

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: **ΚΑΛΜΑΝΤΗ ΑΣΗΜΙΝΑ**, MSc

ΟΝΟΜΑ ΕΠΟΠΤΡΙΑΣ: **ΓΙΩΤΣΙΔΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**, PhD, MSc, MA

ΑΘΗΝΑ 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κ. Γιωτσίδη Βασιλική για την αμέριστη συμπαράσταση, βοήθεια και κατανόησή της. Η καθοδήγησή της υπήρξε όχι μόνο πολύτιμη, αλλά και ουσιαστική σε όλες τις φάσεις εκπόνησης αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Επιθυμώ, επίσης, να ευχαριστήσω την επιστημονικά υπεύθυνη του Π.Ε.ΣΥ.Π., κ. Καλούρη Ράνυ, για τον χρόνο και 'χώρο' που έδωσε σε όλους, ώστε να κάνουμε κτήμα μας τη Συμβουλευτική και τα εργαλεία της.

Κλείνω με ένα ιδιαίτερα μεγάλο ευχαριστώ, στην κόρη μου για την πολύτιμη στήριξή της, ηθικά και συναισθηματικά, όχι μόνο στην έναρξη, αλλά και κατά τη διάρκεια αυτού του ταξιδιού, μέχρι την ολοκλήρωσή του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

«...a final flickering flame, of a charred and empty shell, of dying embers and cold, gray ashes...were once fired up about their involvement with other people – excited, full of energy, dedicated willing to give tremendously of themselves for others. And they did give... and give, and give until finally there was nothing left anymore... they had burned out» (Maslach, 1986).

Η επαγγελματική εξουθένωση (Professional Burnout Syndrome) αποτελεί ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, το οποίο εμφανίζεται μετά από επανειλημμένες αποτυχίες στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων του εργασιακού χώρου.

Αναπτύσσεται, κυρίως, σε όσους εργάζονται σε επαγγελματική σχέση φροντίδας με άλλα άτομα και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Τα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτό του ενθουσιασμού, της αμφιβολίας και της αδράνειας, της απογοήτευσης και ματαίωσης και τέλος της απάθειας.

Συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με την προσέγγιση της Maslach, είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη προσωπική επίτευξη.

Στην παρούσα εργασία, γίνεται αναφορά στην επαγγελματική εξουθένωση, στα στάδιά της, στις φάσεις, στα συμπτώματα, σε συναφείς έρευνες, στην συμβουλευτική παρέμβαση στο σύνδρομο αυτό, καθώς και σε εφαρμοσμένα προγράμματα αντιμετώπισής του.

Λέξεις κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας, εργασιακή κόπωση, Συμβουλευτική.

ABSTRACT

«...a final flickering flame, of a charred and empty shell, of dying embers and cold, gray ashes...were once fired up about their involvement with other people – excited, full of energy, dedicated willing to give tremendously of themselves for others. And they did give... and give, and give until finally there was nothing left anymore... they had burned out» (Maslach, 1986).

Professional Burnout Syndrome is about the physical and mental exhaustion, which appears after repeated failures in dealing with stressful situations at the workplace.

Components of the burnout syndrome, according to Maslach approach, are emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. This study refers to the stages, the phases, the symptoms and the research on Burnout , as well as to the theory of Counselling and various specific therapeutic interventions for the burnout syndrome.

It arises mainly to people whose profession involves caring relationships with other people and depends on many factors. The stages of the burnout syndrome are excitement, doubt and inaction, disappointment and frustration and finally, apathy.

Tags: Professional Burnout Syndrome, health professionals, work fatigue, Counselling.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ABSTRACT	iv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	v
ΠΙΝΑΚΕΣ	
Πίνακας 1.1: Συμπτώματα του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	20
Πίνακας 2.1: Τομείς λειτουργικότητας που επηρεάζονται από το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	34
Πίνακας 2.2: Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	41
Πίνακας 4.1: Διαχείριση μη ορθολογικών πεποιθήσεων.....	86
Πίνακας 4.2: Η Διαδικασία της διακοπτόμενης επικοινωνίας.....	91
Πίνακας 4.3: Η Διαδικασία της διασπώμενης προσοχής.....	92
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Εννοιολογικό Περιεχόμενο του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης	4
1.1 Ιστορική εξέλιξη του ΣΕΕ.....	4
1.2 Ορισμός του ΣΕΕ.....	6
1.3 Στάδια του ΣΕΕ.....	7
1.3.1 Η Συναισθηματική εξάντληση.....	8

1.3.2 Η Αποπροσωποποίηση.....	8
1.3.3 Η Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.....	9
1.4 Αιτιοπαθογένεια του ΣΕΕ.....	9
1.5 Θεωρητικές Προσεγγίσεις.....	10
1.5.1 Ατομικές προσεγγίσεις.....	10
1.5.2 Διαπροσωπικές προσεγγίσεις.....	11
1.5.3 Κοινωνικές προσεγγίσεις.....	13
1.5.4 Οργανωτικές προσεγγίσεις.....	14
1.5.5 Νέες προσεγγίσεις.....	16
1.6 Θεωρητικά μοντέλα του ΣΕΕ.....	16
1.6.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach.....	16
1.6.2 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky.....	17
1.6.3 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss.....	18
1.6.4 Το μοντέλο της Pines.....	18
1.7 Συμπτωματολογία του ΣΕΕ.....	19
2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Εμφάνιση και επιπτώσεις του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας.....	25
2.1 Χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην εμφάνιση του ΣΕΕ.....	25
2.2 Επιπτώσεις του ΣΕΕ.....	28
2.3 Κλινική εικόνα επαγγελματιών υγείας με ΣΕΕ.....	30
2.4 Οργανωσιακή κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας.....	35
2.5 Παράγοντες που συντείνουν στην εμφάνιση του ΣΕΕ.....	38

2.6	Ψυχοκοινωνικοί εργασιακοί παράγοντες.....	42
2.6.1	Τυπολογία της δραστηριότητας (πρόσθετοι ψυχοπιεστικοί παράγοντες)....	42
2.6.2	Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στους Επαγγελματίες Υγείας.....	43
2.7	Τα συναισθήματα των επαγγελματιών υγείας που βιώνουν το ΣΕΕ.....	44
3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Έρευνες σχετικά με το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας.....		
3.1	Συναφείς έρευνες για το ΣΕΕ στους Επαγγελματίες Υγείας.....	46
3.1.1	Διεθνώς.....	46
3.1.2	Ελλάδα.....	50
3.2	Συναφείς έρευνες για το ΣΕΕ στους Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας.....	53
4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Συμβουλευτική παρέμβαση και Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας.....		
4.1	Διάγνωση του ΣΕΕ.....	58
4.2	Πρόληψη του ΣΕΕ.....	63
4.2.1	Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.....	64
4.2.2	Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο.....	66
4.3	Συμβουλευτική και ΣΕΕ Επαγγελματιών Υγείας.....	69
4.3.1	Ο ρόλος της Συμβουλευτικής - Συμβουλευτικές ανάγκες ατόμων με ΣΕΕ...69	
4.3.2	Ο ρόλος του συμβούλου - Γενικά χαρακτηριστικά και ειδικές δεξιότητες για τον χειρισμό του ΣΕΕ.....	71
4.3.3	Συμβουλευτική και Πρόληψη του ΣΕΕ.....	74
4.3.4	Ο ρόλος του θετικού εργασιακού κλίματος στην αντιμετώπιση του ΣΕΕ....	76

4.4	Συμβουλευτική αξιολόγηση του ΣΕΕ.....	77
4.4.1	Δομημένη αξιολόγηση.....	77
4.4.2	Περιορισμοί.....	81
4.5	Συμβουλευτική αντιμετώπιση του ΣΕΕ.....	82
4.5.1	Έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων.....	82
4.5.2	Αντιμετώπιση και διαχείριση του εργασιακού άγχους στη συμβουλευτική πράξη.....	82
4.5.3	Επανεκτίμηση προσωπικών στόχων και προσδοκιών.....	85
4.5.4	Διαχείριση μη ορθολογικών πεποιθήσεων.....	86
4.5.5	Προσωπική ανάπτυξη και Αυτογνωσία.....	87
4.5.6	Συμβουλευτική εποπτεία.....	87
4.5.7	Ανάπτυξη διεκδικητικότητας και επικοινωνίας.....	88
4.5.8	Διαχείριση χρόνου.....	93
4.5.9	Διαχείριση συναισθημάτων- Καλλιέργεια Συναισθηματικής νοημοσύνης..	93
4.6	Εφαρμοσμένα προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης.....	95
5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Συμπεράσματα – Προτάσεις.....		102
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....		104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		105

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

‘Αποφάσισα να είμαι ευτυχισμένος επειδή κάνει καλό στην υγεία’

ΒΟΛΤΑΙΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων εργαζομένων, αφού εκεί δαπανάται σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και το βαθμό ικανοποίησής του από την εργασία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι, η υλοποίηση των προσδοκιών και των οραμάτων των εργαζομένων σε ένα νοσοκομείο, συμβάλλει στην παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας. Υπάρχουν, όμως, διάφοροι παράγοντες, όπως ατομικοί, δημογραφικοί και κυρίως περιβαλλοντικοί, οι οποίοι καταπονούν τον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να διαφαίνονται συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης .

Η περίπτωση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αφού τα νοσοκομεία, που κυρίως αποτελούν το χώρο εργασίας των περισσότερων, κατακλύζονται από γρήγορους ρυθμούς και ένταση εργασίας. Σύμφωνα με την ψυχολογία, η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί μακροχρόνια προβλήματα, όπως αισθήματα απελπισίας, δυσφορίας και ανεπάρκειας προς τις απαιτήσεις της εργασίας, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής.

Ο μοναδικός τρόπος για την αποφυγή και τη μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση του συνδρόμου, πριν η συναισθηματική εξάντληση, η αποστασιοποίηση και η αδράνεια, επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου (Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005).

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης που είναι κυρίαρχη στην παρούσα εργασία, εμφανίζεται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια και έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ψυχολόγους, τους κοινωνιολόγους, αλλά και τους ειδικούς του μάνατζμεντ, καθώς έχουν αναγνωρίσει τις σημαντικές της επιπτώσεις στο άτομο, στον οργανισμό και γενικότερα στην οικονομία και την παραγωγή.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσουμε το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, κα.) και πως αυτό επηρεάζει την ψυχική τους υγεία, τις επαγγελματικές και οικογενειακές τους σχέσεις.

Το θέμα που πρόκειται να μελετηθεί είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς από πλήθος ερευνών, όπως θα αποδειχθεί, που έχουν διενεργηθεί έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο συχνό σε κάποια επαγγέλματα των οποίων οι εργαζόμενοι ασκούν κοινωνικό λειτούργημα όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές .

Η παρούσα εργασία αποτελείται από πέντε κεφάλαια εκ των οποίων το πρώτο αναφέρεται στο εννοιολογικό περιεχόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (ιστορική εξέλιξη, ορισμός, στάδια, αίτια, θεωρητικές προσεγγίσεις και συμπτωματολογία του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (ΣΕΕ)).

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στους παράγοντες (ψυχοκοινωνικούς και άλλους) και τα χαρακτηριστικά του ΣΕΕ, την κλινική εικόνα των επαγγελματιών υγείας με ΣΕΕ, την οργανωσιακή κουλτούρα των Υπηρεσιών Υγείας, αλλά και τα συναισθήματα των επαγγελματιών υγείας με ΣΕΕ.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται σε ευρήματα σύγχρονων ερευνών για την επαγγελματική εξουθένωση και δίνονται στοιχεία για τη συσχέτισή της με ποικίλους παράγοντες.

Το τέταρτο κεφάλαιο πραγματεύεται την συμβουλευτική παρέμβαση στο σύνολό της ,παρουσιάζοντας τις εκφάνσεις και τα στάδια της συμβουλευτικής πρακτικής , τον ρόλο του Συμβούλου στο ΣΕΕ, την πρόληψη και τους τρόπους αντιμετώπισης του ΣΕΕ στους επαγγελματίες υγείας, καθώς και παρουσίαση εφαρμοσμένων προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης στο Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται συμπεράσματα, καθώς και προτάσεις για παρεμβάσεις σε ατομικό και διοικητικό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΕΕ

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (Professional Burnout Syndrome) έχει προβληματίσει ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιστήμες που ασχολούνται με τη δομή της σημερινής κοινωνίας, όπως επίσης, και τους ειδικούς σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης και έχει πλήρως αναγνωρισθεί η σημασία του συνδρόμου και οι επιπτώσεις που επιφέρει στο άτομο, στην οικονομία και γενικότερα στην παραγωγή.

Ήδη από τα μισά του προηγούμενου αιώνα, το θέμα είχε απασχολήσει τους ειδικούς λόγω της υψηλής νοσηρότητας διαφόρων παθήσεων σε επαγγελματίες υγείας και κυρίως φροντιστές ασθενών που βρίσκονταν στα τελικά στάδια της νόσου. Στα πλαίσια μάλιστα αυτής της ανησυχίας, το 1960 δημιουργήθηκαν στην Αμερική τα πρώτα προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού, που εργαζόταν στους οίκους ασθενών Medicare. Σε αυτούς τους οίκους νοσηλεύονταν ασθενείς τελικού σταδίου, όπως καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς κτλ. Τα αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων έδειξαν σημαντική βελτίωση στην κατάσταση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων (World Health Organization, 2000).

Η ετυμολογία του συνδρόμου Burnout στην αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Baker et al, 2000· Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Ψυχαργώς, 2005· Arnold et al, 1995). Ενώ η πρώτη αναφορά του όρου burnout στην επιστημονική βιβλιογραφία έγινε από τον Bradley το 1969, η πρώτη εκτεταμένη μελέτη του φαινομένου έγινε από τον Freudenberger, που στο σύγγραμμα του *“Staff burnout”* (1974), περιέγραψε τα συμπτώματα υπερκόπωσης που παρατήρησε όχι μόνο στον εαυτό του, αλλά και σε εθελοντές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε ένα πρόγραμμα υποστήριξης νέων με προβλήματα εθισμού.

Ο Freudenberger μελέτησε τη σταδιακή συναισθηματική εξάντληση των δυνάμεών τους, την απώλεια του ενδιαφέροντος, την απογοήτευση, την αποχώρηση από την εργασία, καθώς και την ποικιλία πνευματικών και σωματικών συμπτωμάτων

που παρουσίαζαν αρκετοί από τους εθελοντές (Freudenberger, 1974). Επίσης, κατά την πρώτη αναφορά της περιγραφής του συνδρόμου της «επαγγελματικής εξουθένωσης» που έγινε από τον Freudenberger, ο οποίος κατέγραψε τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης όχι μόνο σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας, αλλά και σε άλλες ειδικότητες, στις οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματος αναπτύσσονται διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα.

Μια από τις σημαντικότερες ερευνήτριες στον τομέα της επαγγελματικής εξουθένωσης, η Maslach, ξεκινά την ίδια περίοδο (1976), την έρευνά της για το φαινόμενο. Η Maslach ασχολήθηκε με τους αμυντικούς μηχανισμούς που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι, οι οποίοι βρίσκονται σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών, όπως η αποστασιοποίηση ή η έλλειψη ενδιαφέροντος για το υποκείμενο, και κατέληξε ότι μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων παρουσίαζαν συναισθηματική εξάντληση ή αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς τους.

Με βάση τις παρατηρήσεις αυτές, διατύπωσε έναν από τους πιο διαδεδομένους και ακριβείς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης. Την περιγράφει ως μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στην οποία ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους, αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του (Maslach, 1982). Σε νεότερη εργασία της, πιστεύει ότι το σύνδρομο είναι ένας δείκτης φθοράς των αξιών, της αξιοπρέπειας, του πνεύματος και της θέλησης του εργαζόμενου (Maslach, 1997).

