του ανθρώπου να νοηματοδοτήσει τη ζωή του μέσω της εργασίας του. Όταν η εργασία αποτυγχάνει να το κάνει, η επαγγελματική εξουθένωση είναι αναπόφευκτη (Pines, 1989). Η Pines και οι συνεργάτες της εκτός από τους επαγγελματίες υγείας διερεύνησαν τις οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1988) και τις πολιτικές συγκρούσεις. Το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιεί η Pines (Burnout Measure, 2005) αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μια μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία, σε αντίθεση με την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που εμφανίζεται μαζί με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης (Pines 2005, Pines & Keinan, 2005).

### **Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου του Karasek**

Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου-κοινωνικής στήριξης (Karasek, 1979· Karasek & Theorell, 1990), ορίζει τρεις βασικούς παράγοντες άγχους, οι οποίοι επιδρούν στην ευεξία των εργαζομένων:

1. Ψυχολογικές απαιτήσεις της εργασίας
2. Έλεγχος ή εύρος λήψης αποφάσεων

### 3. Κοινωνική στήριξη από προϊστάμενους, συναδέλφους και υφιστάμενους.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, τα αρνητικά συμπτώματα του άγχους όπως η κόπωση, η αγωνία, η κατάθλιψη και οι σωματικές παθήσεις, εμφανίζονται όταν οι ψυχολογικές απαιτήσεις είναι υψηλές και ο έλεγχος της εργασίας όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων είναι χαμηλός. Η κοινωνική στήριξη μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας. Η εργασία προκαλεί στρες στον εργαζόμενο όταν είναι αδιάφορη, είναι πληκτική και μονότονη και δεν τον βοηθά να αναπτύσσει και να αξιοποιεί τις ικανότητες, τις γνώσεις του ή να αναπτυχθεί περαιτέρω αποκτώντας νέες γνώσεις και δεξιότητες. Κατά το μοντέλο αυτό τα διάφορα επαγγέλματα συσχετίζονται με το εργασιακό άγχος και με τον κίνδυνο ασθένειας και έχει αποτελέσει εργαλείο μέτρησης σε αρκετές επιδημιολογικές μελέτες χρόνιων νόσων.

#### **Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής (ERI: The effort-reward imbalance model)**

Οι Siegrist et al. (1990) πρότειναν, επίσης, ένα μοντέλο για τη σχέση μεταξύ των εργασιακών συνθηκών και της υγείας των εργαζομένων. Το μοντέλο αυτό, βασίζεται στην υπόθεση ότι πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στην προσπάθεια που κάνει ο εργαζόμενος στη δουλειά του και στις ανταποδόσεις που λαμβάνει. Αν κάτι τέτοιο σε επιτυγχάνεται τότε νιώθει πίεση και δυσαρέσκεια, κάτι που μακροπρόθεσμα επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας του. Πιο συγκεκριμένα, για τους ερευνητές ο όρος προσπάθεια έχει διπλή διάσταση. Αναφέρεται στην εξωγενή προσπάθεια, δηλαδή το έργο που καταβάλλει ο εργαζόμενος για να εκπληρώσει τις απαιτήσεις της δουλειάς, και στην ενδογενή προσπάθεια, δηλαδή τα εσωτερικά κίνητρα του εργαζόμενου που τον ωθούν να αποδώσει στον εργασιακό του χώρο, όπως η ανάγκη για λήψη πρωτοβουλιών, για κοινωνική αναγνώριση, η ανταγωνιστικότητα του, ο βαθμός ευερεθιστότητας του και η ικανότητα του να διαχωρίζει την επαγγελματική από την προσωπική του ζωή. Ως



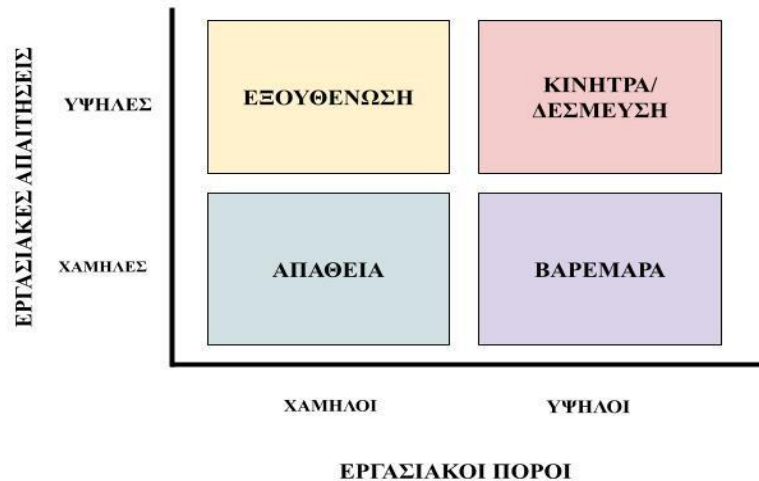
ανταπόδοση λαμβάνει από τη δουλειά του κοινωνική αναγνώριση, χρηματική ανταμοιβή, τη δυνατότητα διατήρησης της εργασιακής του θέσης και επαγγελματική/οικονομική ασφάλεια.

### **Το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων-πόρων (JD: The Job Demands-Resources Model)**

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί αποτέλεσμα των πολλών εργασιακών απαιτήσεων, οι οποίες δεν μπορούν να καλυφθούν από ούτε από τις πηγές ούτε από το σύνολο των ευεργετημάτων που αυτή προσφέρει. Με τον όρο εργασιακές απαιτήσεις αναφέρονται οι σωματικές, κοινωνικές και οργανωτικές πλευρές της εργασίας, οι οποίες απαιτούν σωματική και γνωστική προσπάθεια και σχετίζονται με συγκεκριμένες σωματικές και ψυχολογικές θυσίες (Demerouti et al., 2001). Αντίστοιχα, ως εργασιακοί πόροι αναφέρονται οι σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οργανωτικές πλευρές της εργασίας, οι οποίες μπορούν να:

- είναι λειτουργικές προς την επίτευξη των εργασιακών στόχων.
- μειώνουν τις εργασιακές απαιτήσεις που συνδέονται με τις φυσικές και ψυχολογικές θυσίες
- προωθούν την προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη (Bakker & Demerouti, 2007· Demerouti et al., 2001) .

*Σχήμα 1: Αλληλεπιδράσεις, Μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων-πόρων*



### Το μοντέλο των Shirom & Melamed (2003)

Το μοντέλο αυτό βασίστηκε στη θεωρία της Maslach, της Pines και των συνεργατών τους. Το Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM) δέχτηκε επιρροή από το μοντέλο του Hobfoll και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια συναισθηματική κατάσταση, η οποία αποτελείται από τρία στάδια:

1. τη σωματική κόπωση, η οποία χαρακτηρίζεται από το αίσθημα της κούρασης και της μειωμένης ενέργειας
2. τη συναισθηματική εξάντληση, η οποία χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας για την έκφραση συναισθημάτων ενσυναίσθησης προς τους άλλους
3. τη γνωστική κόπωση που περιγράφεται ως μειωμένη διανοητική εκκίνηση (Hobfoll & Shirom, 2000).

### Το μοντέλο της Κοπεγχάγης (2005)

Πρόκειται για το νεότερο μοντέλο της επαγγελματικής εξουθένωσης και δημιουργήθηκε για να καλύψει τα κενά που δημιουργήθηκαν από την έντονη κριτική που

ασκήθηκε στο μοντέλο της Maslach. Οι δημιουργοί του CBI (Copenhagen Burnout Inventory) υποστηρίζουν ότι οι τρεις συνιστώσες του μοντέλου της Maslach δεν πρέπει να θεωρούνται ως συστατικά μέρη του συνδρόμου αλλά ως αποτελέσματα αυτού (Kristensen et al., 2005). Το CBI αποτελείται από τρεις υποκλίμακες, την προσωπική εξουθένωση, την επαγγελματική εξουθένωση και την εξουθένωση σχετιζόμενη με την επαφή με ανθρώπους, ώστε να μπορούν να απαντηθούν από εργαζόμενους διαφόρων επαγγελμάτων. Βάση του μοντέλου αποτέλεσε ο ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης από τους Schaufeli και Greenglass “ως μιας κατάστασης σωματικής και πνευματικής κόπωσης από τη μακροχρόνια έκθεση σε εργασιακές καταστάσεις που είναι συναισθηματικά απαιτητικές” (Schaufeli & Greenglass, 2001). Οι τρεις υποκλίμακες προβλέπουν την εμφάνιση ασθενειών προβλημάτων, στον ύπνο, χρήση αναλγητικών και υψηλή πρόθεση από τους εργαζομένους να εγκαταλείψουν την εργασία τους (Schaufeli & Greenglass, 2001).

#### 2.4.2 Οι κλίμακες μέτρησης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης απασχόλησε πολλούς ερευνητές από το πεδίο της οργανωσιακής ψυχολογίας και οργανωσιακής συμπεριφοράς, οι οποίοι βασίστηκαν στα θεωρητικά μοντέλα που προαναφέρθηκαν. Για την μελέτη και την αξιόπιστη μέτρηση του φαινομένου, η οποία θα οδηγούσε σε εγκυρα και αξιόπιστα ερευνητικά μοντέλα, δημιουργήθηκαν διάφορα εργαλεία. Η δημιουργία θεωρητικής βάσης αποσκοπεί στην κατανόηση του φαινομένου, την εύρεση των αιτιών πρόκλησης του, τη δυναμική του και τις επιπτώσεις του, για να μπορεί να γίνει πρόληψη των αποτελεσμάτων αλλά και διορθωτική παρέμβαση σε περίπτωση εμφάνισης του φαινομένου.

Στη συνέχεια αναφέρονται τα εργαλεία μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης που χρησιμοποιούνται ευρέως:

#### **Η Κλίμακα της Maslach (The Maslach Burnout Inventory-MBI)**

Για την μέτρηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης η Maslach δημιούργησε το ερωτηματολόγιο The Maslach Burnout Inventory-MBI. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις, που ομαδοποιούνται σε τρεις διαστάσεις: τη Συναισθηματική Εξάντληση, την Αποπροσωποποίηση και τα Προσωπικά Επιτεύγματα. Οι συμμετέχοντες απαντούν σε μια κλίμακα Likert 7 σημείων επιλέγοντας από το 0 (ποτέ) έως το 6 (κάθε μέρα). Η βαθμολογία κάθε κλίμακας υπολογίζεται με το άθροισμα των επιμέρους απαντήσεων στις ερωτήσεις που την αποτελούν.

Η υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης αποτυπώνει το βαθμό της συναισθηματικής υπερφόρτωσης και εξάντλησης του ατόμου. Η συναισθηματική εξουθένωση, μάλιστα, θεωρείται ο πυρήνας του ερωτηματολογίου και αποτελεί το κυρίαρχο συστατικό του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al., 2001). Η υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης την αποστασιοποιημένη στάση του εργαζομένου

και την αποφυγή κοινωνικής επαφής και επικοινωνίας με το εργασια περιβάλλον. Η υποκλίμακα της μειωμένης προσωπικής επίτευξης καταγράφει τις αντιλήψεις του ατόμου για την επίδοση και την αποτελεσματικότητά του. Το συγκεκριμένο εργαλείο μετρά την συχνότητα των συναισθημάτων των εργαζομένων κατά τη διάρκεια του εργασιακού έτους.

### **Η Κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout Inventory-BI)**

Η κλίμακα BI δημιουργήθηκε από τους Pines, Aronson και Kafry (1981). Αποτελείται από 21 ερωτήματα και για τη βαθμολόγηση τους χρησιμοποιείται μια κλίμακα Likert με το 0 να σημαίνει «ποτέ» και το 6 να σημαίνει «πάντα». Ο μέσος όρος των απαντήσεων αποτελεί την συνολική βαθμολογία και τα ερωτήματα αντιπροσωπεύουν τα τρία συστατικά στοιχεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach. Αντίθετα με το MBI δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένο τύπο εργασίας, έχει αξιοπιστία και εγκυρότητα (Schaufeli & Enzmann, 1998).

### **Η Κλίμακα προσωπικού (Stiff Burnout Scale-SBS)**

Η κλίμακα προσωπικού αναφέρεται στο προσωπικό των επαγγελματιών υγείας (Jones, 1980). Αποτελείται από 30 ερωτήματα βασισμένα στο θεωρητικό μοντέλο της Maslach, ωστόσο, περιέχει και ερωτήματα που αναφέρονται στη συμπεριφορά και την φυσιολογία. Αξιολογεί τις αρνητικές αντιδράσεις του ατόμου, οι οποίες προκαλούν την επαγγελματική του εξουθένωση. Αυτές μπορεί να είναι γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφοριστικές, ψυχολογικές και κοινωνιολογικές. Προκειμένου να ανιχνευθούν οι τυχόν ψευδείς απαντήσεις τα δέκα τελευταία ερωτήματα αποτελούν μια κλίμακα ψεύδους. Υπάρχουν τέσσερις παράγοντες κατά τον Jones, η δυσαρέσκεια για την εργασία, η

ψυχολογική και διαπροσωπική ένταση, η φυσική ασθένεια, ο κίνδυνος και η μη επαγγελματική σχέση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών.

### **Η Κλίμακα Oldenburg (Oldenburg Burnout Inventory-OLBI)**

Η κλίμακα OLBI αποτελείται από τα δομικά στοιχεία της εξουθένωσης, της αποδέσμευσης μαζί με τον κυνισμό και την μειωμένη προσωπική επίτευξη. Σκοπός της ήταν να καλύψει τα κενά της διατύπωση των ερωτημάτων των δομικών στοιχείων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ το MBI είχε μόνο αρνητικές διατυπώσεις στις ερωτήσεις του, το OLBI έχει ίσες μισές αρνητικά και μισές θετικά φορτισμένες διατυπώσεις, ώστε να καλύψει την περιγραφή όλων των δομικών στοιχείων. Η κλίμακα χρησιμοποιείται για το σύνολο των εργαζομένων, δηλαδή και για επαγγέλματα στα οποία δεν υπάρχουν επαφές και σχέσεις τύπου πάροχος-πελάτη (Demerouti & Bakker, 2008).

### **Η Κλίμακα της Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory-CBI)**

Ο Kristensen και οι συνεργάτες του (2005) δημιούργησαν ένα καινούργιο εργαλείο για την μέτρηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς θεωρήθηκε ότι η μέτρηση της έννοιας του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με το MBI είναι ελλιπής. Οι ερευνητές θεώρησαν ότι δεν εξετάζεται η αποπροσωποποίηση ως μια στρατηγική αντιμετώπισης της εργασιακής πίεσης και η ερμηνεία της μειωμένης επαγγελματικής επίτευξης ως μια επίδραση του στρες στον εργαζόμενο. Το CBI βασίζεται σε ένα σύνολο θεωρητικών υποθέσεων και περιέχει τρεις διαφορετικές κλίμακες: τη κλίμακα που μετρά τη γενική εξουθένωση και ονομάζεται προσωπικό σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, αυτή που σχετίζεται με το εργασιακό κομμάτι και, τέλος, τη κλίμακα που σχετίζεται με τη σχέση εργαζόμενου-πελάτη. Τα ερωτήματα της πρώτης κλίμακας δημιουργήθηκαν με πρότυπο το BI και της δεύτερης βάσει της υποκλίμακας

συναισθηματικής εξουθένωσης του MBI. Από μελέτες που έγιναν, διαπιστώθηκε ότι η μέτρηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε διαφορετικά επαγγέλματα είναι δυνατή με τη χρήση του CBI, σε αντίθεση με το MBI για το οποίο ασκήθηκε και έντονη κριτική.

### 2.4.3 Τα αίτια εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι έρευνες που μελέτησαν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αρχικά, θεώρησαν υπεύθυνους για την πρόκληση του συνδρόμου τους εργασιακούς και τους ατομικούς-προσωπικούς παράγοντες. Για την Maslach (1978), η κύρια αιτία της εξουθένωσης είναι ότι οι εργαζόμενοι στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα, έρχονται συνεχώς σε επαφή με τους ανθρώπους και τα προβλήματά τους. Μάλιστα για τον εντοπισμό των αιτιών αυτών θεωρούσε σκόπιμη τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών των άσχημων εργασιακών καταστάσεων των υγιών εργαζομένων και όχι αυτών που βρίσκονταν σε προβληματική κατάσταση (Maslach, 1978). Ωστόσο, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εξουθένωση αποτελεί συνδυασμό τόσο των εργασιακών απαιτήσεων όσο και των προσωπικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων. Οι παράγοντες πρόκλησης της επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέονται άμεσα με τις αιτίες του στρες στο άτομο και ενισχύονται από τις συνθήκες διαβίωσης στο εργασιακό και οικογενειακό περιβάλλον.

Κατά την Micklewitz (2001) ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η έλλειψη εργασιακής υποστήριξης και η απουσία ευκαιριών προσωπικής ανάπτυξης προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση (Micklewitz, 2001). Οι Maslach και Leiter (2001) σε έρευνά τους βρήκαν ότι για την επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται ο συνδυασμός συγκεκριμένων παραγόντων όπως το υπερβολικά φορτωμένο επαγγελματικό πρόγραμμα, η έλλειψη ικανοποίησης του εργαζόμενου, η έλλειψη συναδελφικότητας εξαιτίας του ανταγωνισμού, το αίσθημα αδικίας του εργαζόμενου/υπαλλήλου ως προς την αξιολόγηση ή την αποζημίωσή του, καθώς και η σύγκρουση αξιών του ατόμου (Maslach et al. 2001).

Σύμφωνα με τον Vachon (1987) ο βαθμός του στρες στο εργασιακό περιβάλλον εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων οι οποίοι καθορίζουν την έντασή του και περιλαμβάνουν:

(α) ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση), (β) ενδοατομικούς παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα, επιθυμίες, προσδοκίες, στρατηγικές



αντιμετώπισης), (γ) διαπροσωπικούς παράγοντες (υποστηρικτικούς παράγοντες), (δ) κοινωνικό-πολιτιστικούς παράγοντες (κοινωνικές προσδοκίες) για το ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με τον άρρωστο, την αρρώστια, το θάνατο κ.λπ. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Η διεθνής βιβλιογραφία κατατάσει τους παράγοντες δημιουργίας του συνδρόμου σε δύο κατηγορίες: τους περιβαλλοντικούς (εργασιακούς) και τους ατομικούς (προσωπικούς) παράγοντες (Μεταλληνού, 2000).