Πρόκειται για ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά ή όπως το περιγράφει η Maslach « ένα σπιράλ από το οποίο είναι δύσκολο κανείς να ξεφύγει». Αποτελεί συναισθηματική αντίδραση, αλλά και μηχανισμό άμυνας, έναντι στο χρόνιο και παρατεταμένο στρες που προκαλεί η αλληλεπίδραση του επαγγελματία με τον ασθενή – υποκείμενο που χρήζει βοήθειας.

Από τότε το φαινόμενο αποτέλεσε αντικείμενο σημαντικής έρευνας, αρχικά στους επαγγελματίες που προσέφεραν υπηρεσίες στο χώρο της υγείας, γιατί θεωρήθηκαν ως οι πλέον επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση (Maslach & Pines, 1997).

Στη συνέχεια, οι έρευνες επεκτάθηκαν και σε άλλους επαγγελματικούς χώρους, επειδή το πρόβλημα απασχολούσε όχι μόνο επαγγελματίες υγείας, αλλά και εκπαιδευτικούς (Fong,1993), αστυνομικούς (Burke & Deszca,1986) νομικούς, υπαλλήλους φυλακών κ.α. Οι μελέτες αυτές στηρίχθηκαν σε προσωπικές εμπειρίες των συγγραφέων (Freudenberger,1974) ή σε αναφορές βασισμένες σε προγράμματα που μελετούσαν περιστατικά (Case-studies) (Maslach & Pines,1997· Pines & Maslach,1978).

Το 1986 η σημαντικότερη, ίσως, ερευνήτρια Kristine Maslach δημιουργεί την κλίμακα Maslach Burnout Inventory (MBI), η οποία χρησιμοποιείται έως σήμερα στις περισσότερες μελέτες. Με την κλίμακα αυτή μπαίνει στην φαρέτρα των επιστημόνων ένα σημαντικό όπλο για την όσο το δυνατό καλύτερη και αντικειμενικότερη καταγραφή του *“burnout syndrome”* (Schraub et al,2004).

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΕΕ

Πάρα το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας και έχει αποτελέσει το επίκεντρο μιας ταχέως αυξανόμενης διεπιστημονικής βιβλιογραφίας δεν υπάρχει προς το παρόν ένας αποδεκτός ορισμός. Ίσως, ο ορισμός της Maslach (1982) είναι ο πιο ευρέως αποδεκτός:

«Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς».

Όπως φαίνεται από αυτό τον ορισμό, ο όρος σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του αποθεμάτων, κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες στη διάρκεια της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Όταν η κόπωση ανάμεσα στους εργαζόμενους γίνεται σοβαρή και επίμονη, μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια αδυναμία και μειωμένη ικανότητα για εργασία. Ο συνδυασμός της κόπωσης και της απουσίας από την εργασία είναι το φαινόμενο του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Γενικά, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να περιγραφεί ως μια επίμονη, αρνητικά σχετιζόμενη με την εργασία νοητική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξουθένωση και αποπροσανατολισμό, μειωμένη αποτελεσματικότητα, έλλειψη κινήτρων και δυσλειτουργία στην εργασία (Διομήδους και συν, 2009).

Σύμφωνα με τον Potter (2001) πρόκειται για μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη αδυναμία για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζόμενου. Ιδιαίτερη έμφαση παρέχεται στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Μετά από την εμφάνισή του, το σύνδρομο υποχωρεί δύσκολα. Ο εργαζόμενος έχοντας μάθει να εργάζεται αυτόματα και χωρίς ανάλογα κίνητρα, αλλοτριώνεται απέναντι στην εργασία του και δυσκολεύεται να ανακάμψει, ακόμη κι αν βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας.

1.3 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΣΕΕ

Όπως διαπιστώσαμε και παραπάνω, οι τρεις κυριότεροι παράγοντες που διακρίνουν την επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας, είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (Maslach & Jackson, 1986) .

Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά την αλληλουχία εμφάνισης των παραπάνω. Οι Maslach & Jackson (1984), θεωρούν ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι το πρώτο στάδιο που οδηγεί σε αποπροσωποποίηση και τελικά στην αίσθηση έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Αντίθετα, οι Golembiewski & Munzenrider et al (1986) πιστεύουν ότι η αποπροσωποποίηση προηγείται, έπεται το αίσθημα της αποτυχίας και των ελαττωμένων προσωπικών επιτευγμάτων και τελικά ως συνέπεια αυτών εμφανίζεται η συναισθηματική εξουθένωση.

1.3.1 Η συναισθηματική εξάντληση (*emotional exhaustion*)

Η συναισθηματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας, με κυρίαρχη την αίσθηση, ότι έχουν εξαντληθεί τα συναισθηματικά αποθέματα και παράλληλα δεν υπάρχουν πηγές ανανέωσης. Το άτομο αισθάνεται ότι δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια και διάθεση, ώστε να επενδύσει συναισθηματικά στην δουλειά του, και καταβάλλεται από τις απαιτήσεις των ασθενών-πελατών και του εργασιακού του περιβάλλοντος. Ένα κοινό σύμπτωμα είναι να βλέπει με δέος την προοπτική ότι την επόμενη ημέρα θα πρέπει να ξαναπάει στην εργασία του (Κάντας,1995).

Τελικά, οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται, ότι δεν μπορούν να αποδώσουν εξίσου αποτελεσματικά και υπεύθυνα όσο στο παρελθόν, και συχνά υιοθετούν συμπεριφορές απομάκρυνσης (φυσική ή συναισθηματική) από την ίδια την εργασία, που τη θεωρούν πηγή της εξάντλησής τους (Burk & Greenglass,2001).

Από μελέτες έχει διαπιστωθεί, ότι η συναισθηματική εξάντληση έχει άμεση σχέση με τις υψηλές απαιτήσεις του εργασιακού χώρου και τις υψηλές προσδοκίες του ίδιου του ατόμου (Cordes & Dougherty,1993). Η παράμετρος της συναισθηματικής εξάντλησης έχει θεωρηθεί σαν ταυτόσημο φαινόμενο με την επαγγελματική κατάθλιψη (Firth & Britton,1989).

1.3.2 Η αποπροσωποποίηση (*Depersonalization*)

Η αποπροσωποποίηση αποτελεί συνέπεια της συναισθηματικής εξάντλησης και ένα μηχανισμό άμυνας έναντι αυτής. Εκδηλώνεται με συναισθηματική απομάκρυνση, απόσυρση και αποστασιοποίηση από την εργασία, με αδιαφορία και κυνισμό προς τους ασθενείς, που αντιμετωπίζονται ως «περιστατικά» ή «αντικείμενα» και χάνουν την ανθρώπινη υπόστασή τους (πχ. χρήση του αριθμού δωματίου ή τύπου ασθένειας) (Κάντας,1995). Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να απομακρυνθούν από την εργασία με παρατεταμένα διαλείμματα και συζητήσεις με τους συναδέλφους.

Η ανάπτυξη της αποπροσωποποίησης φαίνεται να σχετίζεται με την εμπειρία της συναισθηματικής εξάντλησης. Ως αποτέλεσμα αυτού δημιουργούνται στο άτομο αισθήματα αποτυχίας και μειωμένης επίτευξης (Maslach,1982). Κατά τον Cherniss, η

αποπροσωποποίηση είναι μια διαδικασία απεμπλοκής του εργαζόμενου από το στρες, την πίεση και την κόπωση που βιώνει, αντιπροσωπεύει δηλαδή ένα μηχανισμό προσαρμογής ή διαχείρισης των αρχέτυπων πηγών (Cherniss,1980).

1.3.3 Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (a reduced feeling of personal accomplishment)

Τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα αποτελούν την τελευταία συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο εργαζόμενος εκτιμά με αρνητικό τρόπο τον εαυτό του, ειδικά σε σχέση με την εργασία του και με τους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων εκδηλώνεται με την μείωση της απόδοσής του, την έλλειψη ικανοποίησης από τη δουλειά του, και την παραίτησή του από την προσπάθεια χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών. Αποτέλεσμα αυτών είναι να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού ρόλου (Maslach et al,1986).

Έτσι, καθώς μειώνεται η αυτοεκτίμηση, αρχίζει βαθμιαία η κατάθλιψη, που μπορεί να οδηγήσει στην αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό. Υπάρχει περίπτωση ο εργαζόμενος να κάνει αλλαγή, είτε στον τρόπο που αντιμετωπίζει την εργασία του, είτε στις προσδοκίες του ή ακόμη και να οδηγηθεί στην εγκατάλειψη της εργασίας που περιλαμβάνει στενή επαφή με ανθρώπους (Maslach et al,1996). Γενικότερα, ο επαγγελματίας υγείας αμφισβητεί την επαγγελματική του δραστηριότητα και βιώνει αισθήματα απαισιοδοξίας, αλλά και απαξίωσης (Αντωνίου,2003).

1.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΣΕΕ

Το ΣΕΕ εμφανίζεται όταν τα αρνητικά συναισθήματα συσσωρεύονται χωρίς να αποφορτίζονται και αποτελεί έναν 'δείκτη φθοράς' των αξιών, της αξιοπρέπειας και της θέλησης του εργαζομένου. Στο εργασιακό περιβάλλον, υπάρχουν χαρακτηριστικά, τα οποία έχει εντοπισθεί ότι είναι συνυπεύθυνα για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι παράγοντες πρόκλησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις αιτίες του στρες στο άτομο, ενώ ενισχύονται από τις συνθήκες της ζωής του, όπως το εργασιακό περιβάλλον και η οικογενειακή του

κατάσταση. Η Sue Micklevitz (2001) διαχώρισε τους παράγοντες σε εργασιακούς και σε ατομικούς.

Οι βασικότερες αιτίες που οδηγούν τον εργαζόμενο σε εξουθένωση είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η μη υποστήριξη του εργαζόμενου από το περιβάλλον του, η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών για προσωπική ανάπτυξη, η έλλειψη ανταμοιβών, η διάψευση των εργασιακών προσδοκιών, η έλλειψη φυσικών ανέσεων και υποστηρικτικών δικτύων, η ασάφεια των ρόλων, η έλλειψη ανατροφοδότησης και εναλλαγής και η έλλειψη αυτονομίας και συμμετοχής των εργαζομένων στις αποφάσεις.

Έρευνα των Maslach & Leiter (2001) κατέγραψε πέντε στοιχεία, τα οποία όταν συνδυάζονται μεταξύ τους οδηγούν στην εξουθένωση του ατόμου. Το υπερβολικά φορτωμένο επαγγελματικό πρόγραμμα, η έλλειψη ικανοποίησης του εργαζόμενου, η έλλειψη συναδελφικότητας εξαιτίας του ανταγωνισμού, το αίσθημα αδικίας του υπαλλήλου ως προς την αποζημίωση ή την αξιολόγησή του και η σύγκρουση αξιών του ατόμου.

Άλλες μελέτες έδειξαν, ότι συχνά οι ατομικοί – ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, απ' ότι οι συνθήκες εργασίας ή άλλοι περιβαλλοντικοί λόγοι (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1992).

1.5 ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις επιχειρούν να ερμηνεύσουν την παθογένεση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, εξετάζοντας αυτό από διάφορες οπτικές γωνίες, με κέντρο το άτομο, τις διαπροσωπικές του σχέσεις ή με έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες και τις οργανωτικές δομές.

1.5.1 Ατομικές προσεγγίσεις

Οι ατομικές προσεγγίσεις αναζητούν τις αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης στον χαρακτήρα και τις προσδοκίες του ατόμου.

Ο Freudenberger (1977) χαρακτηρίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια διαδικασία φθοράς, εξάντλησης και αποτυχίας, που οφείλεται σε υπερβολικές

απαιτήσεις ενέργειας, δυνάμεων και ψυχικών αποθεμάτων. Θεωρεί, ότι η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζεται σε άτομα με μη ρεαλιστικούς στόχους και πολύ μεγάλες προσδοκίες, «ασθένεια της υπερβολικής αφοσίωσης-φιλοδοξίας» (disease of over commitment).

Αργότερα, οι Pines & Aronson (1988) όρισαν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σωματική, συναισθηματική και ψυχική εξάντληση, η οποία προκαλείται από την επαφή για μεγάλο χρονικό διάστημα, με καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή. Υποστήριξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση πηγάζει, όταν το άτομο αποιδανικοποιεί και αδυνατεί να δώσει νόημα στην εργασία του. Εξαρτάται, δηλαδή, από την ικανότητα ή την αδυναμία του ατόμου, να αντλήσει ικανοποίηση και νόημα από τις επαγγελματικές εμπειρίες του (Pines, 1993).

Η Garden (1991) μελέτησε την επαγγελματική εξουθένωση με βάση τον τύπο προσωπικότητας του ατόμου.

Τον διαχωρίζει σε «συναισθηματικό» με κύριο χαρακτηριστικό το ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους, και σε «διανοητικό» με έντονο τον προσανατολισμό προς την επίτευξη των στόχων του. Κατέληξε ότι, η πορεία της επαγγελματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από τη μεταστροφή, όπου το κυρίαρχο χαρακτηριστικό κάθε τύπου ατόμου ελαττώνεται (το ενδιαφέρον στον συναισθηματικό και η φιλοδοξία στον διανοητικό) και ακολουθεί η επιπέδωση και η σύγκλιση των δύο τύπων προσωπικότητας.

Τέλος, η θεωρία της διατήρησης του δυναμικού (Conservation of Resources, COR) υποστηρίζει ότι, η επαγγελματική εξουθένωση γεννιέται, όταν ένα δίκτυο αποθεμάτων που είναι σημαντικό για το άτομο (υλικά αντικείμενα και οικονομικές αποδοχές, κοινωνική αναγνώριση, αυτοεκτίμηση), υπολείπεται των προσδοκιών του ατόμου ή χάνεται χωρίς να μπορεί να αναπληρωθεί (Hobfoll, 1993).

1.5.2 Διαπροσωπικές προσεγγίσεις

Αυτή η προσέγγιση μελετά κατά κύριο λόγο, την επίδραση των σχέσεων στον εργασιακό χώρο, για την ανάπτυξη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο Meier (1983) αποδίδει την επαγγελματική εξουθένωση σε μακροχρόνια αρνητικά βιώματα στο εργασιακό περιβάλλον, που έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία χαμηλών προσδοκιών στο άτομο.

Η Maslach (1993) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση, έχει πηγή τον χαρακτήρα των διαπροσωπικών εργασιακών σχέσεων, και τον τρόπο που αντιμετωπίζει αυτές το άτομο. Υποστηρίζει, ότι οι χρόνιες συναισθηματικές απαιτήσεις των επαγγελματικών σχέσεων, και η συναισθηματική εξάντληση που αυτές συνεπάγονται, έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη διάφορων τεχνικών προστασίας-μηχανισμούς άμυνας από την πλευρά του επαγγελματία. Ο μηχανισμός άμυνας που αναπτύσσει είναι η αποστασιοποίηση, δηλαδή η ψυχολογική απόσυρση, και η αντιμετώπιση των άλλων ως αντικείμενα-περιστατικά και όχι ως άτομα. Με τη σειρά της η αμυντική αυτή συμπεριφορά, οδηγεί στην απώλεια του ενδιαφέροντος για τον ασθενή, στην αποπροσωποποίηση και στην αδιαφορία. Η συνειδητοποίηση αυτής της αλλαγής συμπεριφοράς, γεννά αισθήματα ανεπάρκειας και αμφιβολίας (Maslach, 1982).

Οι Buunk & Schaufeli (1993) θεωρούν ότι επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται, όταν υπάρχει ανισορροπία στην κοινωνική ανταλλαγή ανάμεσα στο άτομο που παρέχει βοήθεια, «τον δότη βοήθειας (*caregiver*) και σε αυτόν που την δέχεται, τον αποδέκτη της βοήθειας αυτής (*recipient*)». Βασικό στοιχείο της θεωρίας είναι, ότι ενώ ο δότης αναμένει κάποια ανταμοιβή, όπως π.χ. βελτίωση της κατάστασης του ασθενή, οικονομικές απολαβές ή εκδήλωση ευγνωμοσύνης, απογοητεύεται, όχι μόνο γιατί δεν εκπληρώνονται οι προσδοκίες του, αλλά και από την στάση των ασθενών του, που θεωρούν τη βοήθειά του δεδομένη ή ακόμη και υποχρέωσή του. Αυτή η έλλειψη αμοιβαιότητας στο επαγγελματικό «δούναι και λαβείν», οδηγεί τον επαγγελματία σε συναισθηματική εξάντληση, σε αποστασιοποίηση από τα καθήκοντά του, και στη συνέχεια σε μείωση της προσωπικής επίτευξης των στόχων του.

Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση είναι δυνατό να οφείλεται στην *έλλειψη αμοιβαιότητας σε οργανωτικό επίπεδο*, δηλαδή στην ασυμφωνία μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι εργαζόμενοι για την εργασία τους, και στην *πραγματικότητα*, όπως αυτοί την αντιμετωπίζουν, σε θέματα, όπως ο φόρτος εργασίας,

ή η συναδελφική στήριξη. Αυτή η παραβίαση του συναισθηματικού συμβολαίου κάνει το άτομο να επενδύει όλο και λιγότερα στην εργασία του.

Έτσι, το μοντέλο των δύο επιπέδων, βλέπει την επαγγελματική εξουθένωση σαν απόρροια μιας αναποτελεσματικής στρατηγικής που χρησιμοποιεί το άτομο, για να επαναφέρει τη χαμένη ισορροπία στα δύο επίπεδα, μειώνοντας την εμπλοκή και την αφοσίωσή του, όχι μόνο απέναντι στους πελάτες, αλλά και απέναντι στην επιχείρηση (Schaufeli et al, 1996).

Αντίστοιχη είναι και η προσέγγιση των Austillo & Mendinuecta (1996) που αναφέρουν, ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανθρώπων, που επιθυμούν να δώσουν τη βοήθειά τους, π.χ. το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και αυτών που θα λάβουν αυτή τη βοήθεια, π.χ. οι ασθενείς, και το περιβάλλον τους (σπίτι ασθενούς ή νοσοκομειακός χώρος (Πετρομιχελάκη, 2006)).

1.5.3 Κοινωνικές προσεγγίσεις

Οι κοινωνικές προσεγγίσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης εξετάζουν τη σημασία των κοινωνικών δομών στο φαινόμενο αυτό.

Ο Karger (1981) έθεσε αντιμέτωπη στις ατομικές προσεγγίσεις την άποψη, ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα κοινωνικό οργανωτικό πρόβλημα, αποτέλεσμα της «αντικειμενοποίησης», δηλαδή της μετατροπής των κοινωνικών δεξιοτήτων και του επαγγελματία σε εμπορεύσιμο είδος. Θεωρεί, επίσης, τη μετατροπή αυτή, αλλά και την εμπορευματοποίηση της εργασίας, αφ' ενός μεν ως το κύριο αίτιο της αποπροσωποποίησης και της απομάκρυνσης μεταξύ του επαγγελματία και του πελάτη, αφ' ετέρου δε, ως το αίτιο ανάπτυξης άσχημων εργασιακών σχέσεων.

Η Handy (1988) δίνει έμφαση στον ενεργητικό ρόλο των εργαζομένων για τη διαμόρφωση της κοινωνικής πραγματικότητας. Μέσα από μελέτες έδειξε, ότι οι φανερές και οι αφανείς λειτουργίες μια επιχείρησης ή ενός οργανισμού, καθώς και οι επιφανειακές, αλλά και βαθύτερες δομές τους, μπορεί να επηρεάζουν σε βάθος τις ενέργειες των εργαζομένων, οδηγώντας τους ακόμη και στην επαγγελματική εξουθένωση.

Η Meyerson (1994) μελέτησε την ερμηνεία που δίνουν οι επαγγελματίες και τα συστήματα για την επαγγελματική εξουθένωση. Αναφέρθηκε σε δύο μοντέλα συστημάτων σκέψης στα νοσοκομεία, το *ιατρικό* που θεωρεί ότι το μη φυσιολογικό αποτελεί «ασθένεια» και το άτομο αποτελεί την πηγή της «ασθένειας» αυτής, και το *ψυχολογικό* μοντέλο που θεωρεί, ότι η κατάσταση του ατόμου εξαρτάται από το κοινωνικό περιβάλλον και όχι από προσωπικούς παράγοντες.

Συμπερασματικά, καταλήγει πως ανάλογα με το μοντέλο σκέψης, η επαγγελματική εξουθένωση, είτε ερμηνεύεται σαν μια παθολογική κατάσταση που πρέπει να ελεγχθεί και να θεραπευτεί στο ιατρικό μοντέλο, είτε σαν ένα φυσιολογικό κοινωνικό φαινόμενο στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.

1.5.4 Οργανωτικές προσεγγίσεις

Οι οργανωτικές προσεγγίσεις αναφέρονται στους οργανωτικούς παράγοντες που οδηγούν στη γένεση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά και στις επιπτώσεις, που έχει αυτή η οργάνωση (χαμηλή παραγωγικότητα και κακή απόδοση των εργαζομένων).

Ο Cherniss (1980) περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια διαδικασία, στην οποία η επαγγελματική στάση του ατόμου και η συμπεριφορά του γενικότερα, μεταβάλλεται αρνητικά, ως προς την εργασιακή πίεση. Διακρίνεται τόσο από μείωση εμπιστοσύνης, όσο και από μείωση ιδεαλισμού και απόσυρσης από την εργασία.

Μέσα από συνεντεύξεις νέων εργαζομένων παρατήρησε, ότι οι πιο πολλοί βίωναν μια σύγκρουση, ανάμεσα στην εργασιακή πραγματικότητα, και στις προσδοκίες και τα ιδανικά τους (reality shock). Λόγω αυτής της απογοήτευσης, εμφάνιζαν στοιχεία επαγγελματικής εξουθένωσης με τάσεις αποστασιοποίησης από την εργασία και τους πελάτες τους.

Το μοντέλο του Cherniss εντοπίζει τις πηγές άγχους στο εργασιακό περιβάλλον και στο άτομο. Για το νέο εργαζόμενο, οι αμφιβολίες για την ικανότητά του, η έλλειψη κινήτρου, η ανικανότητα να χειριστεί «δύσκολους» πελάτες, η έλλειψη ενδιαφέροντος και αισθημάτων ικανοποίησης, η γραφειοκρατία και η έλλειψη συναδελφικότητας είναι σημαντικοί παράγοντες ανάπτυξης άγχους.

Ενισχυτικά δρουν, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η ρουτίνα, η ανεπαρκής καθοδήγηση και εποπτεία, η έλλειψη αυτονομίας, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη επαφής με τον πελάτη και η σύγκρουση με τους καθιερωμένους στόχους.

Ο Golembiewski (1981) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει ως έναυσμα τους αγχογόνους παράγοντες μέσα στον εργασιακό χώρο και εξελίσσεται σταδιακά, με σωματικά συμπτώματα, και μείωση της επίδοσης. Αποτέλεσμα είναι να εμφανίζεται επίδραση, όχι μόνο στο άτομο, αλλά και στην επιχείρηση. Ο Golembiewski συμφωνεί με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως τις προσδιόρισε η Maslach (1982), αλλά διαφωνεί με τη σειρά εμφάνισής τους. Υποστηρίζει ότι η διαδικασία της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεκινάει με την αποπροσωποποίηση, συνεχίζεται με την απώλεια της αίσθησης προσωπικής επίτευξης και καταλήγει στην συναισθηματική εξάντληση.

Οι Maslach & Leiter (1997) τέλος, προσπάθησαν να συνδυάσουν την διαπροσωπική προσέγγιση με τα υπόλοιπα θεωρητικά μοντέλα. Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται να είναι, απόρροια της ασυμφωνίας ανάμεσα σε αυτό που είναι το άτομο, και σε αυτό που οφείλει να κάνει, με αποτέλεσμα να διαβρώνονται οι αξίες, η αξιοπρέπεια, το πνεύμα και η ανθρώπινη ψυχή.

Παρουσιάζεται, επίσης, σαν μια κατάσταση χρόνιας ανισορροπίας, στην οποία η εργασία απαιτεί περισσότερα από αυτά που μπορεί να προσφέρει το άτομο, ενώ παράλληλα του παρέχει πολύ λιγότερα. Η επαφή με τους πελάτες, που θεωρούνταν η βασική αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης, παρουσιάζεται σαν μια συγκεκριμένη πτυχή της ασυμφωνίας αυτής, και περιλαμβάνει, την έλλειψη ελέγχου, ανταμοιβής, δικαιοσύνης, επικοινωνίας, το φόρτο εργασίας και τη σύγκρουση αξιών. Στη συνέχεια, αναθεωρώντας την θεωρία τους, αναδιατύπωσαν τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης με πιο γενικούς όρους. Η συναισθηματική εξάντληση ονομάστηκε εκ νέου σε εξάντληση, η αποπροσωποποίηση σε κυνισμό και η αίσθηση μειωμένης προσωπικής απόδοσης σε αναποτελεσματικότητα.

1.5.5 Νέες προσεγγίσεις

Τέλος, υπάρχουν οι προσεγγίσεις, που στόχο έχουν να ερμηνεύσουν την επαγγελματική εξουθένωση με ένα ενιαίο μοντέλο, το οποίο να συνδυάζει όλα τα παραπάνω.

Οι Schaufeli & Enzman (1998) πρότειναν ένα τέτοιο ενοποιημένο περιγραφικό μοντέλο. Αυτό εμπεριέχει τα κοινά στοιχεία, δηλαδή το ισχυρό εσωτερικό κίνητρο, το οποίο θεωρείται αναγκαίο για τη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης, το μη ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον και τη διαιώνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη χρήση μη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης.

1.6 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΟΥ ΣΕΕ

Ακολουθεί μία συνοπτική παρουσίαση των σημαντικότερων μοντέλων ερμηνείας της επαγγελματικής εξουθένωσης:

1.6.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)

Βάσει του κλασικού ορισμού της Maslach (1982), που αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, αναδεικνύονται τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου, που αντιπροσωπεύουν και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων.

Η πρώτη διάσταση ονομάζεται *συναισθηματική εξάντληση* και περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης.

Για τη δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επικρατήσει η χρήση του όρου *αποπροσωποποίηση*, με τον οποίο περιγράφεται η απομάκρυνση και αποξένωση του εργαζόμενου από τους ασθενείς / πελάτες του και η εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς.

Η τρίτη διάσταση ονομάζεται *έλλειψη προσωπικής επίτευξης* και αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στο χώρο εργασίας του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσής του (Leiter & Maslach, 2005).

1.6.2 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)

Οι Edelwich & Brodsky (1980) περιέγραψαν μια σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του. Αυτά είναι ο ενθουσιασμός, η αμφιβολία και αδράνεια, η απογοήτευση και ματαίωση και η απάθεια.

Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με *ενθουσιασμό*. Μόλις έχει μπει στον επαγγελματικό στίβο και έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό, ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο και την ψυχή του, ενώ επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Καθώς, όμως, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

Τότε, λοιπόν, περνάει στο δεύτερο στάδιο, αυτό της *αμφιβολίας και αδράνειας*. Η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι, σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μην έχοντας, όμως, ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

Την αμφιβολία και αδράνεια διαδέχονται η *απογοήτευση και ματαίωση*. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από το αδιέξοδο πρέπει είτε να αναθεωρήσει τελικά τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο, από την πηγή, δηλαδή, του στρες.

Στο τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, που περιγράφεται ως *απάθεια*, ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Ουσιαστικά, συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντά του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών /πελατών του, για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντί τους.

1.6.3 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Σύμφωνα με τον C. Cherniss (1980), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μια «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

I. *Φάση του εργασιακού στρες*: Πρόκειται για μια διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης αυτής στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου, η οποία δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

II. *Φάση εξάντλησης*: Πρόκειται για την συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί για τον εργαζόμενο πηγή εξάντλησης, ενώ η προσοχή του στρέφεται περισσότερο σε γραφειοκρατικές πλευρές παρά σε κλινικές παραμέτρους. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μια κατάσταση συνεχούς έντασης που, αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.

III. *Φάση αμυντικής κατάληξης*: Πρόκειται για το στάδιο όπου πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζόμενου, ο οποίος σταδιακά αποεπενδύει συναισθηματικά την εργασία του και εκδηλώνει κυνισμό και απάθεια για τους άλλους. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με την ελπίδα να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

1.6.4 Το μοντέλο της Pines

Η Pines και οι συνεργάτες της ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από τη μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες

(Pines & Aronson, 1988). Ωστόσο, δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα την διερεύνησαν και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1996) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993).

Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συν-εμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μια μόνο κλίμακα που δίνει τη συνολική βαθμολογία.

1.7 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΣΕ

Τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι, κυρίως, ψυχολογικά, ενώ οι πάσχοντες εργαζόμενοι συχνά αποδίδουν τα παράπονά τους σε προβλήματα της εργασίας θεωρώντας πως αυτή ευθύνεται για την κατάστασή τους. Είναι σημαντική η συνειδητοποίηση, ότι μόνιμα κουρασμένοι εργαζόμενοι δεν πάσχουν εξ' ορισμού από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ, αντίστροφα, οι πάσχοντες από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να μην εκφράζουν την κόπωση ως το κύριο παράπονό τους (Διομήδους και συν, 2009).

Τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, σε αρκετά σημεία, μοιάζουν με αυτά της κατάθλιψης, του συνδρόμου μετατραυματικού στρες και με τις αγχώδεις διαταραχές (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1992). Το άτομο που αισθάνεται κόπωση, εκτός από το στρες που βιώνει στην εργασία και το εντοπίζει στην καθημερινότητά του, εμφανίζει συμπτώματα οργανικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά που ενδέχεται να μην είναι σε θέση να τα αποδώσει σε κάποια αιτία.

Στα οργανικά συμπτώματα περιλαμβάνονται όλα τα χαρακτηριστικά που αφορούν στις τυπικές εκδηλώσεις στρες και άγχους, όπως πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, δυσκολίες ύπνου, υπερένταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής και μυοσκελετικοί πόνοι (Tyler & Cushway, 1998). Η ευάλωτη αυτή σωματική υγεία του εργαζόμενου είναι δυνατόν να επηρεάσει, επίσης, και την ψυχολογική του υγεία και συμπεριφορά με κυρίαρχα

συμπτώματα το έντονο στρες, την ανία και το χαμηλό «ηθικό» αφενός, και την χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, την παραίτηση και τις συγκρούσεις, αφετέρου.

Επιπλέον, πλήττεται η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου, ο οποίος μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού του περιβάλλοντος στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και να μειώνεται το ενδιαφέρον για τις κοινωνικές συναναστροφές (Griffith et al,1999).

Κάποια από τα σημαντικότερα συμπτώματα που αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία περιγράφονται στον Πίνακα 1.1 :

Πίνακας 1.1: Συμπτώματα του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης		
Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση/ κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/ έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/ απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία/ παραίτηση
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/ αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση / έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιασμού

Γαστρεντερικά προβλήματα/ έλκος	Χαμηλό «ηθικό»/ αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/ συχνές ασθένειες/ κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ ευερεθιστότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρες	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης /αδυναμία καθορισμού στόχων & προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία

Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	
	Αισθήματα αδυναμίας	
	Καχυποψία	
	Αισθήματα ενοχής/ αποτυχίας	
	Κατάθλιψη	
	Αποξένωση	
	Αυξημένη ανησυχία	
	Υπερβολική αυτοπεποίθηση/ λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων	
	Αποτελμάτωση	
Προσαρμογή από το Don Unger, ‘Superintendent Burnout: Myth or Reality’(1980)		

Σύμφωνα με τον Potter (2001), τα συμπτώματα του συνδρόμου χωρίζονται στα αρνητικά συμπτώματα (μη ικανοποίηση, αγωνία, συχνές διαμαρτυρίες, αισθήματα αδικίας, κατάθλιψη και εκρήξεις θυμού), διαπροσωπικά προβλήματα (επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, υπερβολές, ευερεθιστότητα, απόσυρση και αναποτελεσματικότητα στην εργασία και το οικογενειακό περιβάλλον). Αναφορικά με τα προβλήματα υγείας, αναφέρονται κρυολογήματα, πονοκέφαλοι, αϋπνίες, πόνοι στη μέση και κόπωση.