Στους περιβαλλοντικούς ανήκουν οι εργασιακοί παράγοντες (Cherniss 1980· Justice et al. 1981· Maslach et al 2001):

- Οι πιεστικές και αντίξοες συνθήκες εργασίας
- Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού
- Το εξαντλητικό, απαιτητικό και συνεχές ωράριο
- Η υψηλή συναισθηματική φόρτιση στο περιβάλλον εργασίας
- Η σύγκρουση ρόλων και η ασάφειά τους
- Η έλλειψη κινήτρων και δυνατότητας εργασιακής εξέλιξης
- Η αυταρχική διοίκηση και ο αποκλεισμός των εργαζομένων από τη συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων
- Η ανισότητα στις ηθικές και οικονομικές απολαβές
- Η έλλειψη επικοινωνίας και στήριξης μεταξύ όλων των ιεραρχικών ομάδων
- Η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο εργασίας

Τους ατομικούς παράγοντες αποτελούν εκείνοι που αφορούν τον εργαζόμενο ως το άτομο και την προσωπικότητα. Έτσι, οι εργαζόμενοι διαφοροποιούνται μεταξύ τους ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται μια κατάσταση πίεσης στον εργασιακό χώρο, που ερμηνεύουν την κατάσταση αυτή και το τρόπο με τον οποίο θα δράσουν προκειμένου να την αντιμετωπίσουν (Lazarus & Folkman, 1984). Η ψυχική

ανθεκτικότητα του κάθε ατόμου είναι υπεύθυνη για το πόσο ευάλωτα ή όχι είναι αυτά στην επαγγελματική εξουθένωση. Έτσι, τα άτομα με μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα στο άγχος είναι λιγότερο ευάλωτα και δύσκολα θα αναπτύξουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα πιο σημαντικά ατομικά προσωπικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι (Dekker & Schaufeli, 1995· Leiter & Maslach, 1988· Antoniou, 1999):

- Ο τρόπος αντίληψης και αντίδρασης στις ψυχοπρεστικές καταστάσεις
- Οι προσδοκίες του εργαζόμενου για τον εαυτό του και τους άλλους
- Τα αρχικά κίνητρα για την εργασιακή του απασχόληση
- Η αποτυχία στην πραγμάτωση των στόχων του

Σύμφωνα με άλλες μελέτες, οι ατομικοί-ψυχολογικοί παράγοντες συχνά συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, συγκριτικά με τις συνθήκες εργασίας ή άλλους περιβαλλοντικούς λόγους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1992).

*Πίνακας 2: Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης*

Ατομικά χαρακτηριστικά	Καταστάσεις
Ηλικία (νεαρά άτομα εκτίθενται περισσότερο σε συναισθηματική εξάντληση)	Μη καθορισμένοι ρόλοι και κοινωνική υπευθυνότητα
Πολύ υψηλές ατομικές προσδοκίες	Διαμάχες ανάμεσα σε λειτουργικές απαιτήσεις
Υψηλές απαιτήσεις εμπλοκής, εγωισμός και ιδεαλισμός	Υπερφορτισμένη εργασία
Απαίτηση για σκληρή εργασία	Εργασιακή άσκηση
Απαίτηση για χλιδή	Προσωπικές διαμάχες (με πελάτες, μέλη οικογένειας, συναδέλφους, καθοδηγητές)
Καθορισμός συμπεριφοράς στην επιτυχία στην επίτευξη του σκοπού	Έλλειψη απαραίτητων ικανοτήτων για την ολοκλήρωση της εργασίας
Ανικανότητα άρνησης	Έλλειψη πόρων
Δυσκολίες στη λήψη ευθύνης	Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης
Προδιάθεση για αυτοθυσία	Έλλειψη ανταπόδοσης
Τάση για προσφορά και όχι για απολαβή	Παράγοντες συνδεδεμένοι με τον εργασιακό χώρο (π.χ. μη ρεαλιστικοί σκοποί, έλλειψη ανεξαρτησίας στη λήψη απόφασης, λίθος οργάνωση προγράμματος)

Στα προσωπικά χαρακτηριστικά που είναι υπεύθυνα για την πρόκληση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης ανήκουν μερικά δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική εμπειρία, το μορφωτικό επίπεδο, αλλά και ο τύπος της προσωπικότητας του εργαζόμενου.

Οι νεότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν αναφέρει υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης και αποπροσωποποίησης σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους, οι οποίοι διαθέτουν και μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία (Maslach & Jackson, 1981· Maslach et al., 2001· Chang et al., 2006). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία λόγω μεγαλύτερης εμπειρίας, είναι πιο ώριμοι και σταθεροί, και ίσως έχουν πιο ισορροπημένη άποψη για τη ζωή κάτι που τους καθιστά λιγότερο ευάλωτους στην εξουθένωση (Maslach & Jackson 1996).

Αναφορικά με το φύλο του εργαζόμενου, τα ερευνητικά δεδομένα είναι ποικίλλουν. Η Maslach υποστηρίζει πως οι υφιστάμενες διαφυλικές διαφορές είναι αποτελέσματος επαγγελμάτων και όχι των διαφορετικών χαρακτηριστικών τους (Maslach & Jackson, 1981). Αντίθετα, η Martin (2000) υποστηρίζει ότι το φύλο καθιστά το άτομο ευάλωτο στην εξουθένωση λόγω διαφορετικότητας των συναισθημάτων. Αυτό οφείλεται στη γυναικεία φύση και την μεγαλύτερη επιθυμία για έκφραση συναισθημάτων (Martin et al., 2000). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων οι παντρεμένοι εργαζόμενοι και οι εργαζόμενοι με μικρά παιδιά αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης (Maslach, 1982· Pines, 1988). Το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί συναισθηματικό προστατευτικό παράγοντα αρκεί να μην συγκρούονται οι απαιτήσεις της εργασίας με αυτές της οικογένειας. Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο ανήκει στα αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα ανώτερα μορφωτικά επίπεδα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης (Maslach, 1982).

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί πιο ισχυρό παράγοντα πρόκλησης επαγγελματικής εξουθένωσης από ότι η προσωπικότητα και οι δημογραφικοί παράγοντες (Burke et al., 1984· Maslach & Jackson, 1986) για αυτό και ο βαθμός εξουθένωσης δεν είναι ο ίδιος για κάθε χώρο εργασίας. Σε μερικά επαγγέλματα οι εργασιακές συνθήκες και απαιτήσεις δημιουργούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την δημιουργία του συνδρόμου.

#### 2.4.4 Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει πολλές αρνητικές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου. Εκτός από την επαγγελματική του ζωή επηρεάζει και τη προσωπική και οικογενειακή του ζωή με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στην καθημερινή του διαβίωση και να παρατηρείται έκπτωση της γενικότερης λειτουργικότητας του. Τις επιπτώσεις αυτές τις υφίσταται το άτομο σε σωματικό, ψυχολογικό και γνωστικό επίπεδο, και η εκδήλωση αυτών γίνεται μέσω της συμπεριφοράς του. Επειδή η επαγγελματική εξουθένωση είναι φαινόμενο το οποίο βιώνει το κάθε άτομο διαφορετικά, αφού όπως προαναφέρθηκε εξαρτάται από πολλά ατομικά χαρακτηριστικά, αντίστοιχα βιώνει και τις επιπτώσεις με ένα δικό του μοναδικό τρόπο, που μπορεί να διαφέρει από αυτό των υπολοίπων. Ωστόσο, έχει γίνει καταγραφή των συμπτωμάτων και στην βιβλιογραφία αναφέρονται τα ακόλουθα.

#### **Σωματικά συμπτώματα**

Στα σωματικά συμπτώματα κατατάσσονται οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι οποίες βλάπτουν τον οργανισμό βιολογικά. Αυτά μπορεί να είναι:

- οι πονοκέφαλοι και η υπέρταση
- τα γαστρεντερικά προβλήματα και το έλκος στομάχου
- οι δυσκολίες στον ύπνο και η σεξουαλική δυσλειτουργία
- οι διαταραχές διατροφής και οι συχνές εναλλαγές βάρους
- οι μυοσκελετικοί πόνοι
- οι καρδιαγγειακές παθήσεις και η αρτηριακή πίεση
- τα αναπνευστικά προβλήματα
- οι συχνές σωματικές ή/και παρατεταμένες ασθένειες

- η σωματική εξάντληση και κόπωση και η δυσκολία να ανταπεξέλθει το άτομο κατά τη διάρκεια της μέρας

### **Ψυχολογικά συμπτώματα**

Οι επιπτώσεις που πλήττουν τον ψυχισμό του ατόμου και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου αποτελούν τα ψυχολογικά συμπτώματα. Τα πιο προφανή από αυτά είναι (Hogan & McKnight, 2007):

- το έντονο στρες
- η ανία και η απώλεια ενδιαφέροντος
- η ευερεθιστότητα και ο εκνευρισμός
- η χαμηλή αυτοπεποίθηση και το αίσθημα της αποτυχίας
- η αρνητική διάθεση
- η κατάθλιψη
- το αίσθημα του αδυνάτου και της ματαιότητας
- η δυσκαμψία στις αλλαγές.

Το βασικότερο ψυχολογικό σύμπτωμα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συναισθηματική εξάντληση και η έλλειψη του συναισθηματικού ελέγχου (Maslach, 1982· Maslach & Schaufeli, 1993), δηλαδή ο εργαζόμενος αισθάνεται κόπωση, εξάντληση, είναι ψυχικά αδύναμος και ανίκανος να επενδύσει ενέργεια στην εργασία του, και νιώθει ότι δοκιμάζεται συναισθηματικά (Maslach & Schaufeli, 1993). Οι Burke και Greenglass (2001) χαρακτηρίζουν τον εργαζόμενο που πάσχει από επαγγελματική εξουθένωση ως συναισθηματικά «στεγνωμένο» άτομο. Επίσης, υποστηρίζουν ότι βιώνει αισθήματα γενικευμένης απογοήτευσης, κόπωσης και αβοηθησίας με αποτέλεσμα να είναι αναποτελεσματικός στην εργασία του, αλλά και να αδυνατεί να επικοινωνήσει στο πλαίσιο των εργασιακών σχέσεων.

## **Συμπεριφορικά Συμπτώματα**

Τα συμπεριφορικά συμπτώματα αποτελούνται από τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης που πλήττουν το άτομο και εκφράζονται συμπεριφορικά από αυτό. Δεν αφορούν μόνο το εργασιακό του περιβάλλον αλλά και την προσωπική και κοινωνική του ζωή.

Στον εργασιακό χώρο προκειμένου να αντιμετωπίσει την υπερβολική κούραση που βιώνει, αποφεύγει τη δημιουργία ουσιαστικών σχέσεων με τους συναδέλφους και αναπτύσσει απρόσωπες σχέσεις με αυτούς για να αποφύγει το στρες (Maslach, 1982). Έτσι, γίνεται απόμακρος, τυπικός, αδιάφορος ενώ πολλές φορές γίνεται απότομος και επιθετικός. Υποτιμά τον εαυτό του και είναι συναισθηματικά ανεπαρκής τόσο ως προς τον εαυτό τους όσο και προς τους άλλους (Hogan & McKnight, 2007).

Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει σημαντικά την εργασιακή απόδοση και την εργασιακή ικανοποίηση των ατόμων, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν μειωμένη παραγωγικότητα, συχνές απουσίες ή/και αργοπορίες, σταδιακή παραίτηση ή/και αποφυγή από τα καθήκοντά τους, αδυναμία συγκέντρωσης στην εργασία (Hogan & McKnight, 2007· Maslach et al., 2001) και χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης από την εργασία (Leiter & Maslach, 1988). Ακόμη, παρατηρήθηκε έλλειψη παρατηρητικότητας, κακή μνήμη και επιρρέπεια σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη, απροσεξίες και ατυχήματα (Hogan & McKnight, 2007). Τέλος, πολύ σημαντική είναι και η εμφάνιση εθιστικών-αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών (Hogan & McKnight, 2007).

Τέλος, οι εργαζόμενοι που βιώνουν την επαγγελματική εξουθένωση μεταφέρουν τα εργασιακά προβλήματα στην οικογένεια και τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις στις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις αλλά και να

μειώνεται το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές (Hellesoy et al., 2000· Maslach & Jackson, 1984).





#### 2.4.5 Η επαγγελματική εξουθένωση στο υγειονομικό προσωπικό

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αρχικά, είχε θεωρηθεί αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τους ανθρώπους και η χρήση του είχε περιοριστεί στα επαγγέλματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών όπως οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι φυσικοθεραπευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί (Demir et al., 2008). Ειδικότερα για τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία, βιβλιογραφικά δεδομένα επισημαίνουν ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν τις επαγγελματικές ομάδες που είναι περισσότερο εκτεθειμένες σε αγχογόνους παράγοντες με αποτέλεσμα την εκδήλωση χρόνιου άγχους το οποίο συχνά οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση (Burnout) (Santullo & Rebecchi, 2005).

Οι Burke και Greenglass (2001) υποστηρίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που βιώνουν συναισθηματική εξάντληση αισθάνονται συναισθηματικά “στεγνοί” και απογοητευμένοι από τα περιστατικά της ημέρας. Νιώθουν μεγάλη κόπωση, αδυνατούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν ουσιαστικά με τους ασθενείς, να αναπτύξουν στενότερες σχέσεις και συναισθανθούν το πόνο τους. Τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σχεδόν τα ίδια σε όλα τα επαγγέλματα και προαναφέρθηκαν. Υπάρχουν συγκεκριμένα επιπλέον χαρακτηριστικά στο εργασιακό χώρο, τα οποία είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. Οι γιατροί και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό εργάζονται πολλές ώρες, δεν έχουν ευέλικτο ωράριο ενώ πολλές φορές καλούνται και απροσδόκητα λόγω επειγόντων περιστατικών-καταστάσεων. Επίσης, όταν οι επιθυμίες του ασθενούς για παράδειγμα για ευθανασία ή οι διοικητικές εντολές για γρήγορη και απρόσωπη εξυπηρέτηση μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση με τις αξίες και τις πρακτικές αυτού (Pines et al., 1980) και να τον εξαντλούν. Η αντιμετώπιση, επίσης μη αναστρέψιμων ιατρικών καταστάσεων και η εστιασμένη αποκλειστικά στο πρόβλημα σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς, τους

επιβαρύνουν ψυχολογικά και αποτελούν πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης (Chernis, 1980). Οι Sanders και Suls (1982) βρήκαν ότι αυτή η κόπωση και η συναισθηματική εξάντληση παράγει αντιεπαγγελματικές συμπεριφορές και έτσι ο επαγγελματίας υγείας αναπτύσσει μία αρνητική, ακόμη, και επιθετικής στάση απέναντι στην πιεστική εργασία και τους εμπλεκόμενους της, Μία άλλη στάση που αναπτύσσει είναι αυτή της συναισθηματικής αποστασιοποίησης από τους ασθενείς. Αποτελεί την δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, την αποπροσωποποίηση, και οι γιατροί και νοσηλευτές παρουσιάζουν μία κυνική και αρνητική συμπεριφορά προς τους ασθενείς. Η Maslach (1982) αναφέρει ως χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής την αναφορά στους ασθενείς με τον αριθμό του δωματίου ή της ασθένειας και όχι με το όνομα του ενώ ο ιατρός μπορεί ακόμα και να πιστεύει ότι ο ασθενής υποφέρει επειδή το αξίζει (Maslach, 1982).

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να οφείλονται α) στον ίδιο τον νοσηλευτή (ατομικοί παράγοντες όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα κίνητρα, οι προσδοκίες η ικανότητα διαχείρισης του άγχους (coping) , η αυτοεκτίμηση, η ενσυναίσθηση κλπ), β) στο το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας (εντατικοποίηση εργασίας, ασάφεια ρόλων και καθηκόντων, ωράριο εργασίας, έλλειψη αναγνώρισης, αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους, γ) στην επαφή με τον ασθενή (συχνή επαφή με πόνο και θάνατο) (Tumers et al., 2002). Οι Tunc και Kutanis (2009) βρήκαν ότι οι νοσηλευτές παρουσίασαν μέσα επίπεδα σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων και τα επίπεδα αυτά συνδέονται με αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Firth-Cozens (1997) αναφέρει πως το 1/3 των νοσηλευτών σε διεθνές επίπεδο παρουσιάζει συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης ακόμα και σε αρχικό εργασιακό στάδιο και ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στην ομάδα αυτή είναι υψηλός καθώς απαιτείται να εκτίθεται συνεχώς συναισθηματικά λόγω της συνεχούς εμπλοκής με τους ασθενείς.

Επίσης, ενώ είναι ψυχικά και σωματικά κουρασμένοι πρέπει να διατηρούν και υψηλή εργασιακή απόδοση.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νοσοκομεία ή ιδρύματα παροχής φροντίδας και περίθαλψης αντιμετωπίζουν πίεση χρόνου, υπερβολικό εργασιακό φόρτο και ακανόνιστες βάρδιες, τα οποία αποτελούν σημαντικές πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης, ψυχιατρικών και σωματικών προβλημάτων (Beechman, 2000). Ειδικά, η εργασία σε νυχτερινές βάρδιες οδηγεί σε μεγαλύτερη εξουθένωση, αίσθημα αποπροσωποποίησης και μείωση της ενέργειας σε σύγκριση με τις πρωινές βάρδιες (Demir et al., 2008). Οι Jenkins και Elliot (2004) βρήκαν ότι το 50% των νοσηλευτών υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση και μάλιστα ότι τα χαμηλά οργανωτικά επίπεδα αποτελούν παράγοντα άγχους των καταρτισμένων νοσηλευτών, ενώ οι ασθενείς προσδίδουν άγχος στους μη καταρτισμένους νοσηλευτές (Jenkins & Elliot, 2004). Οι Hannigan et al. (2000) και οι Kilfedder et al. (2001) βρήκαν ότι οι το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών κλινικών εμφανίζει υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, με αποτέλεσμα πολλοί να παρατούν τον ψυχιατρικό κλάδο αλλά και το επάγγελμα του νοσηλευτή. Πρόμοια ευρήματα για τις ψυχιατρικές και τις νευρολογικές κλινικές βρήκαν και οι Jaracz et al. (2005) ενώ οι Pompili et al. (2006) βρήκαν ότι οι νοσηλευτές των τομέων αυτών, λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οδηγούνται πολλές φορές σε κατάθλιψη ή και ακόμα σε απόπειρα αυτοκτονίας.