Επιπλέον, κατά τον Potter παρουσιάζεται μειωμένη αποδοτικότητα, η οποία εκφράζεται με δυσκολία συγκέντρωσης και ολοκλήρωσης μιας εργασίας. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί κατάχρηση ουσιών (κάπνισμα, οινόπνευμα, φάρμακα, ναρκωτικά). Επιπλέον, οι διατροφικές συνήθειες του ατόμου μπορεί να αλλάζουν (μεγαλύτερες ή μικρότερες ποσότητες φαγητού). Το άτομο μπορεί να παρουσιάζει αισθήματα κατωτερότητας, να εσωτερικεύει την αποτυχία στην εργασία, να μετατρέπει τον ενθουσιασμό σε κυνισμό και να νιώθει ανίκανο να αντλήσει ικανοποίηση από την εργασία. Αναφορικά με το οικογενειακό στρες, το άτομο δε βοηθά στο σπίτι ή την οργάνωση του οικογενειακού προγραμματισμού. Παρατηρείται άρνηση δημιουργίας ανθρωπίνων σχέσεων, απώλεια ενδιαφέροντος για κοινωνικές σχέσεις, καθώς και ο εκφυλισμός των σχέσεων στο εργασιακό περιβάλλον.

Όταν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, ο εργαζόμενος βλέπει τους συναδέλφους του ως εχθρούς, ως άτομα που τον επιβουλεύονται και τον υποσκάπτουν. Τέλος, καλύπτει την αδυναμία του αποδίδοντας ευθύνες στο πλαίσιο της εργασίας.

Όταν τα συμπτώματα προχωρήσουν πολύ, το άτομο οδηγείται σε μια καταθλιπτική κατάσταση και τότε είναι αναγκαία η λήψη ψυχοθεραπευτικής, ακόμη και φαρμακευτικής βοήθειας.

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται σε τρία στάδια, και δεν εμφανίζεται αιφνίδια ως οξύ επεισόδιο.

Το πρώτο στάδιο είναι η *ανησυχία*. Το άτομο βιώνει έντονη ανησυχία σε βαθμό που αυτή εμποδίζει τη λειτουργικότητά του. Το δεύτερο είναι το στάδιο της *απομάκρυνσης*. Χαρακτηρίζεται από απομόνωση.

Το άτομο προσπαθεί να διατηρήσει την εσωτερική του ηρεμία, απομακρύνοντας τον εαυτό του από τους συναδέλφους και από οτιδήποτε θυμίζει την εργασία του. Ακριβώς επειδή αυτή η συμπεριφορά είναι δυσάρεστη για τους γύρω, οι συνάδελφοι τείνουν να απομονώνουν το άτομο.

Ως αποτέλεσμα, το περιβάλλον του ατόμου δεν αναγνωρίζει την ύπαρξη του συνδρόμου και δεν λειτουργεί υποστηρικτικά. Τέλος, το τρίτο στάδιο είναι αυτό της *εξουθένωσης*. Το άτομο βιώνει πολύ έντονα την κόπωση. Η κόπωση οδηγεί σε συμπεριφορές οργής και βαναυσότητας ή σε πλήρη απάθεια. Ο εργαζόμενος κινδυνεύει να τιμωρηθεί πειθαρχικά (Διομήδους και συν, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΣΕΕ

Τα χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούμε να τα χωρίσουμε σε δυο κατηγορίες, οι οποίες είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ανθρώπου και τα χαρακτηριστικά του εργασιακού του περιβάλλοντος. Ας τα δούμε, όμως ,αναλυτικότερα.

➤ **Ατομικά χαρακτηριστικά**

Τα ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου που δυνητικά θα εμφανίσει επαγγελματική εξουθένωση είναι τα εξής: μη ρεαλιστικές προσδοκίες, ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται τις πιεστικές καταστάσεις και το πώς αντιδρά σε αυτές, άτομα ευαίσθητα, με έντονα ιδεολογικά στοιχεία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυστηρή αυτοκριτική (Κανδρή και συν., 2004). Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι *«η αυτοδιάψευση, πιθανόν να διευκολύνει την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης σε τμήματα με μεγάλη ένταση και συσχετίστηκαν σημαντικά με τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας»* (Μουστάκα & Μαλλιαρού, 2008).

Ο φόβος αποτυχίας, η αδυναμία επικοινωνίας του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή και με τα μέλη της οικογένειάς του, οι συγκρουσιακές καταστάσεις μεταξύ του προσωπικού, η έκθεση του νοσηλευτή στην θλίψη των συγγενών και στον πόνο του ασθενή. Λόγω αυτών των στρεσογόνων παραγόντων, το προσωπικό εκδηλώνει κατάπτωση, θλίψη, θυμό, απογοήτευση, έλλειψη σωστής κρίσης, βιαστικές λήψεις αποφάσεων και συμπεριφορά αποξένωσης (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου , 1999).

➤ **Χαρακτηριστικά εργασιακού περιβάλλοντος**

«Υπάρχουν χαρακτηριστικά στο εργασιακό περιβάλλον που έχουν εντοπισθεί ότι είναι συνυπεύθυνα για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτούς τους χώρους» (Αδαλή & Λεμονίδου, 2001).

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η σύγκρουση ρόλων, η ένταση, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, η έλλειψη ανταμοιβών, η διάψευση των εργασιακών προσδοκιών, η έλλειψη καινοτομιών και φυσικής άνεσης, η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, η έλλειψη ανατροφοδότησης, η έλλειψη εναλλαγών στην εργασία, το περιβάλλον που υπονομεύει την αυτονομία του προσωπικού, η έλλειψη συμμετοχής των εργαζομένων στις αποφάσεις και η ασάφεια των καθηκόντων και των υποχρεώσεων του επαγγελματία, είναι ορισμένα από αυτά τα χαρακτηριστικά (Αδαλή & Λεμονίδου, 2001).

Σύμφωνα με μελέτη σε νοσοκομεία της Αττικής, τα στοιχεία του περιβάλλοντος των μονάδων εντατικής θεραπείας, τα οποία συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η μικρή συναδερφική αλληλεγγύη και ο ανεπαρκής διοικητικός έλεγχος. Ο έλεγχος και η επικέντρωσή τους στο καθήκον τους βοηθά να αισθάνονται επιτυχημένοι (Αδαλή, 1999).

Ακόμα, τονίζεται και από άλλες έρευνες, όπως αυτή των Μουστάκα και Μαλλιαρού (2008), ότι σε μονάδες εντατικής θεραπείας, ανάμεσα στους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου, είναι το φυσικό περιβάλλον.

Συγκεκριμένα, οι μικροί χώροι, όπου δύσκολα χωράνε τα πολύπλοκα μηχανήματα που είναι απαραίτητα για τους ασθενείς, οι απαιτήσεις της δουλειάς, τα επαναλαμβανόμενα καθήκοντα, η μονότονη εργασία, ο πυρετώδης βηματισμός, οι κυκλικές βάρδιες και το «σήκωμα» ή η μετακίνηση των ασθενών, συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μουστάκα & Μαλλιαρού, 2008).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία, οι ερωτηθέντες αναφέρουν ότι ενοχλούνται από τη διάταξη των αντικειμένων στο χώρο, από τις μακρινές αποστάσεις, από τα κρεβάτια ανάλογα και από τον ανεπαρκή εξοπλισμό.

Συγκεκριμένα στις μονάδες εντατικής θεραπείας το πρόβλημα είναι εντονότερο, αφού γύρω από τον ασθενή το λιγότερο των μηχανημάτων που υπάρχουν είναι ένας αναπνευστήρας, ένα monitor και μια αντλία, τα οποία καταλαμβάνουν σημαντικό χώρο. Αντιλαμβάνεται, λοιπόν κανείς, ότι ο χώρος για να κινηθεί ο επαγγελματίας υγείας δεν επαρκεί, με αποτέλεσμα, να κάνει αδέξιες κινήσεις (Γαλανάκης και συν., 2009).

Επίσης, ο θόρυβος έχει καταγραφεί ως ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας της επαγγελματικής υγείας, σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Δημιουργεί μείωση απόδοσης και προκαλεί ψυχολογική και σωματική ένταση (Αδαλή και συν., 2002). Όπως προκύπτει και από την έρευνα της Αδαλή και συν. (2002), «οι κύριες πηγές θορύβου στις μονάδες εντατικής θεραπείας είναι από τον εξοπλισμό, π.χ. τα alarms, τα οξύμετρα, από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον ασθενή, π.χ. ενδοτραχειακή αναρρόφηση, η παροχή οξυγόνου, από τη φυσιοθεραπεία και τις συζητήσεις μεταξύ του προσωπικού» (Αδαλή και συν., 2002).

Ακόμη, έρευνα που έγινε σε 100 νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας απέδειξε ότι υφίστανται το φαινόμενο επαγγελματικής εξουθένωσης, ειδικά στα άτομα που εργάζονται μονίμως στη νυχτερινή βάρδια. Το κουδούνισμα του τηλεφώνου και οι προειδοποιητικοί ήχοι των monitors θεωρούνται οι πιο συνηθισμένοι στρεσογόνοι ήχοι που οδηγούν στην εμφάνιση πονοκεφάλου, σε υπερένταση και καρδιαγγειακά προβλήματα μετά από μακροχρόνια έκθεση. Σε ψυχολογικό επίπεδο, τα συμπτώματα εντοπίζονται σε αρνητική συμπεριφορά, ανεπαρκή παρατεταμένη μνήμη, ελλιπή κρίση, μειωμένη ευαισθησία και συναισθηματική εξουθένωση (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

«Το προσωπικό, αναγκασμένο να εργάζεται με το σύστημα της βάρδιας κατά τη νύχτα διακόπτει το βιολογικό εικοσιτετράωρο ρυθμό που καθορίζεται από το ρολόι του εγκεφάλου. Το αποτέλεσμα της αποδιοργάνωσης αυτής είναι το φαινόμενο shift lag syndrome που χαρακτηρίζεται από αίσθημα κούρασης και υπνηλίας, λήθαργο και προβλήματα αϋπνίας, πέψης και από μείωση της πνευματικής επιδεξιότητας και απόδοσης. Μακροπρόθεσμα, αυτές οι διαταραχές του ύπνου μπορεί να οδηγήσουν σε μόνιμες και σοβαρές επιπλοκές του νευρικού συστήματος, όπως είναι χρόνια κόπωση, αλλαγή στον τρόπο συμπεριφοράς του ατόμου, μόνιμη κατάσταση άγχους και κατάπτωσης, καταστάσεις που χρήζουν ιατρικής βοήθειας. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν κατά κύριο λόγο νευρικότητα και κόπωση ως συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης» (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Σύμφωνα με τους Boyle et al (1991), τόσο η έλλειψη υποστήριξης μέσα στον εργασιακό χώρο όσο και εκτός αυτού, βρέθηκε ότι σχετίζεται σημαντικά με την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα 103 νοσηλευτών (Μουστάκα & Μαλλιαρού, 2008).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα που κατέληξαν και οι Chiridoga και Bailey (1986), μετά τη μελέτη τους που έδειξε ότι «*το να εργάζεται κάποιος σε μονάδα εντατικής θεραπείας ή σε οποιαδήποτε άλλη νοσηλευτική ειδικότητα, δεν φαίνεται να επηρεάζει το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει*» (Μάρκου, 2005). Πιθανόν, «*άλλα ειδικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, όπως η μεγάλη συμμετοχή στην εργασία, οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες, και οι εργασιακοί κίνδυνοι να είναι περισσότερο καθοριστικοί και να συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Π.χ. οι νοσηλευτές που έχουν μικρή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων βρίσκουν την εργασία χωρίς προκλήσεις και κίνητρα και έτσι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης*» (Μισουρίδου, 2009).

Τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα οποία βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές της μονάδας εντατικής θεραπείας είναι το φύλο, ο χρόνος που κατείχε ο νοσηλευτής την παρούσα θέση, η οικογενειακή κατάσταση και η ηλικία. Σε έρευνα που έγινε σε 69 νοσηλευτές εργαζόμενους σε μονάδες εντατικής θεραπείας του εξωτερικού έδειξε χαμηλά έως μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και ότι η νεαρή ηλικία (20-29 ετών) και οι διαζευγμένοι είχαν μεγαλύτερη επιρρέπεια στην επαγγελματική εξουθένωση (Μουστάκα & Μαλλιαρού, 2008).

2.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΕΕ

Οι επιπτώσεις του στρες και των κακών εργασιακών συνθηκών γίνονται εύκολα αντιληπτές στην καθημερινή ζωή. Τα αρνητικά επακόλουθα της επαγγελματικής εξουθένωσης αιτιολογούν το πόσο σημαντικό είναι το σύνδρομο, τόσο για τους επαγγελματίες που το βιώνουν όσο και για τους οργανισμούς που τους απασχολούν. Θεωρείται, πλέον, ένας από τους παράγοντες που απειλούν την απόδοση και την οργανωτική δομή μιας υπηρεσίας.

Ως προς τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης συναντάμε στην βιβλιογραφία πλήθος αρνητικών σημείων σε όλα τα επίπεδα ζωής του ατόμου-εργαζόμενου (προσωπικό, οικογενειακό, ψυχικής και σωματικής υγείας, επίπεδο οργάνωσης).

«Μεγαλύτερη επικινδυνότητα για την εμφάνιση του συνδρόμου έχουν τα άτομα που είναι αφοσιωμένα στην εργασία τους, που εργάζονται πολλές ώρες για μεγάλο χρονικό διάστημα και όσοι απασχολούνται σε επαγγέλματα που παρέχουν υπηρεσίες σε διαπιστωμένες ανάγκες των ανθρώπων» (Αντωνίου & Τζαβάρα, 2005).

Σύμφωνα με τους Cordes και Dougherty (1993), η εκδήλωση του συνδρόμου μπορεί να επηρεάσει το άτομο σε τρία επίπεδα, όπως περιγράφονται παρακάτω:

-Σωματική και ψυχική υγεία: Οι επιπτώσεις, οι οποίες παρουσιάζονται στην ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου ποικίλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα με το οργανικό του σύστημα. Η εμφάνιση κάποιας μεμονωμένης ή μιας ομάδας από τις παραπάνω καταστάσεις αποτελούν κατά κάποιο τρόπο εκτόνωση των εσωτερικών διεργασιών, οι οποίες πυροδοτούνται από την εξουθένωση.

-Διαπροσωπικές σχέσεις: Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι οι «προβληματικές» οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις αποτελούν χαρακτηριστικό των ατόμων με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής κόπωσης. Με αυτό δεν εννοούμε ότι οι σχέσεις αυτές δεν υφίστανται, αλλά ότι παρουσιάζουν μια δυσλειτουργία, η οποία επιβαρύνει ακόμα περισσότερο το ίδιο το άτομο. Ο επαγγελματίας, ο οποίος νοσεί από αυτή την κατάσταση αδυνατεί να ανταποκριθεί τόσο στα οικογενειακά όσο και στα κοινωνικά του καθήκοντα. Η εξουθένωση, η οποία τον καταβάλλει και τον χαρακτηρίζει, τον καθιστά ανίκανο να εμφανίσει το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητάς του. Δεν έχει την δυνατότητα λόγω της εξουθένωσης να συμμετάσχει σε δραστηριότητες, τις οποίες παλαιότερα συνήθιζε να ασκεί είτε μαζί με την οικογένειά του είτε με φίλους.

Επίσης, από την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης επηρεάζονται συχνά και οι σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους. Η κόπωση, καθώς και η γενικευμένη πίεση την οποία νιώθει ο ασθενής έχει αντίκτυπο στην συμπεριφορά του, την οποία ασυνείδητα μεταφέρει στο χώρο της εργασίας και

συγκεκριμένα στους συναδέλφους του. Αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς είναι η επιδείνωση των σχέσεων και η δημιουργία ενός κλίματος αντιπαράθεσης και έντασης.

-*Συμπεριφορά στο χώρο εργασίας*: Συναισθήματα και συμπεριφορές, όπως δυσαρέσκεια, απογοήτευση, ματαιώση, αποπροσωποποίηση, κυνισμός δηλώνουν την εμφάνιση, αλλά και την εξέλιξη του συνδρόμου. Οι επαγγελματίες, οι οποίοι εμφανίζουν το σύνδρομο παρουσιάζουν την ανάγκη για συχνή απουσία και απομάκρυνση από το χώρο εργασίας αναζητώντας περισσότερα διαλείμματα και άδειες. Επίσης, πολλές φορές επιδιώκουν να αλλάξουν ακόμα το χώρο και το αντικείμενο εργασίας τους με την προϋπόθεση να ξεφύγουν από αυτό που νιώθουν παγιδευμένοι (Κάντας, 1998).

Συμπερασματικά, η επαγγελματική εξουθένωση ως μια απάντηση του ατόμου στο χρόνιο επαγγελματικό στρες επιφέρει πλήθος συνεπειών για το ίδιο, το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, τις σχέσεις στον εργασιακό χώρο, αλλά και για τον οργανισμό που απασχολείται. Το κόστος των συνεπειών αυτών όπως φαίνεται είναι αρκετά μεγάλο από όποια πλευρά και αν το εξετάσει κανείς (κοινωνική, οικονομική, ατομική κ.α.).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα μέσα ελέγχου της επαγγελματικής εξουθένωσης και τα μέσα υποστήριξης των διοικήσεων στις βαθμίδες των επαγγελματιών υγείας συζητούνται. Το κόστος του συνδρόμου στα άτομα και στους οργανισμούς θα επιβαρύνει τελικά το σύστημα υγείας και τις υγειονομικές υπηρεσίες. Οπότε, είναι προτιμότερο να ληφθούν μέτρα από τις διοικήσεις των οργανισμών σε συνεργασία με τους υπαλλήλους τους που θα εμποδίσουν την εισβολή του, απ' ό,τι να το αντιμετωπίσουν, αφού εγκατασταθεί (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία, 2003). Οι οργανισμοί θα πρέπει να πετύχουν μία αρμονική σχέση μεταξύ εργαζόμενου και περιβάλλοντος εργασίας. Η απάντηση δεν είναι άμεση, αλλά τα αποτελέσματα προσφέρουν μακροχρόνια οφέλη.

2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΣΣΕ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένα διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ύπαρξη επαγγελματικού άγχους και εξουθένωσης, καθώς διαπιστώνονται σταδιακά και στον Ελλαδικό χώρο οι επιπτώσεις του φαινομένου είτε από

τεχνοκρατική άποψη, μελετώντας ,δηλαδή, το κόστος των επιπτώσεων στην υπηρεσία, είτε από ανθρωποκεντρική προσέγγιση, δηλαδή μελετώντας τις συνέπειες σε ατομικό και σε επίπεδο σχέσεων του ανθρώπου με τον εαυτό του και το περιβάλλον του.

Πράγματι, όπως διαπιστώνεται από πολλές έρευνες, στους επαγγελματίες υγείας οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ιδιαίτερα αυξημένες.

Το ίδιο το φυσικό εργασιακό περιβάλλον συμβάλει στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ιδιαίτερα, σύμφωνα με τον Grunfeld et al., (2000), τα τμήματα που νοσηλεύουν ασθενείς με αυξημένες ανάγκες φροντίδας, όπως τα Ογκολογικά Νοσοκομεία, όπου παρέχεται νοσηλεία σε άτομα με σοβαρή χρόνια αρρώστια, η οποία εμφανίζει, συνήθως, πολλαπλές υποτροπές μέχρι την τελική έκβασή της, το θάνατο. Η αποδοχή από τον άρρωστο της φύσης της αρρώστιας και της εξέλιξής της και η προσαρμογή του σε νέους ρυθμούς ζωής, όπου το άτομο είναι εξαρτημένο από τη μακροχρόνια φροντίδα, γεννούν συναισθήματα αβεβαιότητας, αδιαφορίας, παθητικότητας ή επιθετικότητας. Οι νοσηλευτές καλούνται να υποδείξουν και να υποστηρίξουν μία νέα «ποιότητα ζωής» στον άρρωστο, και μετά από μεγάλο διάστημα φροντίδας να αντιμετωπίσουν και την απώλεια της ζωής του.

Όταν οι νοσηλευτές δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι ή δεν έχουν το χρόνο και τη δυνατότητα να βιώσουν και να επεξεργαστούν τις συχνές απώλειες, τότε επιφορτίζονται συναισθηματικά και οδηγούνται σε εξάντληση. Πολλές φορές, το σύστημα ηθικών αξιών τους κλονίζεται. Σε μελέτη, διαπιστώθηκε ότι «η υπερφόρτωση της δουλειάς και η επικοινωνία με άτομα που υποφέρουν είναι αλληλένδετα με το σκοπό των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το συγκεκριμένο περιβάλλον» (Grunfeld et al, 2000).

Καθημερινά, οι επαγγελματίες υγείας επικοινωνούν και με τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου, τα οποία προσπαθούν να προσαρμοστούν στην νέα πραγματικότητα, ο καθένας με το δικό του τρόπο, και να προσφέρουν το καλύτερο δυνατό στον άνθρωπό τους. Όταν, όμως, εισέρχονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα, ιδιαίτερα όταν αυτό γίνεται ξαφνικά, και αναγκάζονται για όση ώρα απαιτείται να μην βλέπουν τον άνθρωπό τους ή να μην λαμβάνουν

πληροφορίες γρήγορα, κατακλύζονται συχνά από θυμό, άγχος, ανασφάλεια, ενοχές, απόγνωση και αρκετές είναι οι φορές που εξωτερικεύουν αυτή τη φόρτιση και συγκρούονται με το προσωπικό του νοσοκομείου. Σπουδαίο ρόλο παίζει και η προκατάληψη που έχει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, το οποίο δεν αναγνωρίζει και υποτιμά το έργο των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσηλευτών (Grunfeld et al, 2000).

Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να ομαδοποιηθούν στις παρακάτω κατηγορίες (Kahill,1988):

➤ *Σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες*

Η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέεται με ποικίλα προβλήματα τα οποία αφορούν τη σωματική και πνευματική υγεία των επαγγελματιών υγείας (Maslach & Pines,1977). Η επιδείνωση της πνευματικής υγείας του ατόμου χαρακτηρίζεται από μείωση των αισθημάτων αυτοεκτίμησης, ανασφάλεια, συναισθηματικά ξεσπάσματα, εκνευρισμό, αισθήματα ανικανότητας και προσωπικής αποτυχίας στην εργασία. Ο επαγγελματίας υγείας θεωρεί πως η αμοιβή του είναι πολύ μικρότερη από την εργασία που προσφέρει. Έχει την αίσθηση ότι είναι αβοήθητος και ανίκανος να αντιληφθεί εναλλακτικούς τρόπους λειτουργίας (Foxal et al,1990·Lindsey et al,1989). Σε σωματικό επίπεδο, ο εργαζόμενος παρουσιάζει κόπωση, πονοκεφάλους, πόνους στη μέση, αϋπνία και γαστρεντερικές διαταραχές (Freudenberger, 1974· Foxal et al, 1990· Matrunola, 1996· Pines & Kanner,1982).

➤ *Διαπροσωπικές συνέπειες*

Η επιδείνωση των κοινωνικών και οικογενειακών σχέσεων, αλλά και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, τόσο στο χώρο της εργασίας, όσο και εκτός αυτού, των ατόμων που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση έχουν τύχει ερευνητικού ενδιαφέροντος σε πολλούς επαγγελματικούς χώρους. Σε μια μελέτη 42 ζευγαριών όπου ο σύζυγος ήταν αστυνομικός, οι Jackson and Maslach βρήκαν ότι τα άτομα που βίωναν επαγγελματική εξουθένωση είχαν την τάση να αποσύρονται από τους φίλους και μειώνουν την κοινωνικότητά τους. Επιπρόσθετα, οι αστυνομικοί ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να απαλλαγούν από την επαγγελματική τους ιδιότητα όταν βρίσκονταν

εκτός υπηρεσίας, ενώ μεταχειρίζονταν τα παιδιά τους σαν να ήταν κάποιοι από το επαγγελματικό τους περιβάλλον (Burke et al, 1986).

Σε μελέτες που έγιναν σε κέντρα ημερήσια φροντίδας, οι εργαζόμενοι στη φροντίδα παιδιών, οι οποίοι βίωναν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ήταν λιγότερο υπομονετικοί και ανεκτικοί και περισσότερο κακόκεφοι. Επίσης, ανέφεραν μεγαλύτερη απομάκρυνση από τα παιδιά, είτε συζητώντας με συναδέλφους περισσότερο απ' ό τι έπρεπε, είτε καθυστερώντας στα διαλείμματα για φαγητό (Maslach & Pines, 1977). Οι Maslach and Jackson βρήκαν, επίσης, ότι οι διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται με την επιθυμία του εργαζόμενου να δαπανά λιγότερο χρόνο για τα κοινά, όπως επίσης και να συνάπτει επιφανειακές σχέσεις με τους συνεργάτες του (Maslach & Jackson, 1985).

➤ *Συνέπειες που αφορούν τις στάσεις και συμπεριφορές*

Η ανάπτυξη αρνητικής στάσης του εργαζόμενου απέναντι στους χρήστες της φροντίδας υγείας, την εργασία και τον ίδιο τον οργανισμό, αναφέρεται συχνά από τους ερευνητές (Freudenberger, 1974· Pines & Kanner, 1982· Kahill, 1988· Lindsey et al, 1989). Παράλληλα, αυξημένα φαίνονται να είναι και τα επίπεδα μη ικανοποίησης από την εργασία, ενώ αντίθετα διαπιστώνονται μειωμένα επίπεδα συμμετοχής των εργαζομένων στις δραστηριότητες της υπηρεσίας (Leiter & Maslach, 1988). Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να είναι παράγοντας που ευνοεί τις παραιτήσεις του προσωπικού (Maslach & Jackson, 1996), τις συχνές απουσίες από την εργασία και τη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Maslach & Jackson, 1985, 1996).

Ειδικά για τους επαγγελματίες υγείας, η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη και οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίζονται αυξημένες. Ιδιαίτερα, όσοι απασχολούνται σε νοσοκομεία και κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων εργάζονται πέρα από το κανονικό ωράριο. Τα όρια μεταξύ προσωπικού και εργασιακού χώρου είναι αρκετές φορές συγκεχυμένα, καθώς στην περίπτωση ενός εκτάκτου περιστατικού, καλούνται να παρουσιαστούν στην εργασία τους. Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι επαγγελματίες δεν επιτυγχάνουν το στόχο τους, η κρίση δεν επιλύεται, ο ασθενής καταλήγει κ.α. και τότε καλούνται να δεχτούν την κριτική από τους συναδέλφους (Διομήδους και συν, 2009).

Η εμφάνιση ή όχι του συνδρόμου, εξαρτάται από το βαθμό εμφάνισης αυτών των παραγόντων, αλλά και από τα ατομικά χαρακτηριστικά του. Ιδιαίτερα επιρρεπή (Salanova et al,2005) είναι τα άτομα ηλικίας 30-40 ετών, ανύπανδροι άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου άνδρες και τέλος άτομα με εξωτερικό πεδίο ελέγχου (locus of control).

Αναφορικά με τη διάγνωση του συνδρόμου, η Maslach (2001) επεσήμανε τρία χαρακτηριστικά των ατόμων με σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία αποτελούν και διαγνωστικά κριτήρια: κινισμός, αίσθημα σωματικής και συναισθηματικής εξουθένωσης και μειωμένη αποδοτικότητα.

Ο Figley (1995) κατέγραψε λεπτομερώς τους τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου που επηρεάζονται από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 2.1).

Πίνακας 2.1: Τομείς λειτουργικότητας του ατόμου που επηρεάζονται από το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης	
Γνωστικός τομέας	Έκπτωση στη συγκέντρωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απάθεια, έλλειψη ευελιξίας, αποπροσανατολισμός, τελειομανία, ενασχόληση με τραυματικές εμπειρίες και ιδέες αυτοκαταστροφής
Συναισθηματικό επίπεδο	Αισθήματα αδυναμίας, ενοχής, θυμού, φόβου, θλίψης, κατάθλιψης
Επίπεδο συμπεριφοράς	Ανυπομονησία, κοινωνική απόσυρση, παλινδρομήσεις σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, διατροφικές διαταραχές, εγρήγορση,

	επιρρέπεια στα ατυχήματα
Πνευματικό-θρησκευτικό επίπεδο	Υπαρξιακοί προβληματισμοί
Διαπροσωπικές σχέσεις	Απομόνωση, θυμός και ενοχές, διαπροσωπικές συγκρούσεις
Ψυχοσωματικός τομέας	Έντονη εφίδρωση, ταχύπνοια, αύξηση της ταχύτητας σφυγμού, δύσπνοια, μυϊκοί πόνοι, ίλιγγος, αποπροσανατολισμός
Εργασιακός τομέας	Χαμηλό ηθικό, χαμηλή αποδοτικότητα, ευερεθιστότητα, διαπληκτισμοί
(Figley, 1995)	

2.4 ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα οργανωτικά μοντέλα μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του burnout. Πρέπει, λοιπόν, να δίνουμε ιδιαίτερη προσοχή στους τρόπους με τους οποίους δομούνται οι παραγωγικές διαδικασίες.

Τα οργανωτικά μοντέλα πρέπει να αποσκοπούν στην επίτευξη της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας, της οικονομίας, της ποιότητας, της ισοτιμίας και της καταλληλότητας στα αποτελέσματα του οργανισμού.

Μια ανάπτυξη με αυτή τη λογική απαιτεί, κατά συνέπεια, τη σαφή διάκριση ανάμεσα στις λειτουργίες της διοίκησης και καθοδήγησης, που έχουν να κάνουν με την Ανώτατη Διοίκηση, και τις λειτουργίες της διαχείρισης, που αφορούν στους διευθυντές (Οδηγός Burnout).

Η οργάνωση ενός οργανισμού που βασίζει τις παραγωγικές της διαδικασίες σε κατάλληλα οργανωτικά μοντέλα πρέπει, λοιπόν, να συμμορφώνεται στις ακόλουθες αρχές:

- Τον ορισμό του πεδίου αυτονομιών και ευθυνών,
- Τη σαφήνεια και ευκρίνεια των δεσμεύσεων που έχουν αναληφθεί αναφορικά με τους χρήστες,
- Τη συμμετοχή των εργαζομένων στις διαδικασίες και τις αποφάσεις του οργανισμού,
- Τη διάκριση των ευθυνών που αφορούν στις παραγγελίες από εκείνες που αφορούν στην παραγωγή των παροχών,
- Την αποκέντρωση των διαδικασιών λήψης αποφάσεων,
- Τον μη πλεονασμό.

Για το σεβασμό αυτών των αξιών, και προκειμένου ν' αποκτήσουν συγκεκριμένο περιεχόμενο, ένα καλό οργανωτικό μοντέλο θα πρέπει να θέτει τους ακόλουθους στόχους:

- Να είναι ανοικτό και να αναπτύσσει, συνεχώς, περισσότερο την ικανότητα αλληλεπίδρασης και σύνδεσης με το περιβάλλον του,
- Ν' αποκτήσει την ικανότητα να θέτει τις απαιτήσεις των χρηστών πάντα στο επίκεντρο κάθε απόφασης, προστατεύοντας ταυτόχρονα την υγεία και τα δικαιώματα των εργαζομένων,
- Να επενδύει τόσο στις επαγγελματικές ικανότητες όσο και στη δομική και τεχνολογική καινοτομία,
- Να είναι εφοδιασμένο με συστήματα διαχείρισης ικανά να ενισχύουν τη διοικητική λειτουργία του προγραμματισμού, της επαλήθευσης και του ελέγχου,
- Να προσπαθεί να διατηρεί ένα όσο το δυνατό καλό κλίμα σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων (Οδηγός Burnout).