Αντίστοιχα, στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) το 1/3 των εργαζομένων βιώνει επαγγελματική εξουθένωση εξαιτίας παραγόντων, όπως η ελλιπής οργάνωση του τμήματος, η απουσία ουσιαστικών εργασιακών σχέσεων, ο φόβος του θανάτου των ασθενών και η συμμετοχή σε κρίσιμες αποφάσεις σε σχέση με την έκβαση της κατάστασης υγείας των ασθενών (Poncet et al., 2007). Επαγγελματική εξουθένωση, επίσης, σε υψηλά επίπεδα εμφανίζουν και οι νοσηλευτές ογκολογικών και κλινικών με οροθετικούς ασθενείς

(HIV-AIDS) λόγω της ανάγκης για ανταπόκριση στην ψυχολογία των ασθενών, στους έντονους πόνους και το φόβο του θανάτου (Sherman et al., 2006). Οι McTiernan και McDonald (2015) παρατήρησαν υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και στους επαγγελματίες που ασχολούνται με την αποκατάσταση.

Στην Ελλάδα, οι Antoniou και Antonodimitrakis (2001) μελέτησαν την ψυχοσωματική ισορροπία των νοσοκομειακών εργαζομένων και διαπίστωσαν ότι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και διατήρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται με την καθημερινή επαφή και τριβή των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς και γενικότερα με όσους βιώνουν πόνο, καθώς τους προσδίδει μεγαλύτερο το αίσθημα της ευθύνης. Πολύ σημαντικό παράγοντα για την Ελλάδα αποτελεί η ανεπάρκεια των πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς παρουσιάζεται έλλειψη στο νοσηλευτικό προσωπικό (Antoniou & Antonodimitrakis, 2001). Οι Σιουρούνη κ.α (2006) στο Νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τρίπολης εντόπισαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στα άτομα που εργάζονται στα τμήματα με αντικείμενο τη θεραπεία παρά την αποκατάσταση (Σιουρούνη κ.α, 2006). Οι Σταύρου κ.α (2003) εξέτασαν την επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζόμενους του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) και βρήκαν μεγάλη επίδραση αυτού στην απόδοση και παραγωγικότητα των εργαζομένων, ενώ οι Μιχαλοπούλου (2003) υποστηρίζει ότι η εκμάθηση διαχείρισης του άγχους βοηθά καθοριστικά στην αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Επίσης, οι Αδαλή κ.α (2002) παρατήρησαν υψηλή συναισθηματική εξάντληση στο προσωπικό πέντε δημόσιων Νοσοκομείων της Αθήνας, η οποία πηγάζει από τις επαγγελματικές απαιτήσεις με αποτέλεσμα να διατηρούν αποστάσεις “ασφαλείας” από τους ασθενείς και να μην επιτυγχάνεται η ουσιαστική σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου. Τέλος, οι Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη (2007) διαπίστωσαν ότι

παρόλο που οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν έντονα την επαγγελματική εξουθένωση λόγω της ευθύνης που έχουν για τη ζωή των ανθρώπων, παραμένουν στην εργασία τους και δεν αναζητούν άλλες διεξόδους, καθώς η βοήθεια του συνανθρώπου αποτελεί ζήτημα καίρια σημασίας για αυτούς.



## **2.5 Η πανδημία Covid-19 και οι επιπτώσεις της στο υγειονομικό προσωπικό**

Στις 11 Μαρτίου 2020, η ασθένεια του κορονοϊού (COVID-19), η οποία εντοπίστηκε για πρώτη φορά στη Wuhan της Κίνας, ανακηρύχθηκε παγκόσμια πανδημία, καθιστώντας απαραίτητες τις φυσικές αποστάσεις και την καραντίνα για τον περιορισμό της ταχείας μετάδοσής της (Cooke et al., 2020). Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν την πρώτη γραμμή άμυνας από την έναρξη της πανδημίας ως τώρα. Κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας ανταπόκρισης στην πανδημία, το υγειονομικό προσωπικό όχι μόνο καθίσταται απαραίτητο αλλά αντιπροσωπεύει και έναν από τους πιο ευάλωτους πληθυσμούς (Cooke et al., 2020). Μεγάλο μέρος του υγειονομικού προσωπικού που υπηρετεί στην πρώτη γραμμή μολύνθηκε ενώ πολλά άτομα βρίσκονται σε καραντίνα μετά την έκθεσή τους (Neto et al., 2020). Η Ισπανία αποτελεί μία από τις χώρες που βρίσκεται υψηλά στην κατάταξη του αριθμού των επαγγελματιών υγείας που έχουν μολυνθεί με COVID-19 κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Περισσότεροι από 40.000 εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας βρέθηκαν θετικοί σύμφωνα με το Εθνικό δίκτυο επιδημιολογικής παρακολούθησης της Ισπανίας (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2020).

Ωστόσο, παρά τον εγκλεισμό, το υγειονομικό προσωπικό έχει εκτελέσει τις δουλειές του υπό μεγάλη πίεση για εβδομάδες. Αυτοί οι επαγγελματίες, από κοινού με τα σώματα ασφαλείας, το προσωπικό κηδείας και άλλους, έχουν εκτεθεί σε μεγάλο βαθμό στον ιό και τις καταστάσεις με υψηλό συναισθηματικό αντίκτυπο (Luceño-Moreno et al., 2020). Η κατάσταση απαιτεί τη μελέτη της ψυχολογικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας και την πιθανή βλάβη στην ψυχική υγεία που προκαλείται από την έκθεσή τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Είναι, επομένως, πιο πιθανό αυτές οι ομάδες να έχουν ψυχικά προβλήματα, ειδικά τους πρώτους τρεις μήνες, στους οποίους μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα μετατραυματικού στρες, συναισθηματικών διαταραχών και



εξουθένωσης (Park et al., 2018). Εκτός από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν στρες, όπως είναι ο οικονομικός περιορισμός και η απομόνωση (Tan et al., 2020), ο COVID-19 μπορεί επίσης να αυξήσει το άγχος ως αντίδραση (Wang et al., 2020) ή εξαιτίας του φόβου μόλυνσης του ατόμου ή των αγαπημένων του προσώπων (Khan et al., 2020). Είναι προφανές ότι αυτή η κατάσταση έκτακτης ανάγκης στον τομέα της δημόσιας υγείας δημιουργεί άγχος στον γενικό πληθυσμό λόγω της ανεξέλεγκτης και απρόβλεπτης φύσης του COVID-19, αλλά οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας που είχαν ήδη υψηλό κίνδυνο άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης και αυτοκτονίας πριν από τη πανδημία COVID-19, τώρα βιώνουν ακόμη περισσότερο άγχος (Chirico et al., 2020).

Η εργασία στην πρώτη γραμμή με μολυσμένα άτομα αυξάνει την πιθανότητα μόλυνσης. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εργάζονται σε ακραίες συνθήκες, σε καταστάσεις όπου οι πόροι είναι ελλιπείς όπως για παράδειγμα, να φροντίζουν μεγάλο αριθμό ασθενών εν μέσω πανδημίας, συχνά χωρίς επαρκή κρεβάτια ή προσωπικό (Dong & Bouey, 2020). Εκτός από τις δουλειές τους στα νοσοκομεία, στη πρωτοβάθμια φροντίδα ή τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), εργάζονται, επίσης, σε γηροκομεία, όπου η ασθένεια είχε σημαντικό αντίκτυπο σε κάποιες χώρες, όπως η Ισπανία. Μερικοί ερευνητές υποδεικνύουν ότι παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη περιλαμβάνουν επίσης:

- παράγοντες που σχετίζονται με την οργάνωση, όπως η ταχεία ανάπτυξη νέων καθηκόντων και διαδικασιών, η έλλειψη μέσων (εξοπλισμού) ατομικής προστασίας (ΜΑΠ), οι συχνές αλλαγές εξοπλισμού ή η αυξημένη ζήτηση περίθαλψης από άλλες διαφορετικές παθολογίες, εκτός από το COVID-19
- την έκθεση σε συνεχείς εικόνες θανάτου, βλέποντας κανείς τους ασθενείς να πεθαίνουν μόνοι τους

- τον φόβο μόλυνσης των αγαπημένων ή την υποχρεωτική άσκηση κοινωνικών αποστάσεων για αόριστο χρονικό διάστημα προκειμένου να τους προστατέψουν και
- την ιεράρχηση της προτεραιότητας για φροντίδα για ορισμένους ασθενείς (Chen et al., 2020)
- τον φόβο του στιγματισμού από την τοπική κοινότητα.

Οι παράγοντες αυτοί, σε συνδυασμό με άλλους, αποτελούν πηγές σημαντικού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης για το υγειονομικό προσωπικό. Για τις νοσοκόμες η ανεπαρκής συναισθηματική προετοιμασία, η αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία και η αντιμετώπιση του θανάτου καθώς αυτές και όχι οι συγγενείς, είναι αναπόφευκτα οι τελευταίοι άνθρωποι που θα δει ένας ασθενής COVID-19, συμβάλλουν στη δημιουργία μεγάλου άγχους (Neto et al. 2020). Το ξέσπασμα της πανδημίας μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα πανικού στους ανθρώπους και εάν οι νοσηλευτές δεν είναι διατεθειμένοι να αντιμετωπίσουν αυτά τα συναισθήματα, θα είναι υπό μεγάλη ένταση (CDC, 2020). Επιπλέον, καθώς πρόκειται για μία πρόσφατα αναδυόμενη ασθένεια χωρίς γνωστή διαχείριση, χωρίς προγραμματισμένα πρωτόκολλα διαχείρισης, τα οποία αλλάζουν συχνά, χωρίς επίσημες συστάσεις και πολιτικές, οι νοσοκόμες δεν έχουν αυτονομία στη λήψη αποφάσεων και δεν γνωρίζουν τι πρέπει να ειπωθεί στον ασθενή και την οικογένεια του (Said & El-Shafei, 2020). Πολύ στρεσογόνος διαδικασία είναι και η αντιμετώπιση των θυμωμένων συγγενικών προσώπων που κατηγορούν το προσωπικό αλλά και των ίδιων των λυπημένων ασθενών (Hasan et al., 2020). Οι προσδοκίες των συγγενών για φροντίδα που δεν μπορούν να καλυφθούν ασκούν πίεση σε όλο το προσωπικό υγείας (Said & El-Shafei, 2020).

Ωστόσο, ορισμένοι γιατροί ισχυρίζονται ότι η φροντίδα υγείας λειτουργεί πολύ κάτω από το κανονικό για αυτούς πρότυπο φροντίδας. Οι ασθενείς περιμένουν πολλές

ώρες για ένα κρεβάτι εντατικής θεραπείας και μερικοί ηλικιωμένοι ασθενείς δεν αναζωογονήθηκαν. Πέθαναν μόνοι τους χωρίς την κατάλληλη παρηγορητική φροντίδα, ενώ η οικογένειά τους ειδοποιήθηκε μέσω τηλεφώνου, συχνά από έναν καλοπροαίρετο αλλά συναισθηματικά εξαντλημένο γιατρό (Nacoti et al., 2020). Υπό αυτές τις συνθήκες πολλοί ιατροί πρέπει να αντιμετωπίσουν και σοβαρά ηθικά διλήμματα στα οποία δεν υπάρχουν σωστές απαντήσεις. Ο ηθικός τραυματισμός είναι μια μορφή ψυχολογικής δυσφορίας, προκύπτει από ενέργειες ή από την έλλειψη αυτών, οι οποίες παραβιάζουν τον ηθικό κώδικα κάποιου (Chirico et al., 2020). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχει χαρακτηριστεί πρόσφατα ως σοβαρή απειλή για την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης, που αντιμετωπίζουν έντονα αισθήματα ντροπής, ενοχή ή αηδία λόγω του ανεπαρκούς προσωπικού και των διαθέσιμων πόρων (Williamson et al., 2020). Ηθική βλάβη μπορεί να προκληθεί από ηθικά διλήμματα που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι εργαζόμενοι στην πρώτη γραμμή κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 και πρέπει να εξεταστεί προσεκτικά ως σοβαρή απειλή για την ψυχική υγεία. Παρόλο που ο ηθικός τραυματισμός δεν είναι συγκρίσιμος με μια ψυχική ασθένεια, έχει συσχετιστεί σημαντικά με διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό σε ένα πλήθος επαγγελματιών, στα οποία θα μπορούσαν να ανήκουν και οι επαγγελματίες της πρώτης γραμμής (Chirico et al., 2020). Η χρήση προστατευτικού εξοπλισμού για μεγάλα χρονικά διαστήματα προκαλεί δυσκολίες στην αναπνοή και περιορισμένη πρόσβαση στην τουαλέτα και το νερό, με αποτέλεσμα να προκαλείται σωματική και πνευματική κόπωση (Tsamakis et al., 2020). Ακόμη, το γεγονός ότι υποχρεούνται να αποφεύγουν τις οικογένειές τους και τους φίλους τους αυξάνει τον κίνδυνο διαταραχής μετατραυματικού στρες ενώ το βαρύ συναισθηματικό φορτίο μπορεί να προκαλέσει άγχος και κατάθλιψη, οδηγώντας μακροπρόθεσμα στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και, ενδεχομένως, στην αυτοκτονία (Chirico et al., 2020).

Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός επιβεβαιωμένων και ύποπτων περιστατικών COVID-19 και ο μεγάλος φόρτος εργασίας θέτουν τις υπηρεσίες νοσηλευτικής υπό έντονη πίεση σε παγκόσμιο επίπεδο. Περισσότεροι από τους μισούς επαγγελματίες υγείας στην Wuhan εμφάνισαν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, με ποσοστό 54% και 58% αντίστοιχα (Xiao et al., 2020). Άλλοι ερευνητές στην Κίνα αναφέρουν ότι το 71,5% του υγειονομικού προσωπικού εμφάνισε συμπτώματα στρες, το 44,6% συμπτώματα άγχους, το 50,4% κατάθλιψη και το 34% αϋπνία (Lai et al., 2020). Αντίστοιχα ευρήματα εντοπίστηκαν και σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως η Γερμανία, όπου εντοπίστηκαν αυξημένα επίπεδα στρες, συναισθηματικής κόπωσης και καταθλιπτικά συμπτώματα (Zerbini et al., 2020) ενώ παρόμοια ευρήματα εντοπίστηκαν και στην Ελλάδα (Tsamakis et al., 2020). Η Βρετανική Ιατρική Ένωση αναφέρει ότι 44% του ιατρικού της προσωπικού επηρεάζεται από εξουθένωση, κατάθλιψη, άγχος ή άλλες καταστάσεις ψυχικής υγείας που οφείλονται στους σχετικούς με το COVID-19 παράγοντες (BMA, 2020). Ο αντίκτυπος της κατάστασης αυτής στους εργαζομένους στον τομέα της υγείας είναι μεγάλος και μπορεί να προκαλέσει ακόμα συμπτώματα ψυχωτικής διαταραχής, χωρίς την ύπαρξη κλινικού ιστορικού (Anmella et al., 2020).

Ως προς τη διάσταση του φύλου, οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά μετατραυματικού στρες, άγχους ή κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άνδρες εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (Luceño-Moreno et al., 2020· Tengilimoglu et al., 2021). Οι νεότεροι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα μετατραυματικού στρες και άγχους, κάτι που μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη εργασιακής εμπειρίας σε παρόμοιες καταστάσεις άγχους αλλά και στην έλλειψη προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, η οποία απαιτεί από τους φοιτητές ή άτομα με λιγότερη εμπειρία να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις των ασθενών με COVID-19 (Luceño-Moreno et al., 2020).

Οι μελέτες για την πανδημία COVID-19, αρχικά, επικεντρώθηκαν στην επιδημιολογική έρευνα, την πρόληψη τον έλεγχο, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Λιγότερες μελέτες διεργενήθηκαν για την ψυχική υγεία και το εργασιακό περιβάλλον του υγειονομικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (Mo et al. 2020). Στην Ελλάδα παρόλο που έχουν διενεργηθεί έρευνες σχετικά με την πανδημία, καμία έρευνα δεν έχει εστιάσει στις επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία του υγειονομικού προσωπικού. Μία έρευνα που έχει διενεργηθεί ανέδειξε την αύξηση της επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας στο φοιτητικό πληθυσμό (Patsali et al., 2020). Υπάρχει, δηλαδή, μεγάλο κενό στην βιβλιογραφία όσον αφορά την μελέτη του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης στο υγειονομικό προσωπικό εν μέσω της πανδημίας Covid-19, για αυτό και η μελέτη του θέματος καθίσταται αναγκαία.