Οι αξίες που βρίσκονται στη βάση αυτής της θεώρησης δομούνται σε κατευθυντήριες αρχές, οι οποίες, ως σημεία αναφοράς, καθορίζουν την υγειονομική – κοινωνική οργάνωση, η οποία με αυτόν τον τρόπο λαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Θέτει σε πρώτο επίπεδο τον σκοπό «υγεία» στον οποίο προτίθεται να συνεισφέρει, εγγυούμενη την ιδιαιτερότητα της ανάγκης για φροντίδα της οποίας φορέας είναι το άτομο όπου απευθύνονται οι υπηρεσίες, διασφαλίζοντας την καταλληλότητα και αποτελεσματικότητά τους, επιτυγχάνοντας την επιχειρησιακή επάρκεια των πόρων, καθώς και την απόδοσή τους,
- Ευνοεί την πλήρη συνέργεια με τις υπηρεσίες και τους πόρους του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργεί,
- Εκλαμβάνει ως ειδικό και χαρακτηριστικό δεδομένο το ότι στελεχώνεται από επαγγελματίες (γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνικούς, κα.), οι οποίοι συνεργάζονται μεταξύ τους για την επίτευξη του σκοπού «υγεία»,
- Έχουν συνείδηση του ηθικού σθένους και της συνεισφοράς που το έργο το οποίο παράγεται από τον κάθε ξεχωριστό επαγγελματία προσφέρει ή μπορεί να προσφέρει στην πλήρη ικανοποίηση των αναγκών των χρηστών και ότι για αυτό το σκοπό είναι αναγκαίο να παρακινείται και να αναγνωρίζεται ενεργά αυτή η συνεισφορά,
- Εγγυάται τα αναγκαία μέσα για να μπορούν οι εργαζόμενοι να παράγουν έργο και να συμμετέχουν συνειδητά στην κλινική εργασία και τις διαδικασίες λήψης αντίστοιχων αποφάσεων, σε ένα πλαίσιο διεπαγγελματικής συνεργασίας,
- Θεμελιώνεται επί της αρχής της συνεργατικότητας και της συμμαχίας με το σύνολο των εξωτερικών και εσωτερικών υποκειμένων, τα οποία μπορούν να συνεισφέρουν στην επίτευξη των στόχων της βελτίωσης της υγείας και της ευημερίας των χρηστών και της βελτίωσης της ποιότητας των παροχών και των υπηρεσιών,
- Φροντίζει για την επαγγελματική κατάρτιση και την ενημέρωση των εργαζομένων κατά τρόπο που να εγγυάται σε αυτούς ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης και σταδιοδρομίας ευνοώντας την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους,

- Προάγει, και μέσω θετικών δράσεων, την ισότητα των δύο φύλων στην εργασία, ευνοώντας την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικών και οικογενειακών ευθυνών,
- Είναι ανοικτή στην αντιπαράθεση επί των αποφάσεών της, τη δυναμική λειτουργίας της και τα αποτελέσματά της,
- Προάγει τη γνώση της λειτουργίας και της δραστηριότητας του οργανισμού σε μια οπτική διαδεδομένης υπευθυνοποίησης,
- Υποκινεί την ενεργό και συνειδητή συμμετοχή στις οργανωτικές συμπεριφορές και τα στιλ ζωής που είναι αναγκαία για την πρόληψη του υπερβολικού φόρτου εργασίας και του burnout (Σουλιώτης και συν.,2007) .

2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΙΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΣΣΕ

Οι προκλητικοί παράγοντες του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις αιτίες του στρες στο άτομο και ενισχύονται από τις συνθήκες της ζωής του, όπως το εργασιακό του περιβάλλον και η οικογενειακή του εμπειρία, ατομικοί παράγοντες και παράγοντες της προσωπικότητάς του.

Έρευνα των Maslach και Leiter (1971, στο Δούκα, 2003) κατέγραψε πέντε παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, οι οποίοι όταν συνδυάζονται μεταξύ τους συμβάλλουν στην εξουθένωση του ατόμου.

- 1) *Το υπερβολικά φορτωμένο επαγγελματικό πρόγραμμα.* Ο επαγγελματίας σε λίγο χρόνο και με λίγους πόρους καλείται να παράγει το έργο του, γεγονός που του προκαλεί στρες.
- 2) *Η έλλειψη ελέγχου της ικανοποίησης των εργαζομένων και η έλλειψη της συντροφικότητας μεταξύ των συναδέλφων που προκαλείται από τον ανταγωνισμό, καθώς και η κακή επικοινωνία, επιβαρύνουν το άτομο και το οδηγούν στην εξουθένωση.*
- 3) *Η αδικία που πιθανά νοιώθει ο υπάλληλος ως προς την αποζημίωσή του ή την αξιολόγησή του αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα.*

4) *Η σύγκρουση των αξιών.* Οι επαγγελματίες, συχνά, καλούνται να πράξουν κάτι που αντιτίθεται στις ηθικές τους αξίες. Η συνεχής παραβίαση των προσωπικών του αρχών προκαλεί έντονο στρες στο άτομο και απέχθεια για την εργασία του ή ακόμα και τον εαυτό του (Δούκα, 2003).

5) *Η ρουτίνα* είναι επίσης, ένας παράγοντας που μετατρέπει τον ενθουσιασμό για εργασία σε κόπωση. Όταν κάθε μέρα εργασίας συνίσταται από την ίδια δραστηριότητα, χωρίς ποικιλία, οι εργαζόμενοι δεν αντλούν πλέον ευχαρίστηση από το αντικείμενό τους, αλλά αντίθετα, λειτουργούν μηχανικά και χωρίς δημιουργικότητα. Ως αποτέλεσμα, αλλοτριώνονται απέναντι στην εργασία τους και δεν βρίσκουν νόημα σε αυτή (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Επιπλέον, στους επαγγελματικούς χώρους που είναι οικονομικά ασταθείς το προσωπικό βιώνει το άγχος της απώλειας της εργασίας του και εργάζονται με το φόβο της ανεργίας. Αυτό το στρες προστίθεται στους παραπάνω παράγοντες και ενισχύει την κόπωση του ατόμου (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Ακόμη, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου οι επαγγελματίες δεν καταφέρνουν το στόχο τους (η κρίση δεν επιλύεται, ο ασθενής δεν καταφέρνει να σωθεί) και τότε καλούνται να βιώσουν την ματαίωση του μόχθου τους, ενώ πρέπει συχνά να αντιμετωπίσουν και την κριτική του περιβάλλοντος ή των συναδέλφων τους (Barrowclough et al., 2001).

Ο Αντωνίου (2006) αναφέρει ότι *«ο βασικότερος παράγοντας για την επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές είναι ο πόνος και η οδύνη των ασθενών. Πολλές φορές, καλούνται να περιθάλψουν άτομα με ιδιαίτερα σοβαρές ασθένειες, ενώ πολλοί είναι και αυτοί που καταλήγουν μετά από μακροχρόνια πάθηση. Οι νοσηλευτές οδηγούνται στην αδιαφορία και στην έλλειψη κατανόησης για τους ασθενείς, ενώ η εργασία μετατρέπεται σε χώρο μη ικανοποίησης»* (Αντωνίου, 2006).

Οι παράγοντες, λοιπόν, που προκαλούν και ενισχύουν την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολλοί και ποικίλοι. Κάθε υπάλληλος εκτίθεται σε ορισμένους από αυτούς. Αν το άτομο θα εμφανίσει το σύνδρομο, εξαρτάται από την ένταση αυτών των παραγόντων, αλλά και τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η

συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία, καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση.

Όσον αφορά στους ατομικούς παράγοντες, από τις δημογραφικές παραμέτρους η ηλικία φαίνεται να συσχετίζεται συστηματικά με την εξουθένωση. Συγκεκριμένα, ιδιαίτερα επιρρεπή είναι τα άτομα ηλικίας 30–40 ετών, ανύπανδροι άνδρες και, τέλος, άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου είναι το γυναικείο φύλο (2–4 φορές μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους άνδρες) και ηλικία 40–50 ετών. Το σύνδρομο συναντάται σε άνδρες και γυναίκες, ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης. Η επαγγελματική υπερδραστηριότητα, οι ευθύνες του σπιτιού, η φροντίδα του παιδιού και οι κοινωνικές υποχρεώσεις φορτίζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά το άτομο, με αποτέλεσμα ένας πολύ μεγάλος αριθμός γυναικών που βρίσκονται στην παραγωγική ηλικία να παρουσιάζουν αυτό το πρόβλημα (Αντωνίου, 2006).

Ακόμη, έχει παρατηρηθεί πως τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, χωρίς όμως να έχουν διερευνηθεί οι λόγοι. Η Maslach, θεωρεί ως πιθανό αίτιο τις προσδοκίες αυτών των ατόμων από την εργασία τους, που συνήθως είναι περισσότερες και βρίσκονται σε αναλογία με το εκπαιδευτικό επίπεδο τους (Παππά και συν, 2008).

Τέλος, μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, που συσχετίζονται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση, περιλαμβάνονται η ενδυνάμωση, η ενσυναίσθηση, η ανθεκτικότητα στο stress, η αίσθηση αποτελεσματικότητας, η καλή ψυχική διάθεση και το άγχος (Παππά και συν, 2008).

Άτομα επιθετικά, που εστιάζονται στην επίτευξη των στόχων τους, δυναμικά, με κατηγορηματικές απόψεις, γρήγορους ρυθμούς σε ότι κάνουν, ανυπόμονοι, ανταγωνιστικοί, φιλόδοξοι, ευερέθιστοι που γίνονται εύκολα εχθρικοί, είναι ιδιαίτερα επιρρεπή σε burnout.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες, όπως επίσης η ενεργός συμμετοχή και ο έλεγχος που ασκεί ο εργαζόμενος στην ροή των γεγονότων είναι δυνατό να επηρεάσουν την ένταση των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις που επιφέρει το

σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ζωή του κάθε ατόμου (Πίνακας 2.2).

Πίνακας 2.2: Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του Συνδρόμου 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, μέντορες)
Καθορισμός συμπεριφοράς στην επιτυχία/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 στόχοι, έλλειψη ανεξαρτησίας στη λήψη αποφάσεων, λάθος οργάνωση προγράμματος)
ΕΛΙΝΥΑΕ ,2003	

2.6 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.6.1 Τυπολογία της δραστηριότητας (πρόσθετοι ψυχοπιεστικοί παράγοντες)

Ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από ότι άλλες, επειδή οι εργασιακές τους θέσεις:

- (α) απαιτούν μεγαλύτερη κατανάλωση ενέργειας,
- (β) παρουσιάζουν περισσότερους κινδύνους και
- (γ) η επαφή με τους πελάτες είναι περισσότερο συναισθηματικά φορτισμένη και μάλιστα με τρόπο που να καθιστά δύσκολη τη διαχείρισή τους.

Έχει αποδειχθεί ότι οι γιατροί που εργάζονται σε νοσοκομείο βιώνουν υψηλότερα επίπεδα burnout συγκριτικά με εκείνους, οι οποίοι εξασκούν ιδιωτικά το επάγγελμα, εργάζονται σε ερευνητικά ιδρύματα, πανεπιστήμια, δημόσιους φορείς και οργανισμούς. Επιπλέον, οι γιατροί που εργάζονται στον ψυχιατρικό τομέα, στα ογκολογικά και πνευμονολογικά τμήματα, μαζί με εκείνους που απασχολούνται σε τμήματα με χρόνιες, ανίατες και καταληκτικές νόσους και προγνώσεις για κακοήθεια, εκδηλώνουν πολύ υψηλότερα επίπεδα burnout από εκείνα των συναδέλφων τους άλλων τμημάτων (όπως ΩΡΛ, γυναικολογία και οφθαλμολογία) (Οδηγός Burnout).

2.6.2 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στους Επαγγελματίες Υγείας

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που πλήττει και την Ελλάδα αποτελεί παράγοντα πολλαπλών ανατροπών, καθώς θέτει σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας και ανασφάλειας το ήμισυ σχεδόν των εργαζομένων παγκόσμια. Συγκεκριμένα, για τους επαγγελματίες υγείας, η άσκηση του επαγγέλματος προσδιορίζεται από τη φύση της ως ιδιαίτερα αγχωτική.

Στη χώρα μας, όπου οι συνθήκες άσκησης των επαγγελλμάτων υγείας χαρακτηρίζονται από έλλειψη πόρων (στελέχωση, υλικοτεχνική υποδομή), υπερφόρτωση ρόλου και απουσία συστημάτων υποστήριξης, ο κλινικός βιώνει καθημερινά τη ματαίωση και την απογοήτευση, με αποτέλεσμα τη σύγκρουση μεταξύ των προσδοκιών και της πραγματικότητας και την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, διαταραχών ύπνου, καταχρήσεων, σωματοποίησης, αντικοινωνικής συμπεριφοράς, κατάθλιψης και κρίσεων πανικού.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικής μελέτης, φαίνεται ότι 1 στους 4 νοσηλευτές εμφανίζει άγχος, ενώ 1 στους 7 νοσηλευτές εμφανίζει σημεία κατάθλιψης. Πιο αναλυτικά, οι θετικές απαντήσεις στις ερωτήσεις άγχους και κατάθλιψης και κατ' επέκταση η πιθανότητα εμφάνισης αυτών των ψυχικών διαταραχών σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται από πλήθος μελετών (Iacovides et al,2003).

Συμπερασματικά, η οικονομική ύφεση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως απειλή, αλλά και ως μια ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των οικονομικών, των κοινωνικών και των υγειονομικών συστημάτων.

Οι δυνατότητες για πρωτογενή παρέμβαση έναντι του οικονομικού άγχους αφορούν στην προαγωγή της εργασίας και της οικονομικής υγείας μέσω προγραμμάτων οικονομικής επιμόρφωσης ή κρατικά επιδοτούμενων προγραμμάτων ανάπτυξης δεξιοτήτων.

Η δευτερογενής παρέμβαση αφορά στην προαγωγή της διαχείρισης του stress στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως για παράδειγμα συμβουλευτικά προγράμματα

οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογική υποστήριξη και οικονομικές διευκολύνσεις ή φοροελαφρύνσεις.

Η τριτογενής παρέμβαση αφορά στην αποκατάσταση της οικονομικής υγείας των πληγέντων μέσω δράσεων, όπως συμβουλευτικά προγράμματα σχετικά με θέματα ψυχολογικής υποστήριξης και οικονομικής διαχείρισης σε περίπτωση οικονομικής κρίσης και προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων, με έμφαση στη διαχείριση κρίσεων και στη διαχείριση του άγχους. Η αντιμετώπιση, λοιπόν, της τρέχουσας οικονομικής κρίσης είναι σημαντικό να επιτευχθεί μέσα από την οργάνωση υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στις αυξημένες απαιτήσεις της κοινωνίας.

Οι προσπάθειες για την πρόληψη και την επίλυση των προβλημάτων άγχους και κατάθλιψης, που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας, πρέπει να είναι συνεχείς, ενώ οι καρποί της επιτυχίας θα είναι σημαντικοί για όλους όσους εμπλέκονται, γιατί η διασφάλιση, με τη λήψη κατάλληλων μέτρων της υγείας – σωματικής και ψυχικής– των διαφόρων επαγγελματιών υγείας έχει άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς. Επομένως, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, η επένδυση στην υγεία είναι επένδυση στην ανθρώπινη ανάπτυξη, στην κοινωνική ευημερία και στον πλούτο. Άλλωστε, υπάρχουν ισχυρές επιστημονικές ενδείξεις ότι η καλή υγεία συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή, στην παραγωγικότητα του εργατικού δυναμικού, στην απασχόληση και στην οικονομική ανάπτυξη (Σουλιώτης, 2007).

2.7 ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΒΙΩΝΟΥΝ ΤΟ ΣΕΕ

Η Severinsson (2003), καθώς και οι Ekstedt και Faberberg (2005, στο Μισουρίδου, 2009) μελέτησαν την επαγγελματική εξουθένωση, παίρνοντας συνεντεύξεις από τους ίδιους τους νοσηλευτές που βίωσαν το συγκεκριμένο πρόβλημα. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ένιωθαν αδύναμοι να εκπληρώσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις, εξαντλημένοι, χωρίς ενέργεια και κίνητρο, αβοήθητοι και μόνοι. Τα προβλήματα φάνταζαν ανυπέρβλητα. Η έκθεση στον ανθρώπινο πόνο, το να είναι μάρτυρες σε στιγμές όπου οι άνθρωποι υποφέρουν, αποτελούσε αρχικά μια αγωνιώδη εμπειρία που τους έκανε να νιώθουν ευάλωτοι και να βιώνουν ενοχή για τη

δυσκολία τους να βοηθήσουν. Κατηγορούσαν συνεχώς τον εαυτό τους για το ότι δεν ήταν καλοί νοσηλευτές. Δεν ήταν ικανοί να προσφέρουν, δεν είχαν να δώσουν. Τα όρια, τα οποία υποδείκνυαν πού άρχιζε και πού τελείωνε η ευθύνη ήταν απροσδιόριστα. Αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη μνήμη – δε θυμούνταν πώς να κάνουν γνωστά πράγματα και στη συγκέντρωση, καθώς και προβλήματα υγείας. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η ντροπή και οι ενοχές τους εμπόδιζαν να ζητήσουν βοήθεια. Η έντονη ντροπή τους οδηγούσε σε αισθήματα απώλειας ελέγχου, ανεπάρκειας και κατωτερότητας, στην απομάκρυνση από τους άλλους ανθρώπους και στην εγκατάλειψη. Άρχιζαν να παραιτούνται από τα τακτικά γεύματα, τον ύπνο, τη σωματική άσκηση, τις κοινωνικές δραστηριότητες, το χρόνο για ξεκούραση. Ζούσαν συνεχώς με το φόβο, μήπως κάνουν λάθη. Βίωναν το δίλημμα να μην εμπλακούν συναισθηματικά ή να κάνουν σχέσεις δίχως νόημα με τους ασθενείς.

Η αποστασιοποίηση από τους ασθενείς – μια απαραίτητη διέξοδος – προκαλούσε εσωτερική σύγκρουση και αίσθημα βαθιάς διάψευσης των προσδοκιών τους να είναι οι νοσηλευτές που ήθελαν, με αποτέλεσμα να απειλείται η επαγγελματική αυτοεικόνα τους. Ο αγώνας για να αποφύγουν την έκθεση της ευαλωτότητάς τους και να προστατέψουν την αυτοεικόνα τους, τους οδηγούσε στην κοινωνική απομόνωση, καθώς και στην απώθηση των συναισθημάτων τους. Η ανάρρωση άρχιζε μόνο όταν το πρόβλημα έφθανε στο απροχώρητο και άρχιζαν να αποδέχονται τις δυσκολίες τους (Μισουρίδου, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΕΕ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1.1 Διεθνώς

Το στρες που οφείλεται στην εργασία, σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας και φαίνεται να επηρεάζει ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, περίπου το 28% των εργαζομένων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001).

Το σύνδρομο burnout ή ολοκληρωτικής εξάντλησης, αποτελεί μια μακροπρόθεσμη αντίδραση στο επαγγελματικό stress και εμφανίζεται, κυρίως, σε άτομα που ασκούν κοινωνικό λειτούργημα. Η συναισθηματική και ψυχολογική επιβάρυνση που χαρακτηρίζει τα επαγγέλματα που προσβάλλονται συχνότερα από το σύνδρομο - ιατροί, νοσηλεύτές, εκπαιδευτικοί, κοινωνικοί λειτουργοί - οδηγεί στη γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών αποθεμάτων, στον επηρεασμό της ψυχικής και σωματικής υγείας και τελικά στην εξάντληση.

Από τις 5.500 δημοσιευμένες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση, οι περισσότερες αφορούν στους επαγγελματίες της υγείας σε ποσοστό 34% (Firth-Cozens & Payne, 1999). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε γιατρούς και νοσηλεύτές, καθώς αυτοί οι επαγγελματίες έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο.

Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με συχνές απουσίες των νοσηλευτών από την εργασία τους, αλλά και με εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Lee et al, 2004· Χαραλαμπίδου, 1996· Halm et al, 2005· Leiter & Laschinger, 2006).

Στα τέλη της δεκαετίας του '90 το Βρετανικό Σύστημα Υγείας δέχτηκε πολλές αλλαγές, κυρίως στο σύστημα λειτουργίας των γενικών γιατρών, με αποτέλεσμα τα επαγγέλματα του ιατρικού τομέα να υφίστανται μεγαλύτερη πίεση. Αυτή η νέα κουλτούρα των συνεχών αλλαγών αύξησε το φόρτο εργασίας των γιατρών και των

ειδικευομένων. Η Usha Rout, διεξήγαγε έρευνα στην οποία εξετάστηκαν οι πηγές του άγχους που σχετίζονται με υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας στον εργασιακό χώρο και με τη χαμηλά σε επίπεδα ψυχική υγεία μεταξύ ειδικευομένων και ειδικευμένων γιατρών. Οι βασικές πηγές δυσαρέσκειας και έλλειψη ψυχικής υγείας και για τις δύο ομάδες ήταν η έλλειψη επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ συναδέλφων και προσωπικού. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε ένα δείγμα τυχαία επιλεγμένων ατόμων στη βορειοδυτική περιοχή της Αγγλίας. Αυτά συμπεριλάμβαναν δημογραφικές πληροφορίες και λεπτομέρειες σχετικά με την εργασία, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας, κλπ.. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε ουσιαστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά στην ψυχική τους υγεία. Η μελέτη, επίσης, αποκάλυψε ότι οι γυναίκες γιατροί ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από τη δουλειά τους από ότι οι ειδικευόμενοι, όσον αφορά το φόρτο εργασίας τους.

Ίσως, το βασικότερο εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι ανέδειξε τις πηγές εργασιακού άγχους που είναι κοινές σε όλες τις εργασιακές ομάδες. Αυτές μπορούν να χωριστούν σε έξι διαφορετικούς παράγοντες, οι οποίοι είναι:

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

Η Firth-Cozens et al (1997) αναφέρει ότι το 1/3 των νοσηλευτριών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες, καθώς και οι ψυχίατροι, δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών (Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005· Firth- Cozens & Payne, 1999).

Ο χώρος που εργάζονται οι νοσηλευτές ανάλογα με την ειδικότητά τους φαίνεται ότι σχετίζεται με την ύπαρξη και τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Hannigan et al (2000) και των Kilfedder et al (2001) το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσιάζει έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία του.

Για πολλούς νοσηλευτές, τα σημεία αυτά αποτέλεσαν το κίνητρο για επανεκτίμηση της εργασίας τους, ενώ για άλλους την αφορμή να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα. Εκτός από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, από έρευνες έχειδειχθεί ότι, οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, βιώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Brooks & Anderson, 2004· Cubrilo – Turek & Urek, 2006).

Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Poncet et al (2007) όπου μελετήθηκαν νοσηλευτές από την Γαλλία φάνηκε ότι, το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας είχαν βιώσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι κύριοι εκλυτικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης προερχόταν από την έλλειψη οργάνωσης, την ποιότητα των σχέσεων εργασίας με τους προϊστάμενους και το ιατρικό προσωπικό, την αντιληπτή σύγκρουση με τον ασθενή, τον φόβο από το θάνατο του ασθενούς και την συμμετοχή στις αποφάσεις για την πορεία του ασθενούς και του τμήματος.

Μεγάλου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση, παρουσιάζουν, επίσης, οι παθολογικοί και χειρουργικοί νοσηλευτές, σύμφωνα με την έρευνα των Zhu et al (2006). Ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι γρήγοροι ρυθμοί, το αίσθημα της ευθύνης, η έλλειψη αυτοφροντίδας των ασθενών, καθώς και η ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν τους κυριότερους αιτιακούς παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Οι ερευνητές Jaracz, et al (2005), οι οποίοι μελέτησαν νοσηλευτές από γενικά, νευρολογικά, και ψυχιατρικά τμήματα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, ο βαθμός πίεσης που δέχονται οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματος επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών.

Πολλές φορές ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι τόσο έντονος που σύμφωνα με την εργασία των Pompili, et al. (2006) μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Οι συγκριτικές μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι όσοι εργάζονται σε ογκολογικά και σε τμήματα με ασθενείς του AIDS. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές εκδηλώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν μια «δύσκολη» ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι ογκολογικοί ασθενείς χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές, διότι η απειλητική για τη ζωή ασθένεια και ο φόβος του πόνου και θανάτου, αποτελούν στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας του ασθενή με τους νοσηλευτές και το περιβάλλον τους (Schraub & Marx, 2004· Kash et al, 2000· Sherman et al, 2006· Quattrin et al, 2006).

Εκτός από τον χώρο της εργασίας, άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι, ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλευτών σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Από την μελέτη των Jenkins & Elliott (2004), οι οποίοι διερεύνησαν τον βαθμό του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε καταρτισμένο και μη - καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό της Αγγλίας, βρέθηκε ότι, περίπου το μισό από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίασε σημάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι καταρτιζόμενοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι βίωναν υψηλότερη πίεση φόρτου εργασίας από το αναρμόδιο προσωπικό. Η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης και οργάνωσης ήταν ο κύριος παράγοντας άγχους που αναφέρθηκε από το καταρτισμένο προσωπικό, ενώ οι δύσκολοι ή απαιτητικοί ασθενείς αποτελούσαν πηγή άγχους για το αναρμόδιο προσωπικό.

Σύμφωνα με την εργασία των Bernardi et al (2005) κατά την οποία μελετήθηκαν 40 επιλεγμένα άρθρα με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση από όλες τις ηπείρους, εκτός από τη Νότια Αμερική, φάνηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις στρατηγικές του κάθε οργανισμού, ενώ ο βαθμός πίεσης στο χώρο της εργασίας και οι προσωπικές προσδοκίες αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου.

3.1.2 Ελλάδα

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη (2001) έδειξαν ότι, οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος, π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, κ.α., όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα π.χ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.α..

Η Αδαλή και συν (2002) διερεύνησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πέντε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και βρήκαν ότι, η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Συχνά, αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως ένα αναπόφευκτο κακό, από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν. Για το λόγο αυτό, είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική, αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησής τους (Σαπουντζή & Λεμονίδου, 1994· Cooper et al, 2001· Burke & Greenglass, 2001· Schuler, 1993).

Αντίθετα, σύμφωνα με την μελέτη των Κανδρή και συν (2004) η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για την σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι παρά τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στον Ελλαδικό χώρο, το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει στην εργασία του, γιατί είναι ικανοποιημένο από το αντικείμενο της επαγγελματικής του δραστηριότητας.

Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους, γιατί αφενός είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Σαπουντζή & Λεμονίδου, 1994· Κανδρή και συν, 2004).

Σκοπός της έρευνας του Διλιντά (2010) ήταν να περιγράψει την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που έχει ποικίλες επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας και δυσχεραίνει την επικοινωνία με τους ασθενείς. Ακόμα, υποβαθμίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Επιπλέον, στόχος του ήταν η διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, η συσχέτισή της με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους και με τους εργασιακούς και τους διοικητικούς παράγοντες του νοσοκομείου, καθώς και η πρόταση των αναγκαίων παρεμβάσεων στήριξης του προσωπικού.

Το δείγμα της έρευνάς του αποτελούνταν από 218 εργαζομένους που επιλέχθηκαν τυχαία και ανήκαν σε όλα σχεδόν τα τμήματα και τις κλινικές του νοσοκομείου. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των στοιχείων ήταν η συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα της έρευνάς του έδειξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα και για τις τρεις διαστάσεις της. Στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση, το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε σημαντικά υψηλότερες τιμές από τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Η αποπροσωποποίηση βρέθηκε ότι σχετιζόταν με την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η προϋπηρεσία και η σχέση εργασίας δεν σχετιζόνταν σημαντικά με τα επίπεδα εξουθένωσης. Αρκετά στοιχεία του εργασιακού και του διοικητικού-οργανωτικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου φάνηκε να επιδρούν –θετικά ή αρνητικά– στις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου (Διλιντάς, 2010).

Τα αποτελέσματα πολλών μελετών δείχνουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες και συχνά εμφανίζουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το άγχος, στο χώρο εργασίας, επηρεάζει τη σωματική

και την ψυχική ευεξία τους, μειώνοντας την απόδοση και επηρεάζοντας αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

Στόχος της έρευνας της Μπελλάλη και των συνεργατών της (2007) ήταν η διερεύνηση συνύπαρξης και συσχέτισης των παραπάνω φαινομένων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελλήνων νοσηλευτών.

Το δείγμα αποτέλεσαν 347 νοσηλευτές/τριες και τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι επιβεβαιώθηκε η αρχική υπόθεση ότι η σωματική και η ψυχική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζεται από το άγχος που βιώνουν στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση της ψυχικής υγείας με τους τρεις παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (συναισθηματική εξάντληση, επαγγελματικά επιτεύγματα και αποπροσωποποίηση).

Σκοπός της έρευνας της Ρούπα και των συνεργατών της (2008) ήταν η εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα και η αναζήτηση συσχέτισης με τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή τους. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 316 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονταν σε ογκολογικά τμήματα νοσοκομείων της Ελλάδος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι για τη συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών η εργασία στο ογκολογικό τμήμα δεν υπήρξε δική τους επιλογή. Οι περισσότεροι νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών απάντησαν ότι δεν υπάρχουν οργανωμένες ομάδες ψυχολογικής στήριξης του προσωπικού στο τμήμα τους. Η σχετική πλειοψηφία των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών υποφέρουν από υψηλή συναισθηματική εξάντληση ($n=127$, 41,9%), μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα ($n=125$, 44%) και από έντονα αισθήματα αποπροσωποποίησης ($n=114$, 38%). Επίσης, τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος, την προϋπηρεσία στο ογκολογικό τμήμα και την ηλικία των νοσηλευτών του δείγματος.

Το κυριότερο συμπέρασμα που εξάγεται από την πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών είναι η σημασία και αναγκαιότητα εισαγωγής μιας ειδικής υποστηρικτικής ομάδας στην καθημερινή κλινική πρακτική, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό.

3.2 ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΕΕ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ψυχιάτρους και στους ψυχολόγους έχει τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και το ζήτημα εξακολουθεί να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα (Angermeyer et al,2006· Lambert et al,2007· Dickinson and Wright, 2008). Έχει βρεθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού στον τομέα ψυχικής υγείας μπορεί αν οδηγήσει ακόμα και σε υποτροπές της ψυχικής υγείας (Katsuki et al, 2007). Συνιστά, λοιπόν, ένα ζήτημα κεφαλαιώδους σημασίας.

Για παράδειγμα, οι Farber και Heifetz, ερεύνησαν την επικράτηση της εξουθένωσης στους γιατρούς που πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς με ψυχικά και διανοητικά προβλήματα (Farber & Heifetz, 1982). Η έρευνά τους ανίχνευσε την παρουσία εξουθένωσης στο 71% των ψυχολόγων, στο 43% των ψυχιάτρων και στο 73% των κοινωνικών λειτουργών. Μια άλλη μελέτη από τον Farber, έδειξε ότι 36% του δείγματος των ιατρών που πρόσφεραν ιατρικές υπηρεσίες σε άτομα με διανοητικά και ψυχολογικά προβλήματα εμφάνισαν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και μόνο 6,3% έδειξε έναν υψηλό βαθμό εξουθένωσης (Farber, 1985).