## **Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία έρευνας**

### **3.1 Ο σκοπός της έρευνας, το πλαίσιο διεξαγωγής και οι ερευνητικοί στόχοι**

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της επιβάρυνσης της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία του υγειονομικού προσωπικού της χώρας, το οποίο βρίσκεται στην πρώτη γραμμή από την έναρξη της πανδημίας. Πιο συγκεκριμένα, ερευνώνται τα επίπεδα στρες στο υγειονομικό προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό) που ανήκει στη 3η υγειονομική περιφέρεια, και αν έχει προκληθεί επαγγελματική εξουθένωση λόγω της αυξημένης πίεσης που υφίστανται, με το να παλεύουν στην πρώτη γραμμή από την έναρξη της πανδημίας. Με τον τρόπο αυτό, θα καταγραφούν ποσοτικά οι συγκεκριμένες επιπτώσεις της πανδημίας στην χώρα μας, συμβάλλοντας στην ανάδειξη του προβλήματος αλλά και στην λήψη των αποφάσεων προκειμένου να σχεδιαστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την προστασία και την προαγωγή της υγείας των υγειονομικών εργαζομένων. Οι ερευνητικοί στόχοι της έρευνας διαμορφώνονται ως εξής:

- Υπάρχει στρες στο υγειονομικό προσωπικό και αν ναι σε ποιο επίπεδο;
- Υπάρχει επαγγελματική εξουθένωση στο υγειονομικό προσωπικό; Ποια είναι τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης τους;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης;
- Υπάρχει διαφορά ως προς το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση;

### 3.2 Εργαλεία της έρευνας

Προκειμένου να διερευνηθεί το άγχος εν μέσω πανδημίας Covid-19 στο υγειονομικό προσωπικό και η επαγγελματική εξουθένωση, την οποία μπορεί να βιώνουν, έγινε συλλογή των δεδομένων με τη χρήση των ψυχομετρικών εργαλείων:

- το Ερωτηματολόγιο Άγχους Εξαρτώμενου από την κατάσταση ή την προσωπικότητα του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory STAI, Y-1 & Y-2) Ελληνική έκδοση: χρησιμοποιείται για να μετρήσει το άγχος. Η κλίμακα διαχωρίζει το άγχος ως κατάσταση (A-State) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (A-Trait). Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 θέματα, τα οποία αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, δηλαδή, το παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσας κατάστασης, και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα, δηλαδή, το μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας 4βαθμης κλίμακας τύπου Likert (1: Καθόλου, 2: Λίγο, 3:Μέτρια, 4:Πολύ). Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984. Αναγνωστοπούλου, 2002).
- το Ερωτηματολόγιο Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach & Jackson, 1981), περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις που αξιολογούν τη συναισθηματική εξάντληση την αποπροσωποποίηση και την προσωπική επίτευξη. Οι ερωτώμενοι την άποψή απαντούν στις ερωτήσεις με βάση μία κλίμακα επτά βαθμών, όπου το 0

σημαίνει «ποτέ» και το 6 «κάθε μέρα». Η ανάδειξη των αποτελεσμάτων γίνεται με την κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων στις τρεις διαστάσεις.



### 3.3 Δειγματοληψία

Για την διεξαγωγή της έρευνας έγινε ποσοτική μελέτη με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων και για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε στατιστική ανάλυση. Συγκεκριμένα, χορηγήθηκαν στο υγειονομικό προσωπικό, ηλεκτρονικά μέσω Google Forms, ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 69 ερωτήσεις, 7 που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία και 62 κύριες ερωτήσεις που ανταποκρίνονται στον σκοπό της έρευνας. Το μέγεθος του δείγματος αποτελείται από 61 άτομα (N=61). Για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε ενημέρωση και χορηγήθηκε το απαραίτητο έντυπο συγκατάθεσης στους συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες ανήκαν μόνο στο υγειονομικό προσωπικό διαφόρων περιοχών της Μακεδονίας. Για την χορήγηση των ερωτηματολογίων ζητήθηκε έγκριση από την 3η υγειονομική περιφέρεια και κατόπιν μέσω αυτής έγινε αποστολή του ερωτηματολογίου στους φορείς που ανήκουν στην δικαιοδοσία της.

Οι αρχικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου στοχεύουν στον δημογραφικό προσδιορισμό του συλλεχθέντος δείγματος. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα αποτελείται από 62 ερωτήσεις, η πλειοψηφία των οποίων είναι κλειστού τύπου. Οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν στατιστικά με το στατιστικό πακέτο SPSS, έκδοση 25, ενώ οι στατιστικοί πίνακες που προέκυψαν παρατίθενται παρακάτω. Στην ανάλυση των ερωτήσεων ονομαστικής κλίμακας χρησιμοποιήθηκαν στατιστικοί πίνακες συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων (frequency, percent) , ραβδογράμματα (bar charts) και πίτες (pie charts) για την γραφική αναπαράσταση των ευρημάτων. Στις ερωτήσεις διαστήματος (π.χ βαθμολογία STAI) χρησιμοποιήθηκαν μέτρα θέσης και διασποράς καθώς και ιστογράμματα συχνοτήτων. Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν είναι t-test ή ANOVA (έλεγχος ισότητας μέσω των τιμών δύο (t-test) ή περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων (ANOVA Ανάλυση

διακύμανσης). Χρησιμοποιήθηκε, επίσης, ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson για την διερεύνηση τυχόν εξαρτήσεων. Οι ελλιπείς απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν ως «99». Οι διαθέσιμες δειγματικές τιμές εμφανίζονται ως “Valid” ενώ οι ελλιπείς ως “missing”.

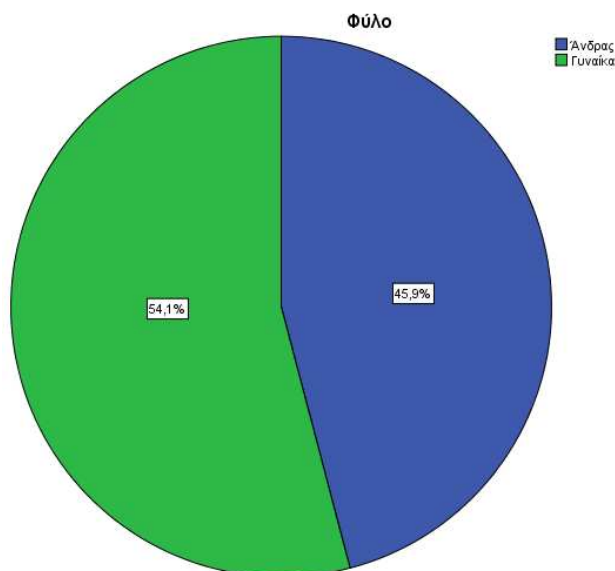
## Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα

### 4.1 Δημογραφικός προσδιορισμός

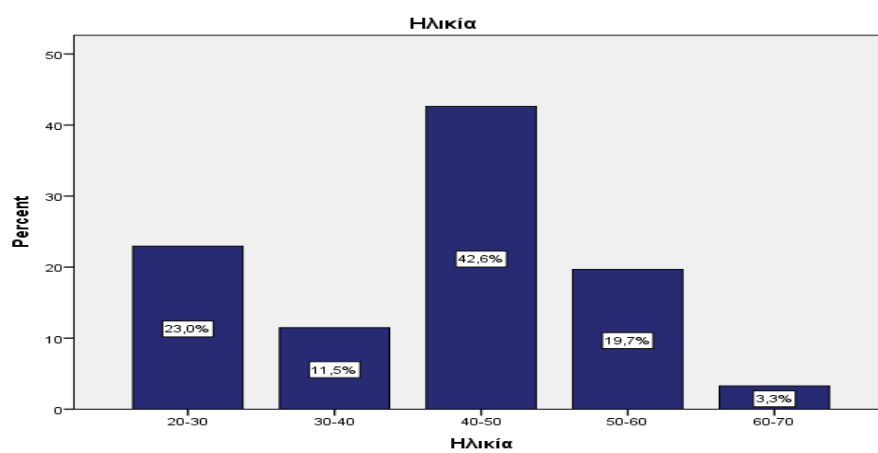
Το 45.9% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες και το 54.1% γυναίκες (Διάγραμμα 1). Το 23% των ατόμων ήταν 20-30 ετών, το 11.5% 30-40 ετών, το 42.6% 40-50 ετών, το 19.7% 50-60% και το 3.3% 60-70 ετών (Διάγραμμα 2). Σχετικά, με το μορφωτικό επίπεδο, το 4.9% είναι απόφοιτοι λυκείου, το 3.3% απόφοιτος Ιδιωτικής σχολής, το 16.4% απόφοιτος ΤΕΙ και το 55.7% απόφοιτοι ΑΕΙ (Διάγραμμα 3). Τέλος, το 19.7% είναι Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το 41% είναι έγγαμοι, το 11.5% διαζευγμένοι και το 1.6% σε διάσταση, το 41% άγαμοι, και το 4,9% χήροι (Διάγραμμα 4). Η πλειοψηφία των ερωτώμενων εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο (81.13%) ενώ οι περισσότεροι είναι ιατροί (45.9%) ή νοσηλευτές (21.31%) ή διοικητικό προσωπικό (18.03%) (Διάγραμμα 5 και Διάγραμμα 6).

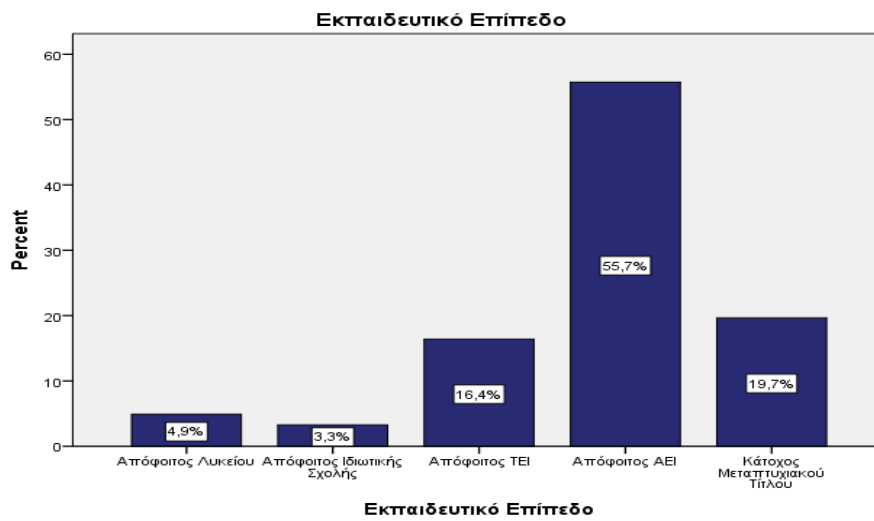
Διάγραμμα 1. Ο παράγοντας του φύλου



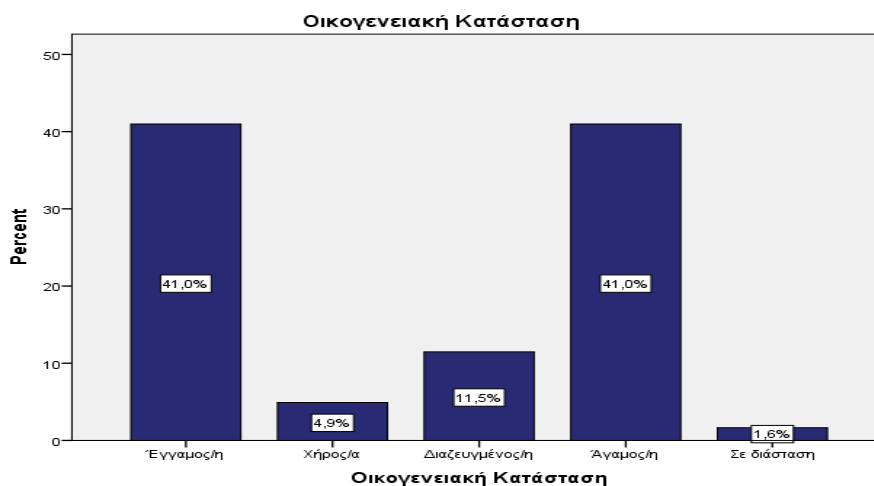
Διάγραμμα 2. Ο παράγοντας της ηλικίας



Διάγραμμα 3. Ο παράγοντας του εκπαιδευτικού επιπέδου



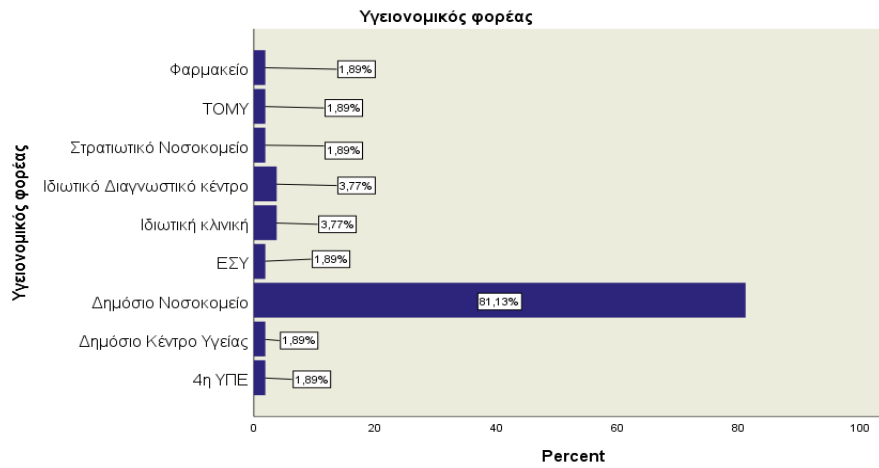
Διάγραμμα 4. Ο παράγοντας της οικογενειακής κατάστασης



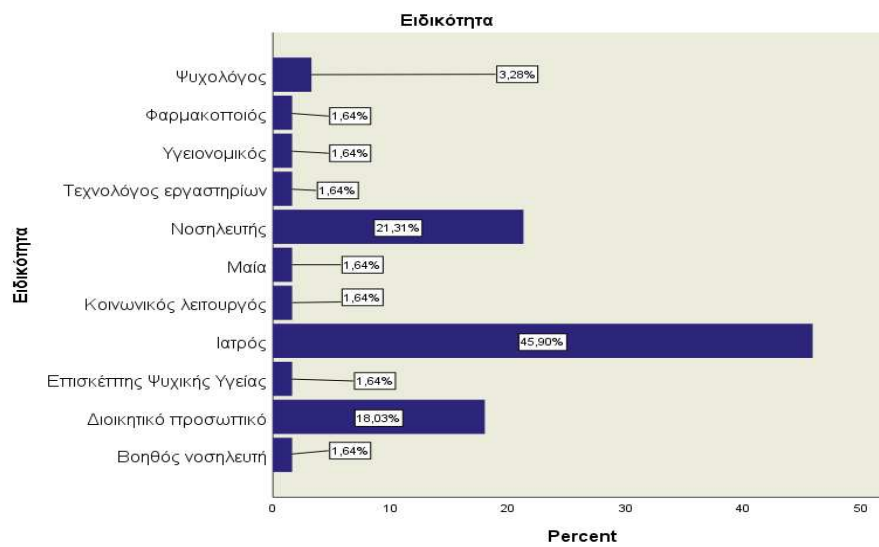
Η πλειοψηφία του δείγματος, 61,13% εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο ενώ το 3,77 % του δείγματος εργάζεται σε ιδιωτικές κλινικές και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα αντίστοιχα (Διάγραμμα 5). Ως προς τις ειδικότητες του υγειονομικού προσωπικού, το 45,9% είναι ιατροί, το 21,31 % είναι νοσηλεύτες και το 18,103% διοικητικό προσωπικό. Ακόμα, το 3,28 % είναι ψυχολόγοι ενώ σε ποσοστό 1,64% αντιστοιχούν διάφορες ειδικότητες, όπως αυτή του φαρμακοποιού, του επισκέπτη υγείας, του κοινωνικού

λειτουργού, της μαίας, του βοηθού νοσηλευτή και του τεχνολόγου εργαστηρίων (Διάγραμμα 6).

Διάγραμμα 5. Οι υγειονομικοί φορείς



Διάγραμμα 6. Οι ειδικότητες του προσωπικού των υγειονομικών φορέων



## 4.2 Ευρήματα

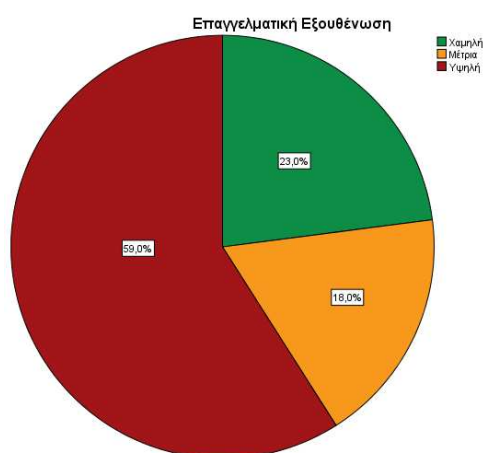
Με βάση τις επιμέρους ερωτήσεις, ορίστηκαν εκ των προτέρων τέσσερις κλίμακες, των οποίων η μέση τιμή (Mean), η τυπική απόκλιση (Std. Deviation) περιγράφονται στον Πίνακα 7. Αναλυτικότερα, η μέση τιμή της κλίμακας STAI ήταν (Mean (SD)) 103.59 (12.48), για την επαγγελματική εξουθένωση 29.18 (12.17), για την απώλεια εμπάθειας 12.06 (7.45) και για τα προσωπικά επιτεύγματα 33.06 (8.70).

*Πίνακας 7. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του δείγματος ως προς τις διαστάσεις του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης*

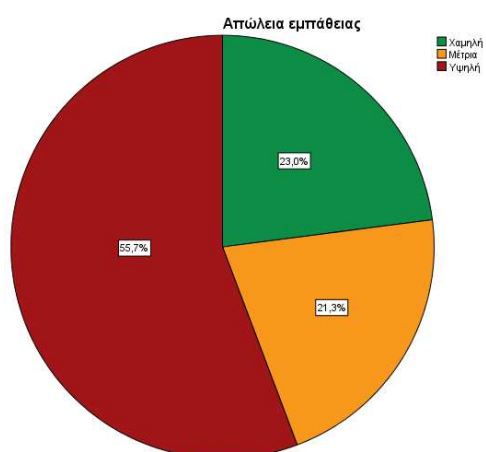
	<b>STAI</b>	<b>Επαγγελματική εξουθένωση</b>	<b>Απώλεια εμπάθειας</b>	<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>
<i>N</i>	61	61	61	61
<i>Mean</i>	103.59	29.18	12.06	33.06
<i>Std. Deviation</i>	12.48	12.17	7.45	8.70

Κατόπιν κατηγοριοποίησης, χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση παρουσίασε το 23%, μέτρια το 8% και υψηλή η πλειοψηφία με ποσοστό 59% (Διάγραμμα 7). Η απώλεια εμπάθειας ήταν χαμηλή για το 23%, μέτρια για το 21.3% και υψηλή για το 55.7% (Διάγραμμα 8). Χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα είχαν το 24.6%, μέτρια το 31.1% και υψηλά το 44.3% (Διάγραμμα 9).

Διάγραμμα 7. Τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

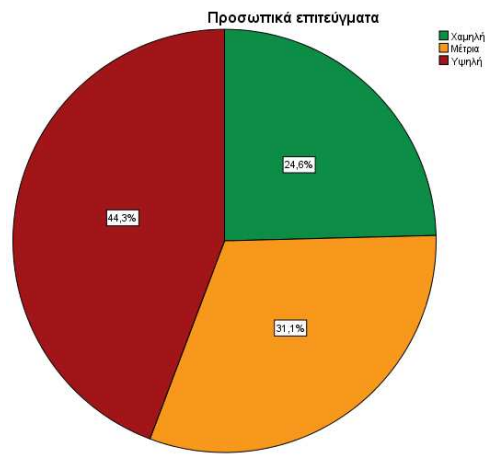


Διάγραμμα 8. Τα επίπεδα της απώλειας εμπάθειας.



Διάγραμμα 9. Τα επίπεδα των προσωπικών επιτευγμάτων.





### 4.3 Στατιστικοί έλεγχοι

Ως προς το φύλο, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα της απώλειας εμπάθειας όπου οι άνδρες συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία από τις γυναίκες με βαθμούς ελευθερίας 4.12 και P-value=0.00012 (Πίνακας 11)

*Πίνακας 11. Συσχέτιση του άγχους και των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης με τον παράγοντα του φύλου.*

	<b>t (df)</b>	<b>P-value</b>
<b>STAI</b>	1,75 (59)	0,08
<b>Επαγγελματική εξουθένωση</b>	0,25 (59)	0,80
<b>Απώλεια εμπάθειας</b>	<b>4,12 (59)</b>	<b>0,00012</b>
<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>	-1,27 (59)	0,21

Ως προς την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις κλίμακες (Πίνακας 12 και Πίνακας 13).

*Πίνακας 12. Συσχέτιση του άγχους και των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης με τον παράγοντα της ηλικίας.*

	<b>F (df1, df2)</b>	<b>P-value</b>
<b>STAI</b>	1,72 (4.56)	0,16
<b>Επαγγελματική εξουθένωση</b>	0.93 (4.56)	0.45
<b>Απώλεια εμπάθειας</b>	0.71 (4.56)	0.59
<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>	0.42 (4.56)	0.80

*Πίνακας 13. Συσχέτιση του άγχους και των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης με τον παράγοντα της οικογενειακής κατάστασης.*

	<b>F (df1, df2)</b>	<b>P-value</b>
<b>STAI</b>	0,84 (4,56)	0,50
<b>Επαγγελματική εξουθένωση</b>	0.72 (4.56)	0.58
<b>Απώλεια εμπάθειας</b>	0.52 (4.56)	0.72
<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>	2,53 (4.56)	0.051

Έπειτα, ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων έδειξε πως υπάρχει μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα απώλειας εμπάθειας και STAI (P-value)=0.37 (0.00) καθώς επίσης και μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα απώλειας εμπάθειας και της βαθμολογίας της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης (P-value)=0.47 (0.00) (Πίνακας 14). Αύξηση της βαθμολογίας στην μία κλίμακα οδηγεί σε αύξηση της βαθμολογίας της άλλης.

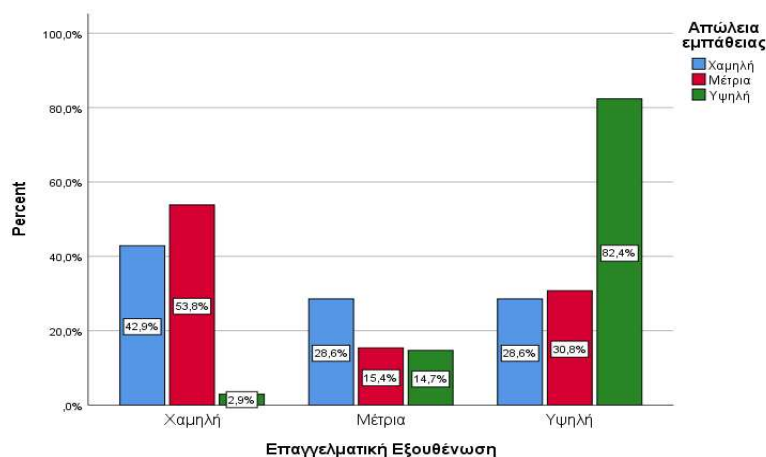
Πίνακας 14. Συσχέτιση της κλίμακας άγχους STAI με την Επαγγελματική εξουθένωση, την Απόλεια Εμπάθειας και τα Προσωπικά επιτεύγματα.

	STAI	Επαγγελματική Εξουθένωση	Απόλεια Εμπάθειας
Επαγγελματική εξουθένωση	0.20		
Απόλεια εμπάθειας	<b>0.37*</b>	<b>0,47**</b>	
Προσωπικά επιτεύγματα	-0.07	-0.10	-0,16

\* $p=0.00$ , \*\* $p=0,00$

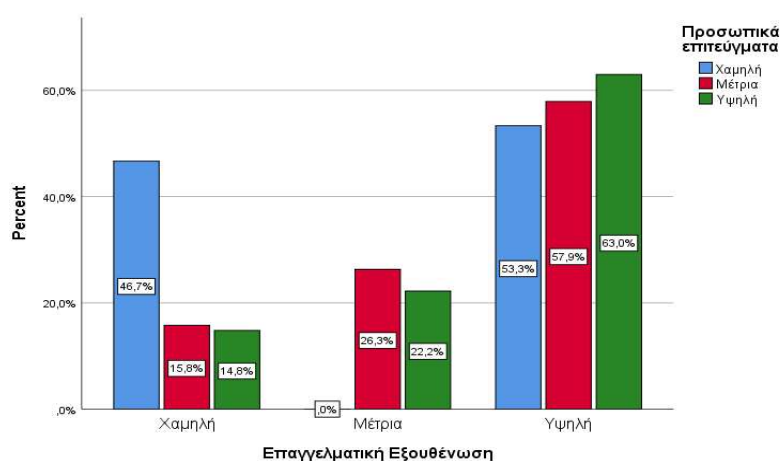
Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 10, τα άτομα με μέτρια απώλεια εμπάθειας παρουσίασαν χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση σε ποσοστό 53.8%. Από τα άτομα με μέτρια απώλεια εμπάθειας το 28,6% παρουσίασε χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση ενώ τα άτομα με υψηλή επαγγελματική εξουθένωση παρουσίασαν υψηλή απώλεια εμπάθειας σε ποσοστό 82,4%.

Διάγραμμα 10. Τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης σε συνάρτηση με την απώλεια εμπάθειας.



Από τα άτομα με χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα υψηλή επαγγελματική εξουθένωση παρουσίασε το 53.3%. Τα άτομα με μέτρια προσωπικά επιτεύγματα παρουσίασαν υψηλή επαγγελματική εξουθένωση σε ποσοστό 57.9% ενώ τα άτομα με υψηλά προσωπικά επιτεύγματα παρουσίασαν υψηλή επαγγελματική εξουθένωση σε ποσοστό 63% (Διάγραμμα 11).

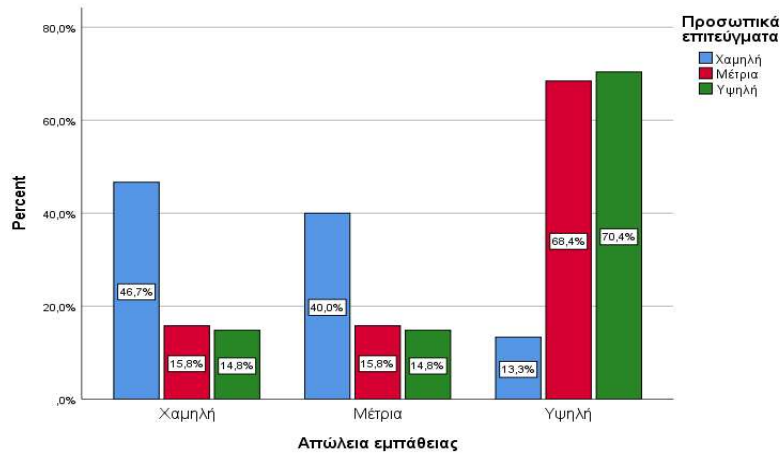
Διάγραμμα 11. Τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης σε συνάρτηση με τα προσωπικά επιτεύγματα.



Όσον αφορά τα άτομα με χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα χαμηλή απώλεια εμπάθειας παρουσίασε το 46.7%, από τα άτομα με μέτρια προσωπικά επιτεύγματα υψηλή απώλεια

εμπάθειας παρουσίασε το 68.4% και από τα άτομα με υψηλά προσωπικά επιτεύγματα υψηλή απώλεια εμπάθειας παρουσίασε το 70.4% (Διάγραμμα 12).

Διάγραμμα 12. Τα επίπεδα της απώλειας εμπάθειας σε συνάρτηση με τα προσωπικά επιτεύγματα.



Όσον αφορά το άγχος του υγειονομικού προσωπικού, στον Πίνακα 15 φαίνονται τα ποσοστά των δηλώσεων τους. Οι περισσότεροι υγειονομικοί δηλώνουν “μέτρια” επίπεδα των δηλώσεων.

Πίνακας 15. Τα επίπεδα των δηλώσεων της κλίμακας STAI.

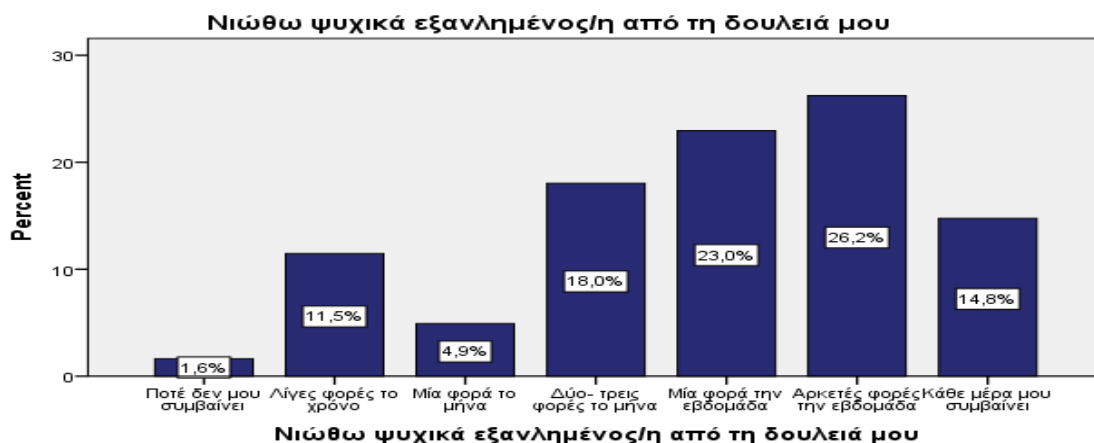
Αισθάνεται:	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ
Ήρεμος	6,6%	11,5%	<b>67,2%</b>	14,8%
Ασφαλής	6,6%	19,7%	<b>52,5%</b>	21,3%
Εσωτερική ένταση	14,8%	26,2%	<b>42,6%</b>	16,4%
Σφιγμένος	18%	<b>32,8%</b>	<b>32,8%</b>	16,4%
Άνετα	8,2%	21,3%	<b>47,5%</b>	23%
Αναστατωμένος	26,2%	31,1%	<b>32,8%</b>	9,8%
Ανησυχί για ενδεχόμενες ατυχίες	14,8%	31,1%	<b>34,4%</b>	19,7%
Ικανοποιημένος	11,5%	16,4%	<b>59%</b>	13,1%
Φοβισμένος	<b>34,4%</b>	19,7%	32,8%	13,1%
Βολικά	14,8%	14,8%	<b>45,9%</b>	24,6%
Αυτοπεποίθηση	19,7%	19,7%	<b>57,4%</b>	23%
Νευρικότητα	18%	<b>34,4%</b>	29,5%	18%
Τρέμει από νευρικότητα	<b>63,9%</b>	18%	14,8%	3,3%
Αποφασισμένος	6,6%	16,4%	<b>49,2%</b>	27,9%
Χαλαρωμένος	14,8%	32,8%	<b>36,1%</b>	16,4%
Ευχαριστήμενος	9,8%	18%	<b>55,7%</b>	16,4%

Ανήσυχος	11,5%	<b>31,1%</b>	29,5%	27,9%
Μπερδεμένος	26,2%	26,2%	<b>29,5%</b>	18%
Σταθερότητα	16,4%	23%	<b>45,9%</b>	14,8%
Ευχάριστα	8,2%	24,6%	<b>49,2%</b>	18%
Λισθάνεται ΣΥΝΗΘΩΣ	<b>ΚΑΘΟΛΟΥ</b>	<b>ΛΙΓΟ</b>	<b>ΜΕΤΡΙΑ</b>	<b>ΠΟΛΥ</b>
Ευχάριστα	4,9%	19,7%	<b>55,9%</b>	19,7%
Νευρικός & Ανήσυχος	14,8%	37,7%	<b>36,1%</b>	11,5%
Ικανοποιημένος από τον εαυτό μου	1,6%	14,8%	<b>60,7%</b>	23%
Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο φαίνονται οι άλλοι	19,7%	<b>31,1%</b>	29,5%	19,7%
Αποτυχημένος	<b>52,5%</b>	21,3%	14,8%	11,5%
Αναπαυμένος	26,2%	24,6%	<b>37,7%</b>	11,5%
Ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	4,9%	24,6%	<b>55,7%</b>	14,8%
Ανησυχεί υπερβολικά πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν εχει σημασία	21,3%	<b>31,1%</b>	<b>31,1%</b>	16,4%
Χαρούμενος	4,9%	16,4%	<b>60,7%</b>	18%
Κάνει δυσάρεστες σκέψεις	21,3%	<b>42,6%</b>	24,6%	11,5%
Θεωρεί ότι του λείπει αυτοπεποίθηση	23%	<b>39,3%</b>	24,6%	13,1%
Ασφαλής	9,8%	14,8%	<b>54,1%</b>	21,3%
Παίρνει εύκολα αποφάσεις	13,1%	6,6%	<b>55,7%</b>	24,6%
Ανεπαρκής	<b>37,7%</b>	32,8%	24,6%	4,9%
Ικανοποιημένος	6,6%	11,5%	<b>63,9%</b>	18%
Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	8,2%	<b>47,5%</b>	24,6%	19,7%
Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε ΔΕ μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου	19,7%	<b>34,4%</b>	24,6%	21,3%
Είναι ένας σταθερός χαρακτήρας	4,9%	8,2%	<b>52,5%</b>	34,4%
Έρχεται σε κατάσταση έντασης ή				

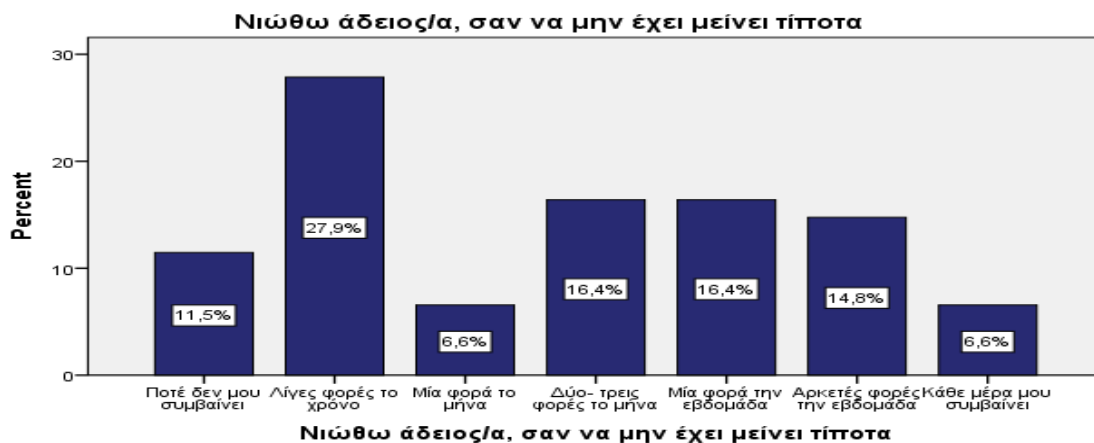
αναστάτωσης όταν σκεφτεται τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντα του	23%	24,6%	<b>32,8%</b>	19,7%
--	-----	-------	--------------	-------

Σχετικά με την κλίμακα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης προκύπτουν τα διαγράμματα:

Διάγραμμα 13. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου



Διάγραμμα 14. Νιώθω άδειος/α, σαν να μην έχει μείνει τίποτα





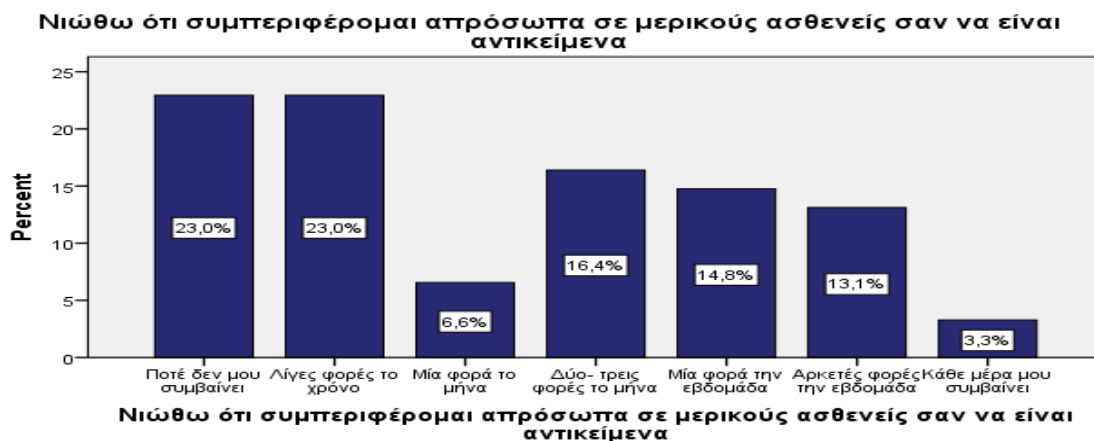
Διάγραμμα 15. Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά.



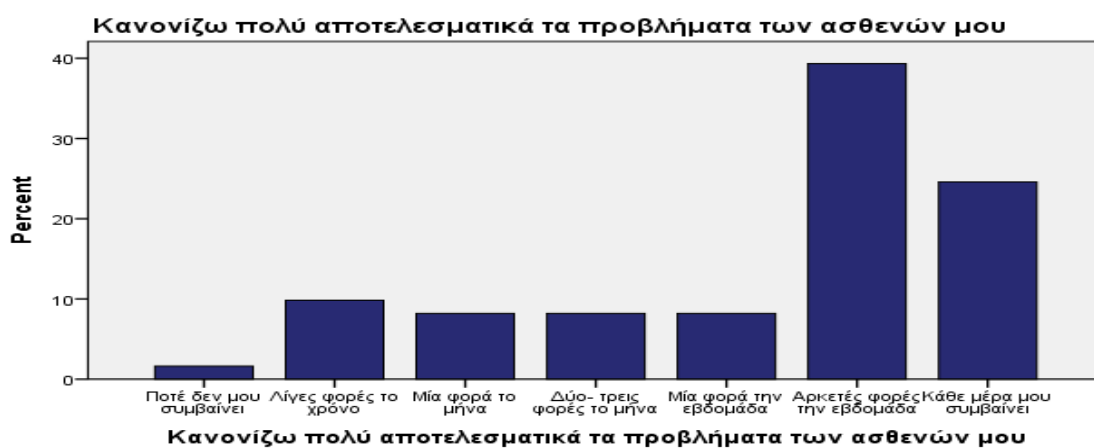
Διάγραμμα 16. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.



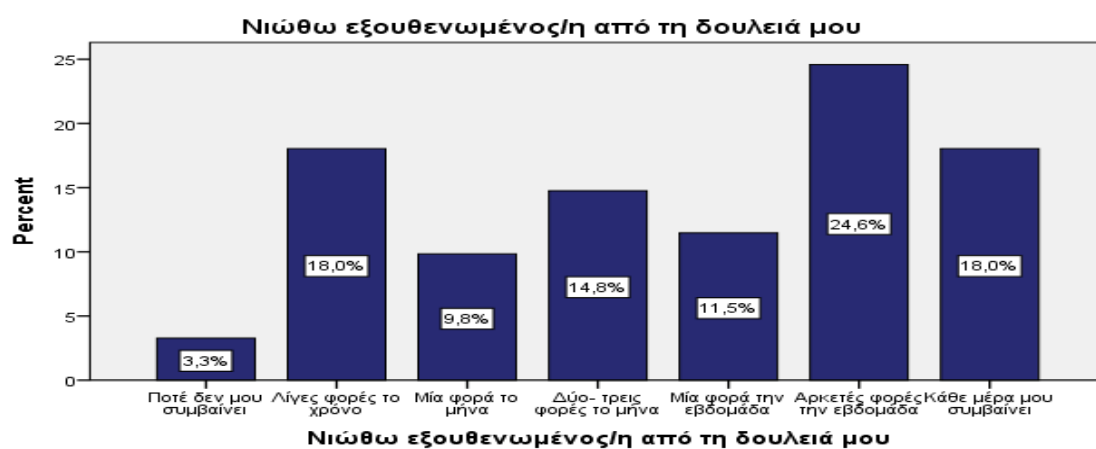
Διάγραμμα 17. Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς σαν να είναι αντικείμενα



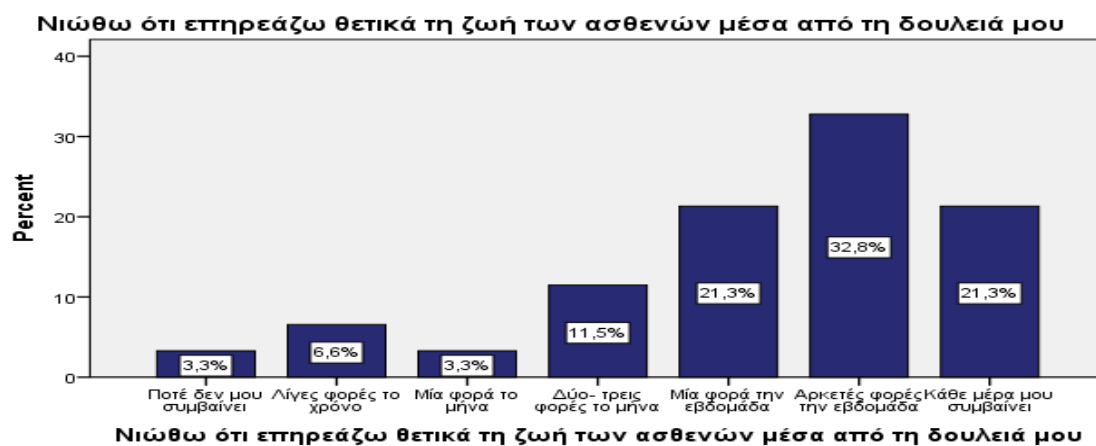
Διάγραμμα 18. Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.



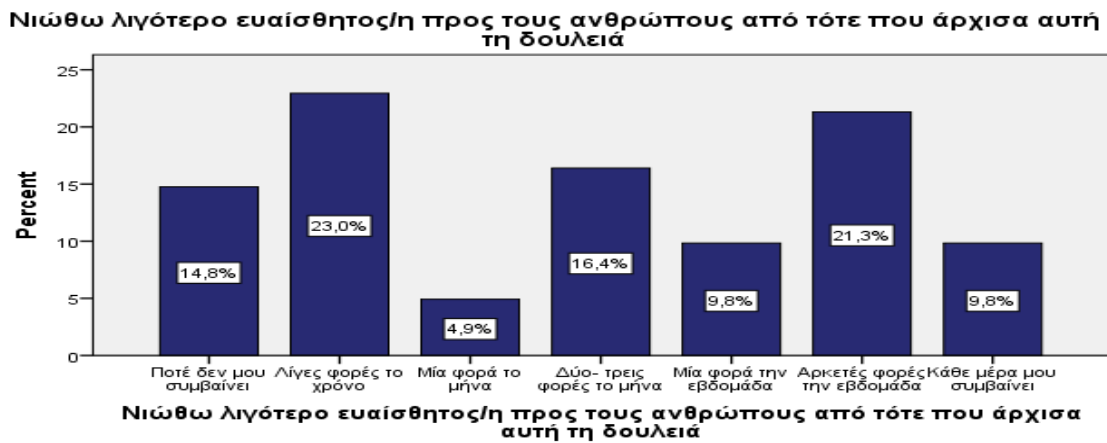
Διάγραμμα 19. Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου.



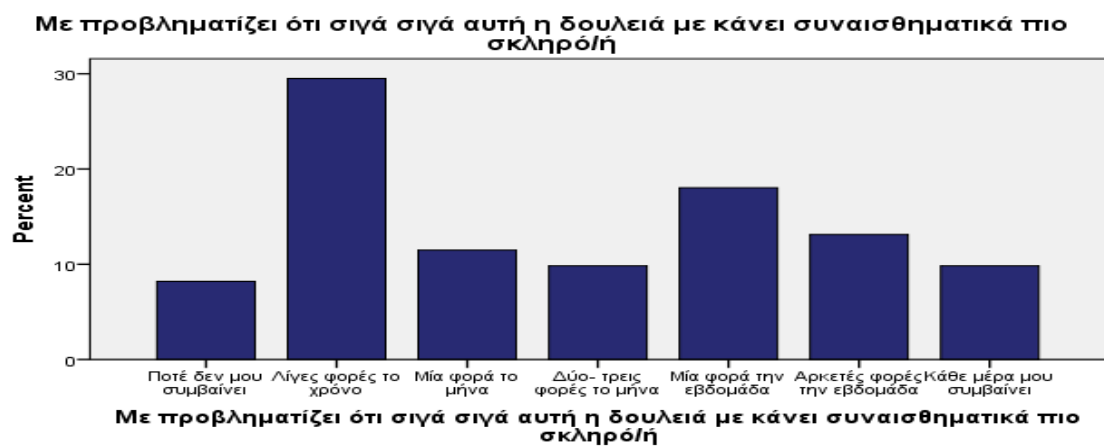
Διάγραμμα 20. Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.



Διάγραμμα 21. Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.



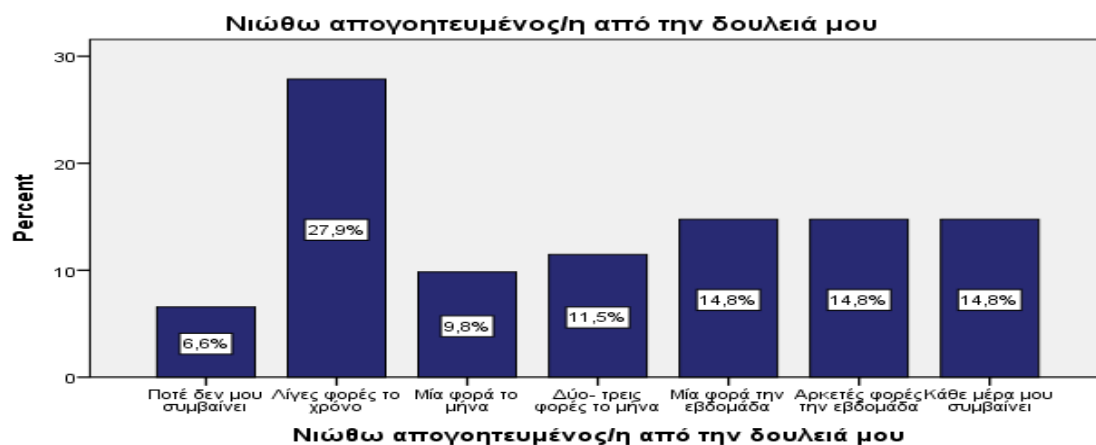
Διάγραμμα 22. Με προβληματίζει ότι σιγά σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή.



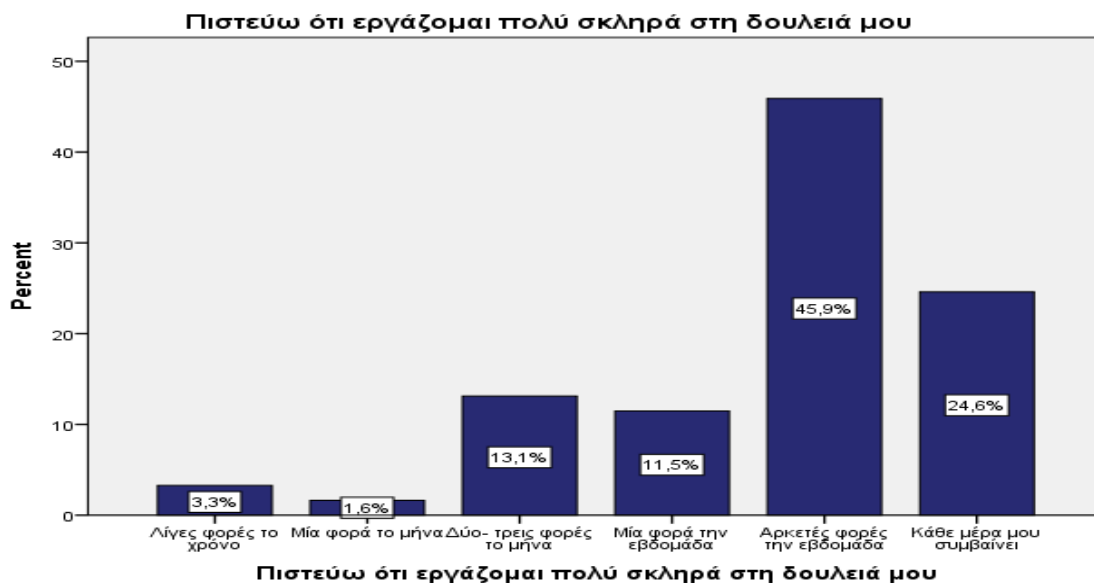
Διάγραμμα 23. Νιώθει γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα.



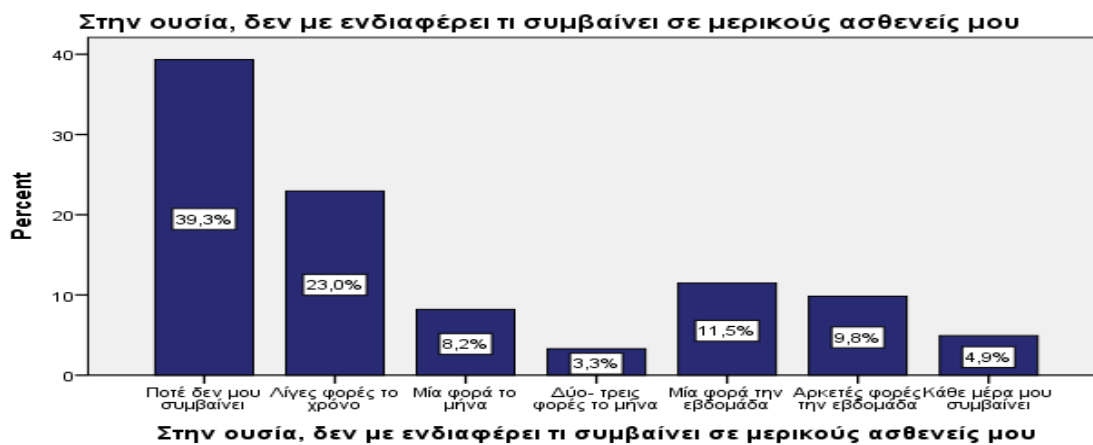
Διάγραμμα 24. Νιώθω απογοητευμένος/η από την δουλειά μου.



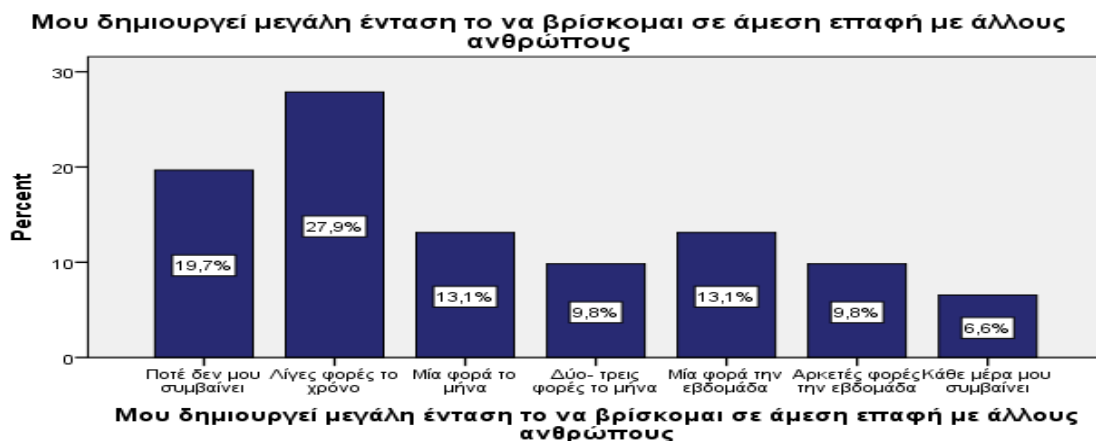
Διάγραμμα 25. Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.



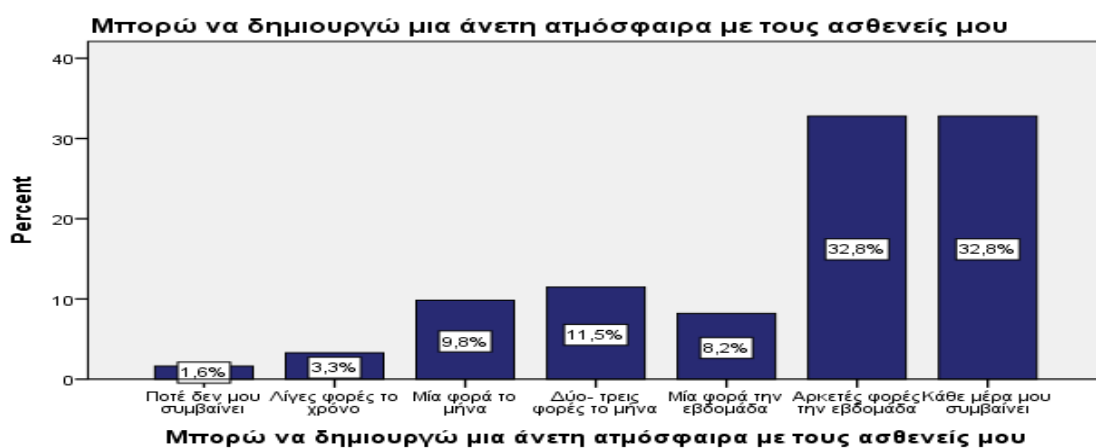
Διάγραμμα 26. Στην ουσία, δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου.



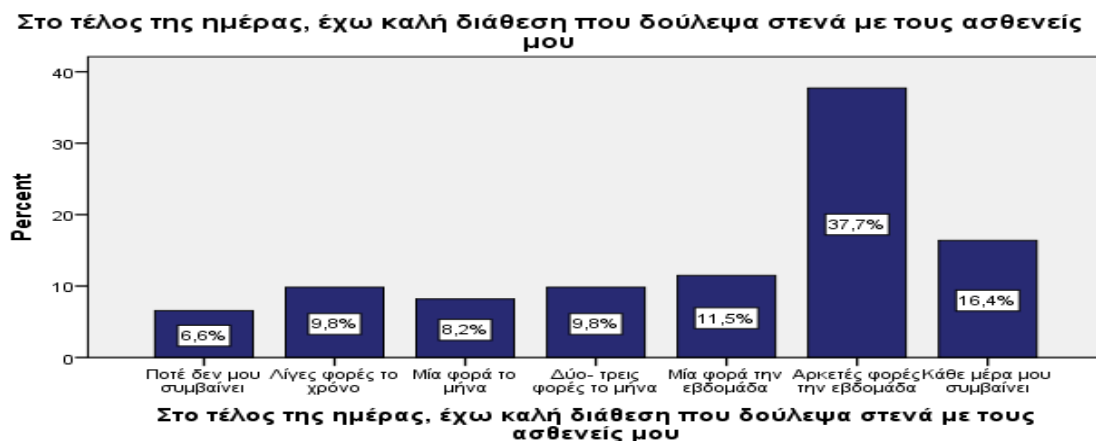
Διάγραμμα 27. Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους.



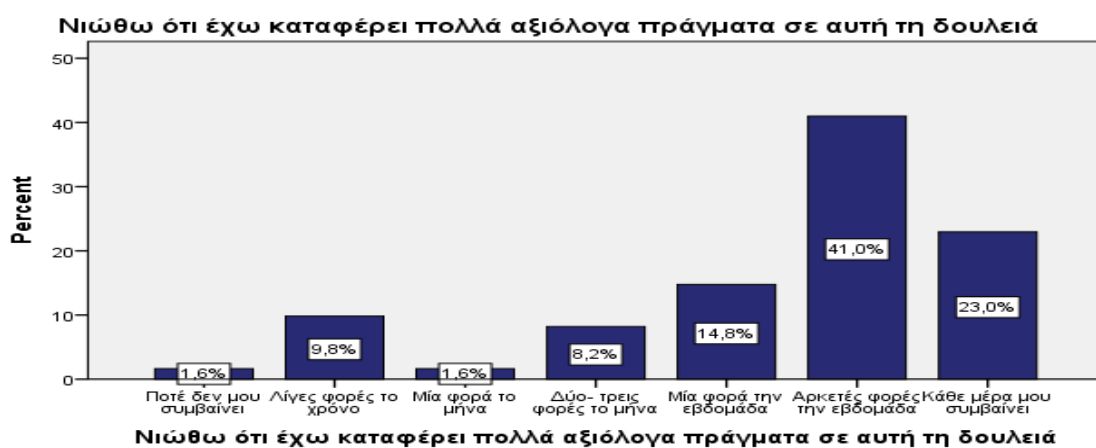
Διάγραμμα 28. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.



Διάγραμμα 29. Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.

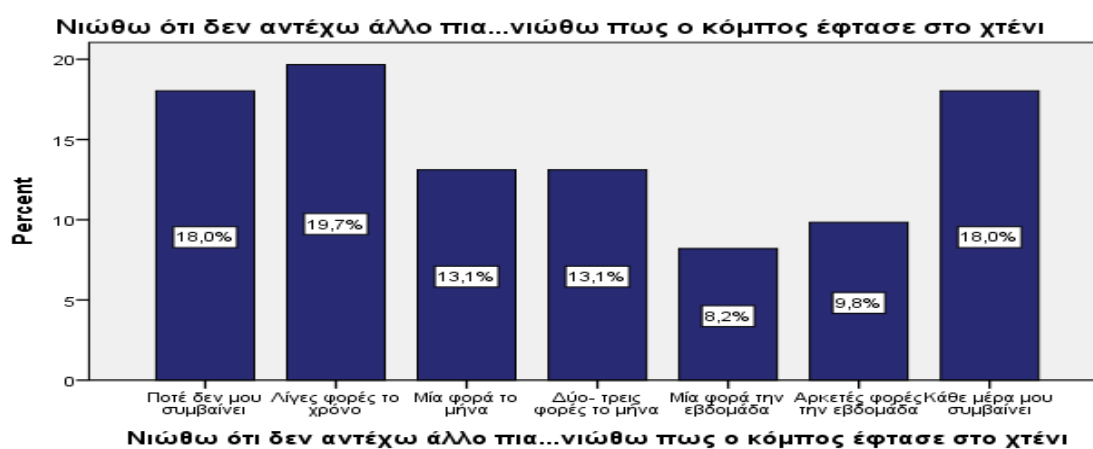


Διάγραμμα 30. Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.





Διάγραμμα 31. Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια...νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι



Διάγραμμα 32. Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου.



Διάγραμμα 33. Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματα τους.



## Κεφάλαιο 5: Συζήτηση- Συμπεράσματα

### 5.1 Πρακτικές εφαρμογές

Η παρούσα έρευνα έχει ποικίλες εφαρμογές καθώς το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση αποτελούν σοβαρά προβλήματα του συστήματος υγείας, τα οποία επιδεινώνονται λόγω της παγκόσμιας αυτής υγειονομικής κρίσης. Αρχικά, θα αναγνωριστεί το αν το υγειονομικό προσωπικό υφίσταται άγχος και επαγγελματική εξουθένωση. Άλλωστε, το πρώτο πιο σημαντικό βήμα για την αλλαγή είναι η αναγνώριση του προβλήματος. Έπειτα, είναι πολύ σημαντικό η έκαστη διοίκηση να προσπαθήσει τόσο να διαχειριστεί το πρόβλημα αλλά και να βρει τρόπους αντιμετώπισης του. Τέτοιοι τρόποι μπορεί να είναι η καλύτερη διαχείριση και οργάνωση των ανθρώπινων και υλικών πόρων και των εγκαταστάσεων. Ακόμη, το κράτος μπορεί έκτακτα να στελεχώσει παροδικά το Ε.Σ.Υ για να υπάρξει σταδιακή αποφόρτιση των δομών και του προσωπικού εν μέσω της πανδημίας covid αλλά και να προσληφθούν ειδικοί ψυχικής υγείας για ψυχοεκπαιδεύσεις προκειμένου να ενισχυθεί η ψυχική ανθεκτικότητα του προσωπικού. Τέλος, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση αποτελούν σημαντικές καταστάσεις με επιζήμιες για την ψυχική υγεία επιπτώσεις και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων- υγειονομικού προσωπικού στην συγκεκριμένη περίπτωση με αποτέλεσμα να μην μπορεί να επιτελέσει σωστά το προσωπικό τις εργασιακές τους υποχρεώσεις. Με αυτόν τον τρόπο επηρεάζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η διοίκηση και το κράτος οφείλουν να προστατεύσουν τους ανθρώπους τους και να τους βοηθήσουν να ξεπεράσουν αυτή την απαιτητική και δύσκολη περίοδο, οι επιπτώσεις της οποίας φαίνεται να είναι ανησυχητικές για το μέλλον της δημόσιας υγείας.

## 5.2 Περιορισμοί έρευνας

Η έρευνα έχει, ωστόσο, και κάποιους περιορισμούς. Αρχικά, η μεθοδολογία που επιλέχθηκε για την διεξαγωγή της δημιουργεί τους πρώτους περιορισμούς. Πρόκειται για μία ποσοτική μέθοδο, η οποία έχει ως στόχο να μετρήσει την ύπαρξη και το “ μέγεθος” του υφιστάμενου άγχους που βιώνει το υγειονομικό προσωπικό εν μέσω πανδημίας covid-19. Ωστόσο, για την καλύτερη αποτύπωση του βιώματος του υγειονομικού προσωπικού θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μια ποιοτική μέθοδος και συγκεκριμένα αυτή της κλινικής συνέντευξης. Μέσω αυτής θα μπορούσαν να συλλεχθούν περισσότερες πληροφορίες και να εκφραστεί καλύτερα ο κάθε συμμετέχων. Για την άμεση και γρήγορη συλλογή των δεδομένων αλλά και για την συλλογή δεδομένων μεγαλύτερου δείγματος, επιλέχθηκε άλλη μέθοδος, η οποία έχει και τον περιορισμό “του χρόνου”. Αντικατοπτρίζει, δηλαδή, την τωρινή στιγμή της μέτρησης και δεν είναι δυνατόν να εντοπιστεί η έναρξη και η διάρκεια του βιώματος. Για το λόγο αυτό θα ήταν πολύ ωφέλιμο να γίνει μια διαχρονική έρευνα προκειμένου να γνωρίζουμε πόσο καιρό το υγειονομικό βιώνει όλο αυτό το άγχος και πόσο ακόμα καιρό θα συνεχίσει να το βιώνει.

Ως προς την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, η χρονική στιγμή της χορήγησης, εν μέσω lockdown, και σε συνδυασμό με την ηλεκτρονική συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα μπορούσαν να αποτελέσουν παράγοντες για την μη σωστή συμπλήρωση των ερωτήσεων. Καθώς το προσωπικό ήταν εξουθενωμένο, μπορεί να μην έδωσαν τόση προσοχή και το γεγονός ότι δεν υπήρχε άμεση βοήθεια για την καθοδήγηση και την επίλυση αποριών κατά τη χορήγηση μπορεί να συνέβαλαν στην μη πλήρης αποτύπωση του βιώματος. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι καθώς πρόκειται για ένα πρωτοφανές φαινόμενο, η έλλειψη αντίστοιχων σχετικών ερευνών και σχετικής βιβλιογραφίας καθιστά ακόμη πιο δύσκολο το σχεδιασμό και την υλοποίηση της έρευνας. Επίσης, καθώς οι ειδικότητες είναι πολλές και οι υποχρεώσεις

που συνάδουν με την καθεμία διαφορετικές, είναι δύσκολο να γίνει ακριβής μέτρηση του βιώματος και να εξαχθεί ένα συμπέρασμα ειδικό, καθώς κάθε ειδικότητα βιώνει διαφορετικές πιέσεις. Για το λόγο αυτό θα ήταν χρήσιμο να γίνουν περαιτέρω έρευνες και να γίνει διαχωρισμός των ειδικοτήτων και συγκεκριμενοποίηση του βιώματος των επιμέρους ειδικοτήτων.

### 5.3 Βασικά ευρήματα

Από την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι η μέση τιμή της κλίμακας STAI, που αφορά το άγχος των εργαζομένων είναι 103, 59. Ένα τέτοιο ποσό υποδεικνύει πώς το υγειονομικό προσωπικό βιώνει μέτριας έντασης άγχος όσον αφορά την εργασία τους. Όπως προαναφέρθηκε και στο θεωρητικό μέρος της παρούσας διπλωματικής, οι λόγοι για τους οποίους κάποιος μπορεί να βιώνει άγχος αποτελούνται τόσο από περιβαλλοντικούς όσο και από ατομικούς παράγοντες. Δεδομένης της παρούσας υγειονομικής κρίσης που βιώνει όλος ο πλανήτης είναι δεδομένο ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως οι συνθήκες εργασίας σε δημόσια κέντρα περίθαλψης οι αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις, τα διευρυμένα ωράρια, τα αυστηρά πρωτόκολλα, ο κίνδυνος νόσησης και ο φόβος μόλυνσης των οικείων ατόμων αποτελούν νέους στρεσογόνους παράγοντες, οι οποίοι προσέθεσαν επιπλέον στρες στην ήδη απαιτητική εργασιακή ζωή του υγειονομικού προσωπικού. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το υγειονομικό προσωπικό ενώ δεν παρουσίασε υψηλά επίπεδα στρες, παρουσίασε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση με ποσοστό 59%, περισσότερο, δηλαδή, από το μισό του δείγματος. Η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται από τον συνδυασμό των εργασιακών απαιτήσεων και τα ατομικά χαρακτηριστικά, ωστόσο, σε μια επείγουσα κατάσταση όπως η πανδημία όπου οι εργασιακές απαιτήσεις αυξάνονται αναγκαστικά, οι ενδοατομικοί παράγοντες όπως η προσωπικότητα έχουν μια “μικρότερη επίδραση”. Αυτό, που καθορίζουν οι ενδοατομικοί παράγοντες, δηλαδή, είναι η ανθεκτικότητα του ατόμου απέναντι στις δύσκολες καταστάσεις. Σε γενικευμένες περιβαλλοντικές καταστάσεις, οι οποίες είναι δύσκολες και απαιτητικές για όλους είναι λογικό να επηρεαστούν όλοι οι συμμετέχοντες. Η ανθεκτικότητα του κάθε ατόμου όμως αυτή που θα καθορίσει το βαθμό επιρροής και την πιθανή εμφάνιση ψυχοπαθολογίας.

Για το λόγο αυτό, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, 59%, παρουσίασε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση αλλά και απώλεια της εμπάθειας, σε ποσοστό 55,7% του συνολικού δείγματος. Φαίνεται, δηλαδή, ότι στην προσπάθεια τους να “αμυνθούν” και να αντέξουν αυτές τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις απενεργοποίησαν το συναίσθημα και γίνονται πιο απαθείς ως προς τους ασθενείς. Πρόκειται για ένα βασικό χαρακτηριστικό της επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο εμφανίζεται θετικά συσχετιζόμενο με τα ποσοστά της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μάλιστα, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι τα άτομα με υψηλή απώλεια εμπάθειας βιώνουν υψηλή επαγγελματική εξουθένωση σε ποσοστό 82,4%.

Ως προς τα ατομικά χαρακτηριστικά βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων για την απώλεια εμπάθειας. Οι άντρες παρουσιάζουν, δηλαδή, μεγαλύτερα ποσοστά απώλειας εμπάθειας. Η Martin (2001) υποστηρίζει ότι το φύλο καθιστά το άτομο ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση λόγω της διαφορετικότητας των συναισθημάτων. Είναι ευρέως γνωστό ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση από ότι οι άντρες και πολλές φορές λειτουργούν με πιο συναισθηματικό τρόπο, θέτοντας τον άλλο πάνω από τον εαυτό τους, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη σχέση μητέρας παιδιού. Έτσι λοιπόν είναι πιο σπάνιο μια γυναίκα, η οποία από τη φύση της έχει το “ρόλο του φροντιστή” να παραιτηθεί από αυτό το ρόλο και να γίνει πιο “απαθής” προς τον θεραπευόμενο.

Τέλος, παρόλο που η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την εμφάνιση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης, στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε σημαντική στατιστική διαφορά. Η απουσία αντίστοιχου ευρήματος μπορεί να οφείλεται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στο μικρό μέγεθος του δείγματος ή μπορεί να μην αποτελεί όντως σημαντικό παράγοντα. Και πάλι λόγω της πανδημίας οι αυξημένες ανάγκες για νοσηλεία επέφεραν νέες εργασιακές απαιτήσεις για όλο το υγειονομικό προσωπικό, ανεξαρτήτως

ηλικίας και οικογενειακής κατάστασης. Λόγω της αναστολής των αδειών σε συνδυασμό με την αύξηση των ωρών εργασίας, το προσωπικό βρισκόταν περισσότερες ώρες στην εργασία του παρά στο σπίτι με την οικογένεια του. Επομένως, ούτε η ηλικία ούτε η οικογενειακή κατάσταση έπαιξαν τόσο ρόλο αφού η πανδημία και ο εγκλεισμός ήταν καθολικός για όλους.



#### 5.4 Η συμβολή της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική διερεύνηση

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία προσπάθεια διερεύνησης και αποτύπωσης “της πραγματικότητας” που βιώνει το υγειονομικό προσωπικό από την έναρξη της πανδημίας του Covid-19 τον Μάρτιο του 2020 έως και την ημέρα της έρευνας, ένα χρόνο, δηλαδή, μετά. Παρά τις μεθοδολογικές τις ελλείψεις, οι οποίες προκύπτουν κατα κύριο λόγο από το μέγεθος του δείγματος, αποσκοπεί στη διερεύνηση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης στο υγειονομικό προσωπικό εν μέσω της πανδημίας. Στόχος της είναι να ερευνήσει αλλά και να αποτελέσει ένα έναυσμα για την καλύτερη διαχείριση των πόρων των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να αποφευχθεί η εξάντληση του ανθρωπίνου δυναμικού. Το ζήτημα της εξάντλησης του υγειονομικού προσωπικού δεν είναι καινούργιο, έχει απασχολήσει εδώ και αρκετά χρόνια τον ερευνητικό χώρο. Ωστόσο, η παγκόσμια αυτή υγειονομική κρίση αποτελεί πρωτοφανές γεγονός και δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες που να μελετούν το άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση στο υγειονομικό προσωπικό λόγω της πανδημίας Covid-19. Αυτό το κενό έχει ως στόχο να συμπληρώσει η παρούσα εργασία.

Οι επιπτώσεις της πανδημίας δεν είναι ακόμα εμφανείς. Λαμβάνοντας υπόψη το άγχος και την εξάντληση που βιώνει το υγειονομικό προσωπικό θα ήταν πολύ χρήσιμο να διεξαχθούν μελλοντικές έρευνες, οι οποίες να εστιάζουν στις επιπτώσεις της πανδημίας στη ψυχική και σωματική υγεία του υγειονομικού προσωπικού. Ακόμα, θα μπορούσε να μελετηθεί το πόσο επηρεάστηκε η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαιτίας της εξάντλησης του ανθρωπίνου δυναμικού, πόσο αποτελεσματικός είναι ο τρόπος διαχείρισης κρίσιμων καταστάσεων, ποιες ελλείψεις έχουν προκύψει στο Ε.Σ.Υ και στον κάθε φορέα λόγω θνησιμότητας και εξάντλησης και γενικότερα θέματα διαχείρισης τόσο των ανθρωπίνων πόρων στους υγειονομικούς φορείς.

Μέσω των ερευνών οι φορείς μπορούν να γνωρίζουν με πραγματικά δεδομένα τα προβλήματα του κάθε φορέα και να βρουν τρόπους να διαχειριστούν όσο το δυνατόν

καλύτερα την εκάστοτε κατάσταση προκειμένου να επιτυγχάνεται η μέγιστη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα τους. Ας μην ξεχνάμε όμως ότι οι άνθρωποι είναι η βασική “δύναμη” των υγειονομικών φορέων και αυτοί επωμίζονται το βάρος των δύσκολων καταστάσεων. Για το λόγο αυτό η διοίκηση και το κράτος, ευρύτερα, οφείλει να τους φροντίζει και να τους προστατεύει μέσα στο εργασιακό τους πλαίσιο αλλά και η ίδια η κοινωνία να τους ευχαριστεί για το έργο που εκτελούν εν μέσω αυτής της δύσκολης υγειονομικής περιπέτειας.

## Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αντωνίου Α.Σ. (2002), «Πηγές Εργασιακού Άγχους», Ευρωπαϊκή Εβδομάδα για την Υγιεινή και Ασφάλεια, Υπουργείο Εργασίας και ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., Αθήνα
- Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου (1993). Επαγγελματική Εξουθένωση. Ψυχολογικά Θέματα
- Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου (1999). Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αδαλή, Ε. (2000). Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών. Έννοια, συνιστώσες, συνέπειες. Νοσηλευτική, 39:292–297.
- Αντωνίου, Α.-Σ. (2006). *Εργασιακό Στρες*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Αντωνίου, Α.-Σ. & Cooper, C. L. (2006). *Αποτελεσματική διαχείριση εργασιακού στρες (Stress Management)*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Κάντας Α. (1995). Οργανωτική - Βιομηχανική Ψυχολογία. Μέρος 3ο. Διεργασίες ομάδας, Σύγκρουση, Ανάπτυξη και αλλαγή Κουλτούρα, Επαγγελματικό άγχος. Αθήνα: Εκδ. Ελληνικά Γράμματα
- Κάντας, Α. (2001). Οι παράγοντες άγχους και η επαγγελματική εξουθένωση στους εκπαιδευτικούς. Στο Ε. Βασιλάκη, Σ. Τριλίβα & Η. Μπεζεβέγκης (Επιμ.), *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους* (σελ. 217-230). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κοΐνης, Α. & Σαρίδη, Μ. (2014). Εργασιακό Στρες και η Επίδραση του στην Επαγγελματική και Προσωπική Ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 13, Τεύχος 4, σ. 300-315.
- Κουτελέκος, Ι. και Πολυκανδριώτη, Μ. (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (burnout syndrome). *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2, 1-7.
- Λιάκος, Α. & Γιαννίτση, Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, σελ. 71-76.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. University Studio Press.

Μεταλληνού, Ο. (2001). *Ψυχολογική Στήριξη των Επαγγελματιών της Υγείας*. Στο κεφάλαιο «Μεταβολή της Συμπεριφοράς», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Μιχαλοπούλου, Α. (2003). Το άγχος των Νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, *Νοσηλευτική*, 42(3) 193-298

Μουστάκα, Ε., Αντωνιάδου, Φ., Μαλλιαρού, Μ., Ζάντζος, Ι., Κυριάκη, Κ., Κωνσταντινίδης, Θ. (2008), Συγκριτική μελέτη εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ πανεπιστημιακού νοσοκομείου της περιφέρειας και Γενικού νοσοκομείου της Πρωτεύουσας, 35ο Πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο του ΕΣΝΕ, Αθήνα

Σιουρούνη, Ε., Θεοδώρου, Μ. & Χονδρός, Π. (2006). Διερεύνηση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Νοσηλευτικό Προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. *Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ*, Μάρτιος-Απρίλιος, 31-35.

Τούκας, Δ. & Τούκα, Α. (2011). Ανάλυση και Διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον: Από την Επιστημονική Προσέγγιση στην Πρακτική Εφαρμογή, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28, 1, σ. 20-26.

## **Ξένη Βιβλιογραφία**

Anmella, G., Fico, G., Roca, A., Gómez-Ramiro, M., Vázquez, M., Murru, A., Pacchiarotti, I., Verdolini, N. & Vieta, E. Unravelling potential severe psychiatric repercussions on healthcare professionals during the COVID-19 crisis. *J. Affect. Disord.* 2020, 273, 422–424. [CrossRef]

Antoniou, A.-S. (1999). Personal traits and professional burnout in health professionals. *Archives of Hellenic Medicine*, 16 (1), 20-28.

Arnold J., Silvester J., Cooper C. & Robertson I. (2005). *Understanding Human Behaviour in the Workplace*, Financial Times. Prentice Hall

Bakker, A.B. and Demerouti, E. (2007), "The Job Demands-Resources model: state of the art", *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 22 No. 3, pp. 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>

Balch CM, Copeland E. (2007), "Stress and burnout among surgical oncologists: A call for personal wellness and a supportive workplace environment", *Annual Surgery Oncology*, 14:3029–3032

Bates, E. (1975), "Stress in hospital personnel", *Medical Journal of Australia*, 765-767

Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology and Health, 16*, 583-594.

Burke, R., Shearer, J., & Deszca, G. (1984). Burnout among men and women in policew work: an examination of the Cherniss model. *Journal of Health and Human Resources Administration, 7*(2), 162-188. Retrieved April 5, 2021, from <http://www.jstor.org/stable/25780191>

CDC.(2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Daily Life & Coping. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-lifecoping/managing-stress-anxiety.html>. Accessed 30 Apr 2

Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(4): e15–6.

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

Cherniss, C. (1980), Staff Burnout – Job Stress in the Human Services, *Sage Studies in Community Mental Health, 2*, 11-191.

Chirico, Francesco; Nucera, Gabriella; Magnavita, Nicola (2020). *Protecting the mental health of healthcare workers during the COVID-19 emergency*. *BJPsych International, ()*, 1–2. doi:10.1192/bji.2020.39

Clay, T. (1989), *Nurses, Power and Politics*, Heinemann, London

Cooke, Jessica E.; Eirich, Rachel; Racine, Nicole; Madigan, Sheri (2020). *Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis*. *Psychiatry Research, 292*(), 113347–. doi:10.1016/j.psychres.2020.113347

Cooper, C. L., Cooper, R. D., & Eaker, H. L. (2002). Ζώντας με Στρες (Επιμ.–Μετ. Α.-Σ. Αντωνίου). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου

Cordes, C.L., Dougherty, T.W. (1993), A Review and Integration of Research on Job Burnout, *Academy of Management Review, 18*, 621-656.

Cox T. (1993), *Stress Research And Stress Management: Putting Theory To Work*, Sudbury, Health and Safety Executive

Dekker, S. W. A. & Schaufeli, W. B. (1995). The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian Psychologist*, 30 (1), 57-63.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

Demir, A., Ulosoy, M., & Ulosoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.

DiMatteo, M. R., & Martin, L. R. (2011). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Πεδίο.

Dong, L.; Bouey, J. Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerg. Infect. Dis.* 2020, 26, 1–3. [CrossRef] [PubMed]

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions*. New York: Human Sciences Press.

Elahi ,Y.A. & Apoorva, M. (2012), “A detail study on Length of Service and Role Stress of Banking Sector in Lucknow Region,” *Research Journal of Management Sciences*, 1(5), 15-18

Esther M. Chang; John W. Daly; Karen M. Hancock; John Bidewell; Amanda Johnson; Vickie A. Lambert; Clinton E. Lambert (2006). *The Relationships Among Workplace Stressors, Coping Methods, Demographic Characteristics, and Health in Australian Nurses.* , 22(1), 0–38. doi:10.1016/j.profnurs.2005.12.002

EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work (2000), *Research on work-related stress*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203>  
European Agency for Safety and Health at Work, *Stress*, Available at: <http://osha.europa.eu/en/topics/stress>

Firth-Cozens, J. (1997). Predicting stress in general practitioners: 10 year follow up postal survey. *British Medical Journal*, 315, 34–35.

Freudenberger, H.J. (1974), Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166.

Gottlieb, B. H. (Ed.). (1997)..*Coping with chronic stress*. New York: Plenum.

Gray T.P & Anderson J.G. (1981), “Stress among hospital nursing staff: its causes and effects”, *Soc. Sci. Med.*, 15(a), 639-647

Greenberg, J. & Baron, R.A. (2013). *Οργανωσιακή Ψυχολογία και Συμπεριφορά* (επιμ. και μτφρ. Αντωνίου, Αλέξανδρος-Σταμάτιος). Αθήνα: Gutenberg.

Hassan NM, Abu-Elenin MM, Elsallamy RM, Kabbash IA (2020) Job stress among resident physicians in Tanta University Hospitals, Egypt. *Environ Sci Pollut Res* 27:37557–37564. <https://doi.org/10.1007/s11356-020-08271-9>

Hellesoy, O., Gronhaug, K., & Kvitastein, O. (2000). Burnout: conceptual issues and empirical findings from a new research setting. *Scandinavian Journal of Management*, 16, 233-247.

Hobfoll, S. E., Shirom, A., & Golembiewski, R. (2000). Conservation of resources theory. *Handbook of organizational behavior*, 57-81.

Hogan, L.H., & McKnight, M.A. (2007). Exploring burnout among university online instructors: An initial investigation. *Internet and Higher Education*, 10, 117-124.

Ito, S., Fujita, S., Seto, K., Kitazawa, T., Matsumoto, K. & Hasegawa, T. (2014). Occupational stress among healthcare workers in Japan. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 49(2):225-234.

Jaracz, K., Gorna, K., & Konieczna, J. (2005). Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Rocz Akad Med Bialymst*, 50(Suppl 1), 216-219.

Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, Burnout and Social Support: Nurses in Acute Mental Health Settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622-631.

Hannigan B, Edwards D, Coyle D, Fothergill A, Burnard P. (2000). Burnout in community mental health nurses: Findings from the all-Wales stress study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 127–134.

Justice, B., Gold, R. S., & Klein, J. P. (1981). Life events and burnout. *Journal of Psychology*, 108, 219-226.

Karanika-Murray, M., (2010). "Work and Health: Curvilinearity Matters", *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice*, 1, ζ. 151-168, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex

Khan, A.H., Sultana, S., Hossain, S., Hasan, T., Ahmed, H.U., & Sikder, T. (2020). The impact of COVID-19 on mental health and wellbeing among home-quarantined Bangladeshi students: A cross-sectional pilot study. PsyArXiv. 10.31234/osf.io/97s5rIndicates inclusion in the posttraumatic stress meta-analysis., Indicates inclusion in the general psychological stress meta-analysis.

Kilfedder, C.J., Power, K.G. and Wells, T.J. 2001. Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3):383-396.

Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K., (2005). "The Copenhagen Burnout Inventory: A New Tool For The Assessment Of Burnout", *Work & Stress*, 19, 3, ζ. 192-207, DOI: 10.1080/02678370500297720

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z. , Hu, J. Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R. et al. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA*,, 3, 1–12. [CrossRef]

Landrum, B., Knight, D., & Flynn, P., (2012). "The Impact of Organizational Stress and Burnout on Client Engagement", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42, ζ. 220-230, Elsevier, 10.1016/j.jsat.2011.10.011

Laubach W, Milch W. & Ernst R. (1999), "Dimensions of work stress and job satisfaction in psychiatric-psychotherapeutic practice", *Psychother.Psychosom.Med. Psychology*, 49:38–47

Lazarus, R., (1999). *"Stress and Emotion-A New Synthesis"*, Springer Publishing Company Inc., New York

Lazarus, R., & Folkman, S., (1984). *"Stress, Appraisal, and Coping"*, Springer Publishing Company Inc, New York

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

Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and



burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5514.

Martin, J. (2000), Hidden Gendered Assumptions in Mainstream Organizational Theory and Research, *Journal of Management Inquiry*, 9, 207-216.

Maslach, C. (1982) *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Inc., New Jersey.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, p. 99-113. <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Maslach, C., & Jackson S. E. (1984) Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual* 5 (p.133-153)

Maslach, C., & Jackson, SE. (1986). *Maslach burnout inventory manual*. 2nd ed. Palo Alto, California Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Jackson, E.S. & Leiter, P.M. (1996), *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.

Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001) *Job burnout*. *Annu Rev Psychol* 52 (p.397–422).

Maslach C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. *ISHK*, Cambridge, pp. 2.

McVicar, A. (2003), "Workplace stress in nursing: a literature review", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 44 No 6, pp. 633-642

McLean A. (1985), *Work Stress Reading*, Massachusetts, Addison-Wesley

McTiernan, K., & McDonald, N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(3), 208-218.

Menzies I.E.P. (1960), "Nurses under stress", *International Nursing Review*, 7:9-16

Micklevitz, S. (2001). Professional burnout. A study explores the level of burnout in

the park and recreation profession and shares ideas for reducing stress in the workplace. Retrieved January 31, 2007 from <http://www.lib.niu.edu/ipo/2001/ip010725.html>

Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, Qin M, Huang H (2020) Work stress among Chinese nurses to support Wuhan for fighting against the COVID-19 epidemic.

*J Nurs Manag Accepted Author Manuscript* 28:1002–1009.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.13014>

Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M, et al At the epicenter of the COVID-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. *NEJM Catal Innov Care Deliv* 2020. Available from: <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0080>

National Institute for Occupational Safety and Health (1999), “*Stress...At Work*”, Booklet, DHHS (NIOSH) Publication No. 99-101

Neto M, Almeida HG, Esmeraldo JD, Nobre CB, Pinheiro WR, de Oliveira C, Sousa I, Lima O, Lima N, Moreira MM, Lima C, Júnior JG, da Silva C (2020) When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Res* 288:112972. Advance online publication.

Occupational Safety & Health Service, Department of Labour (1988), “Stress and fatigue: their Impact on Health and Safety in the workplace”, New Zealand

Papadatou, D., Anagnostopoulos, F. & Monos D. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *Br J Med Psychol* 1994, 67:187–199

Park, J.S.; Lee, E.H.; Park, N.R.; Choi, Y.H. Mental Health of Nurses Working at a Government designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2018, 32, 2–6. [CrossRef]

Patrick, A. T., Douglas, C., & Shirley, E. C. (1991), “Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors”, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 28(2), 125-130

Payne, R.L. and Firth-Cozens, J. (1987), *Stress in Health Professionals*, (Eds), John Wiley & Sons, Chichester

Payne R. (1988), “*Individual Differences in the Study of Occupational Stress*” in C L

Cooper and R Payne [eds] Causes, Coping and Consequences of Stress at Work  
Chichester, John Wiley

Pines, A.M. (1986). Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. In C. D. Scott and K. Hawk (Eds), *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New York, Brunner/Mazel Inc.

Pines, A.M. & Aronson, E. (1988) *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press

Pines, A.M. & Keinan, G. (2005). *Stress and burnout: The significant difference.* , 39(3), 625–635. doi:10.1016/j.paid.2005.02.009

Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of psychiatric nursing*, 20(3), 135-143.

Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J. F., Pochard, F., ... & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 698-704.

Potter, B. (2001). Job burnout: What it is and what you can do about it? Available from: <http://www.docpotter.com>.

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España. Available online: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES> (accessed on 13 June 2020).

Rees, D. & Cooper, C.L. (1992), "Occupational stress in health-service workers in the UK", *Stress Medicine*, Vol. 8 No 2, pp. 79-90

Rees, D.W. (1995), "Work-related stress in health service employees", *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 10 No. 3, pp. 4-11

Repetti, R. L. (1993). Short-term effects of occupational stressors on daily mood and health complaints. *Health Psychology*, 12(2), 125–131. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.12.2.125>

Said, R.M., El-Shafei, D.A. Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt.

*Environ Sci Pollut Res* 28, 8791–8801 (2021).  
<https://doi.org/10.1007/s11356-020-11235-8>

Sanders, G. S., & Suls, J. M. (Eds.). (1982). *Social psychology of health and illness*. Psychology Press.

Santullo, A. & Rebecchi E. *Burnout and mobbing risk for health professionals*. *Prof Infirm* 2005; 58: 215-21

Schabracq, M., (2003). "Organisational Culture, Stress and Change", *The Handbook of Work and Health Psychology*, Second Edition, Chapter 3, ζ. 37-62, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex

Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998), *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*, London: Taylor & Francis.

Schaufeli, W., & Greenglass, E., (2001). "Introduction To Special Issue on Burnout and Health", *Psychology and Health*, Vol. 16, ζ. 501-510, OPA (Overseas Publishers Association) N.V.

Sherman Jr, A. C., Edwards Jr, D., Simonton Jr, S., & Mehta Jr, P. (2006). Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliative & Supportive Care*, 4(1), 65.

Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I., (2005). "Burnout, Mental And Physical Health: A Review Of The Evidence And A Proposed Explanatory Model". *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 20, ζ. 269- 309.

Schuler, R.S. & Jackson, S.E. (1968). Managing stress through PHRM practises: An uncertainty interpretation. In R.M. Rowland & G.R Ferris (Eds), *Research in Personnel and Human Resource Management* , 4, 183-224. Greenwich, CT: JAI Press.

Selye, H. (1993). History of the Stress Concept. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *The Handbook of Stress* (2nd Edition). New York: The Free Press.

Stevanovic P, Rupert P. (2009), "Work-family spillover and life satisfaction among professional psychologists", *Prof.Psychol.Res.Pract.*, 40:62–68

Sutherland, V.J. & Cooper, C.L. (1990), *Understanding Stress: A Psychological Perspective for Health Professionals*, Chapman and Hall, London.

Tan, W., Hao, F., McIntyre, R.S., Jiang, L., Jiang, X., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu,

Y., Luo, X., Zhang, Z., Lai, A., Ho, R., Tran, B., Ho, C., Tam, W., 2020. Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain Behav. and Immunity* 87, 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.055>.

Tengilimoğlu, D., Zekioğlu, A., Tosun, N., Işık, O., & Tengilimoğlu, O. (2020). *Impacts of covid-19 pandemic period on depression, anxiety and stress levels of the healthcare employees in turkey. Legal Medicine, 101811*. doi:10.1016/j.legalmed.2020.101811

Tsamakis K, Rizos E, Manolis AJ, Chaidou S, Kypouropoulos S, Spartalis E, et al COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Exp Ther Med* 2020; 19(6): 3451–3.

Tumers, G., Van Merod, G., & Landerweerd, J. (2002). The diversity of work: Differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *Int J Nurs Stud*, 39:841–855

Tunc, T. & Kutanis, R.O. (2009). Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey., 11(4), 410–416. doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00475.x

Umehara, K., Ohya, Y., Kawakami, N., Tsutsumi, A. & Fujimura, M. (2007). Association of work-related factors with psychosocial job stressors and psychosomatic symptoms among Japanese pediatricians. *J Occup Health*. 49: 467-481.

Vachon, M. L. S. (1987). *Series in death education, aging, and health care. Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, and the bereaved*. Hemisphere Publishing Corp.

Vachon, M. L. S. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*. New York: Hemisphere Publ. Co

Vakola M. & Nikolaou I. (2005), “Attitudes towards organizational change”, *Employee Relations*, 27(2), pp. 160-174

Waldman SV, Diez JC, Arazi HC, Linetzky B, Guinjoan S, Grancelli H. (2009), “Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina”, *Academic Psychiatry*, 33:296–301

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., Ho, R.C., 2020. Immediate

psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17 <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>. Article e1729 Indicates inclusion in the posttraumatic stress meta-analysis., Indicates inclusion in the general psychological stress meta-analysis.

Williamson V, Murphy D, Greenberg N. COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occup Med* [Epub ahead of print] 2 Apr 2020. Available from: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa052>.

Xiao, X.; Zhu, X.; Fu, S.; Hu, Y.; Li, X.; Xiao, J. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *J. Affect. Disord.* 2020, 274, 405–410. [CrossRef]

Zerbini, G.. Ebigbo, A.. Reicherts, P.. Kunz, M. & Messman, H. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19- survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger. Med. Sci.* 2020, 18, 1–9.