Οι Cronin et al, μελέτησαν 296 νοσηλεύτριες τριών νοσοκομείων που εργάζονταν σε μονάδες εντατικής, σε ψυχιατρικές μονάδες και σε θαλάμους αρρώστων (Cronin-Stubbs & Rooks, 1985). Η έρευνα είχε ως στόχο να βρει τη σχέση που έχουν αυτές οι τέσσερις ομάδες εργαζομένων με την εξουθένωση, το στρες και την κοινωνική υποστήριξη.

Διαπιστώθηκε ότι το προσωπικό των τριών νοσοκομείων διέφερε σημαντικά στη συχνότητα εμφάνισης και την ένταση του επαγγελματικού στρες και της εξουθένωσης. Λαμβάνοντας υπόψη στην ανάλυσή τους τον παράγοντα του νοσοκομείου (μέγεθος) οι ερευνητές κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: α) τα χαμηλότερα επίπεδα στρες, τα οποία είναι αποτελέσματα θετικών αλλαγών στη ζωή των εργαζομένων και της συναισθηματικής υποστήριξης, συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης και αντίστροφα, β) οι νοσηλεύτριες της εντατικής και των ιατρικών μονάδων αντιμετώπιζαν συχνότερα και πιο έντονα παράγοντες που

δημιουργούσαν στρες από ότι οι νοσηλεύτριες των ψυχιατρικών μονάδων και των θαλάμων. γ) Οι νοσηλεύτριες της εντατικής βίωναν σημαντικά περισσότερη επιβεβαίωση (δηλαδή, αναγνώρισης από τους άλλους και θετική ανατροφοδότηση πληροφόρησης για τις ενέργειές τους) από τις νοσηλεύτριες των ψυχιατρικών μονάδων δ) Καμία σημαντική διαφορά στην εξουθένωση δεν βρέθηκε στις τέσσερις ομάδες εργαζομένων.

Μια μεταγενέστερη έρευνα από τους Ackelerey et al , εξέτασε το επίπεδο της εξουθένωσης σε δείγμα ψυχολόγων (Ackerley et al,1988). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περισσότερο από το ένα τρίτο των ψυχολόγων ανέφερε ότι βιώνει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης. Επίσης, 21% των ψυχολόγων ανέφερε ότι θα επέλεγε μια διαφορετική σταδιοδρομία εάν τους δίνονταν η ευκαιρία.

Οι Raqueraw and Miller, εκπόνησαν μια μελέτη 68 ψυχοθεραπευτών του Τέξας με βάση την κλίμακα μέτρησης MBI (Raqueraw & Miller,1989). Οι ψυχοθεραπευτές σε αυτήν τη μελέτη ανέφεραν χαμηλά και μέτρια επίπεδα εξουθένωσης.

Οι Melchior et al, στο άρθρο τους πραγματοποιούν μια μετα-αναλυτική διερεύνηση (meta-analysis) όλων των μεταβλητών που σχετίζονται με την εξουθένωση των νοσηλευτών σε ψυχιατρικές μονάδες (Melchior et al,1997). Ο σκοπός ήταν η περιγραφή της σχετικής σπουδαιότητας των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν από διάφορους ερευνητές στην ερμηνεία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι μεταβλητές αυτές ανέρχονταν σε 43 στον αριθμό. Η μετααναλυτική διαδικασία έδειξε ότι η εξουθένωση συσχετίζεται αρνητικά με την εργασιακή ικανοποίηση και θετικά με την σύγκριση ρόλων στον εργασιακό χώρο.

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

Η εργασία των Prosser et al, εξέτασε 121 εργαζόμενους σε ψυχιατρικές μονάδες ανιχνεύοντας αρχικά τους εργασιακούς παράγοντες που ερμηνεύουν το στρες και την εργασιακή ικανοποίηση (Prosser et al, 1997). Οι παράγοντες αυτοί εισήλθαν σε μοντέλα παλινδρόμησης ως ερμηνευτικές μεταβλητές. Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν τη σπουδαιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος για την ψυχική υγεία των εργαζομένων, τη εξουθένωση και την ικανοποίηση. Ειδικότερα, το στρες που πηγάζει από τον υπερβολικό φόρτο εργασίας παρουσιάστηκε ως σημαντική μεταβλητή στην επιρροή της συναισθηματικής εξάντλησης και της ψυχικής υγείας. Το στρες που προέρχεται από την επαφή με τους ασθενείς σχετίστηκε με την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων. Η υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση παρουσιάστηκε να συσχετίζεται με τον τρόπο διοίκησης της μονάδας και γενικότερα με τη συνεργασία με τους συναδέλφους. Τέλος, η συναισθηματική εξάντληση και τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας των εργαζομένων φάνηκε ότι επηρεάζονται αισθητά από την ικανοποίηση που αντλούν οι εργαζόμενοι από την επαγγελματική τους καριέρα.

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

Οι Jeanneau και Armelius, διεξήγαγαν έρευνα σε 754 νοσηλευτές ψυχιατρικών μονάδων στη Σουηδία με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εξουθένωσης και της εικόνας του εαυτού (self image) των νοσηλευτών (Jeanneau και Armelius, 2000). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει έντονη σχέση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων με την εικόνα που

έχουν για τον εαυτό τους οι νοσηλευτές. Η σχέση αυτή παρουσιάστηκε πιο χαλαρή με την αποπροσωποποίηση των νοσηλευτών.

Σε γενικές γραμμές, η ομάδα των παραμέτρων που αφορούσαν στις αρνητικές εντυπώσεις που έχουν οι νοσηλευτές για τον εαυτό τους είχε μεγαλύτερη σχέση με την εξουθένωση από ότι η ομάδα με τις παραμέτρους που αφορούσαν σε θετικές εντυπώσεις. Αυτό αποτελεί σημάδι ότι η εξουθένωση εμφανίζεται πιο εύκολα σε άτομα που έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, τα οποία οδηγούν στο να έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Kilfeder et al, η οποία εξέτασε την επαγγελματική εξουθένωση σε 510 νοσηλευτές σε ψυχιατρική μονάδα της Σκωτίας (Kilfeder et al, 2001). Στην έρευνα αυτήν χρησιμοποιήθηκαν, εκτός των ατομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών, μια σειρά από παράγοντες που προκαλούν εργασιακό στρες και που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά ή θετικά την εξουθένωση, όπως η κατανόηση, η προγνωστικότητα και ο έλεγχος γεγονότων που προκαλούν στρες, η σύγκρουση ρόλων, η ασάφεια ρόλων, η προοπτική της εργασίας και άλλοι παράγοντες. Στους παράγοντες περιλαμβάνονταν και η ικανοποίηση από την εργασία, η οποία μετρήθηκε με τις 16 ερωτήσεις της κλίμακας Warr. Τα ευρήματα της εν λόγω έρευνας έδειξαν χαμηλά και μέσα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Μόνο το 2% των νοσηλευτών έδειξε υψηλά επίπεδα. Η ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε ότι οι ερμηνευτικές μεταβλητές (στρεσογόνοι παράγοντες) ερμήνευσαν τη συναισθηματική εξάντληση κατά 41,9%, την αποπροσωποποίηση κατά 16,4% και τα προσωπικά επιτεύγματα κατά 25,6%. Η εργασιακή ικανοποίηση βρέθηκε να σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με τη συναισθηματική εξάντληση και τα προσωπικά επιτεύγματα και σε μικρότερο με την αποπροσωποποίηση των νοσηλευτών.

Οι Kee et al, σε έρευνα που διεξήγαγαν για τους ψυχολόγους που εργάζονται σε αγροτικές περιοχές βρήκαν ότι το 20,8% αυτών ανέφερε υψηλά επίπεδα εξουθένωσης και το 42,8% μέτρια επίπεδα. Από τις τρεις διαστάσεις που απαρτίζουν την επαγγελματική εξουθένωση (MBI), η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση κυριάρχησαν έναντι του αισθήματος των προσωπικών επιτευγμάτων (Kee et al, 2002).

Οι Αδαλή και συν., δημοσιεύουν ένα άρθρο με θέμα «επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού» (Αδαλή και συν., 2002). Σκοπός της έρευνάς τους ήταν να μελετήσουν την επαγγελματική εξουθένωση σε προσωπικό από πέντε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Για την έρευνά τους χρησιμοποίησαν το μοντέλο Maslach, αξιολόγησαν το εργασιακό περιβάλλον με την κλίμακα Moos και Insel, ενώ χρησιμοποίησαν τη γραμμική παλινδρόμηση για τη στατιστική ανάλυσή τους. Ενδιαφέρον αποτέλεσμα της μελέτης τους αποτελεί το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών τμημάτων γενικών νοσοκομείων είχε υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχιατρικών νοσοκομείων. Σε γενικά πλαίσια, βρήκαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση βρίσκεται σε μέτρια επίπεδα.

Οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν σε συγκεκριμένα εργασιακά συστήματα στον τομέα υγείας στην Ιαπωνία ώθησε τους Imai et al, να εξετάσουν εάν η εξουθένωση των νοσηλευτών που εργάζονται σε ψυχιατρικά ιδρύματα είναι μεγαλύτερη από εκείνη των νοσηλευτών γενικής υγείας που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία. Σε αυτή την έρευνα, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν την κλίμακα εξουθένωσης του Pines. Επιπλέον, οι ερευνητές έθεσαν ως δεύτερο στόχο την ταυτοποίηση των παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών που πιθανόν να συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν την επικράτηση της εξουθένωσης στους νοσηλευτές του ψυχιατρείου (59,2%) έναντι των άλλων νοσηλευτών γενικής υγείας (51,5%).

Η έλλειψη του εργασιακού ελέγχου από την πλευρά των νοσηλευτών στα ψυχιατρεία και η αυξανόμενη συχνότητα των επειγόντων περιστατικών που προκαλούσαν υπερωρίες, παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες συσχέτισης με την εξουθένωση. Ωστόσο, αυτή η σχέση δεν παρουσιάστηκε σημαντική για το νοσηλευτικό προσωπικό στα υπόλοιπα τμήματα (γενικής υγείας).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΕΕ

Το Σύνδρομο Εργασιακής Κόπωσης, αποτελεί μία νόσο, η οποία, όπως έχει ήδη προαναφερθεί στο 1.2, δεν έχει πλήρως εξακριβωθεί και ορισθεί. Οι διάφοροι μελετητές, οι οποίοι ασχολήθηκαν εξ' ολοκλήρου με την διερεύνηση του συνδρόμου αυτού, αναζήτησαν τα αίτια του τόσο σε ατομικό, σε εργασιακό, όσο και σε οργανικό επίπεδο. Κατ' επέκταση, λόγω αυτής της ανακρίβειας, τοποθετήθηκε ένα μεγάλο ερωτηματικό στο θέμα της αιτιοπαθογένειας. Από αυτό το «κενό», η διάγνωση είναι κάτι που επηρεάζεται άμεσα.

Για να επιτευχθεί μία σωστή διάγνωση και εκτίμηση και αργότερα η αρμόζουσα θεραπευτική διαδικασία, θα πρέπει να είναι γνωστά στους ειδικούς τα αίτια της νόσου. Ουσιαστικά, η διάγνωση του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης πραγματοποιείται μέσω του αποκλεισμού, όλων των άλλων οργανικών ή ψυχικών καταστάσεων, των οποίων τα συμπτώματα παρουσιάζουν ομοιότητα με αυτά του συνδρόμου. Ο ειδικός στην προσπάθειά του, για αυτή την διερεύνηση, θεωρεί απαραίτητο ως πρώτο βήμα την λήψη ενός λεπτομερέστατου ιατρικού ιστορικού και την διεξαγωγή μιας ολοκληρωμένης σειράς σωματικών εξετάσεων.

Επίσης, η διαδικασία αυτή, θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο πνευματική όσο ψυχολογική και νευροψυχιατρική εξέταση. Απαραίτητο για την διάγνωση, είναι ο ασθενής να παρουσιάζει παρατεταμένη κόπωση (διάρκειας μικρότερης ή ίσης του ενός μήνα) ή χρόνια κόπωση (διάρκειας τουλάχιστον 6 μηνών), και να γίνει συνεκτίμηση με τα εξής:

(α) Ένα διεξοδικό ιστορικό, όπου να περιγράφεται:

- Η οργανική κατάσταση και οι ψυχοκοινωνικές παράμετροι στην έναρξη της κόπωσης.

- Η πιθανή ύπαρξη κατάθλιψης ή άλλων ψυχικών διαταραχών.
- Πιθανά επεισόδια ανεξήγητων κλινικών καταστάσεων.
- Κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.
- Πιθανή φαρμακευτική αγωγή ή χρήση εξωιατρικών σκευασμάτων ή συμπληρωματικών της διατροφής.

(β) Μια διεξοδική αντικειμενική εξέταση.

(γ) Εργαστηριακός έλεγχος.

(δ) Απεικονιστικός έλεγχος του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Μετά τον επίσημο καθορισμό της έννοιας του «Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης», οι μελετητές επιχείρησαν να ορίσουν κάποια κοινώς αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για μία πιο σωστή και αντικειμενική διάγνωση. Η πρώτη προσπάθεια καθορισμού των κριτηρίων έγινε το 1988 από τους Fukuda et al, όπου και τα αναθεώρησαν το 1994, ορίζοντάς τα παρακάτω:

1. Κλινικά εκτιμημένη, ανεξήγητη, επίμονη ή υποτροπιάζουσα χρόνια κόπωση πρόσφατης ή συγκεκριμένης έναρξης (δεν υπήρχε πάντα), που δεν είναι αποτέλεσμα συνεχούς άσκησης, δεν βελτιώνεται με την ανάπαυση και οδηγεί σε σημαντική μείωση των προηγούμενων επιπέδων επαγγελματικής, εκπαιδευτικής, κοινωνικής ή προσωπικής δραστηριότητας.
2. Συνύπαρξη τεσσάρων ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα, τα οποία πρέπει να επιμένουν ή να υποτροπιάζουν για 6 ή περισσότερους συνεχείς μήνες και δεν πρέπει να προϋπάρχουν της κόπωσης:
 - Αυτοαναφερόμενη διαταραχή της πρόσφατης μνήμης ή της συγκέντρωσης αρκετά σοβαρή, ώστε να δημιουργεί σημαντική μείωση στα προηγούμενα επίπεδα επαγγελματικής, εκπαιδευτικής, κοινωνικής ή προσωπικής δραστηριότητας.
 - Κυνάγχη.

- Επώδυνοι τραχηλικοί (πρόσθιοι ή οπίσθιοι) ή μασχαλιαίοι λεμφαδένες.
- Μυϊκοί πόνοι.
- Γενικευμένες αρθραλγίες, χωρίς στοιχεία φλεγμονής.
- Κεφαλαλγίες νέου τύπου και εντάσεως.
- Μη αναζωογονητικός ύπνος.
- Παρατεταμένη κόπωση (διάρκειας μεγαλύτερης των 24 ωρών) μετά από άσκηση (Φωτιάδου , 1999).

Πέρα από την παρουσία αυτών των κριτηρίων, απαραίτητη είναι και η διεξαγωγή διαφόρων εξετάσεων, όπου θα αποκλείσουν άλλες οργανικές καταστάσεις, οι οποίες μπορεί να εμφανίσουν κόπωση. Μερικές από τις πιο κοινά αναφερόμενες, όπως ορίστηκαν από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών, είναι οι εξής:

- Πλήρης αιματολογική εκτίμηση (CBC).
- Έλεγχος ρυθμού ιζηματοποίησης ερυθρών αιμοσφαιρίων (ESR).
- Έλεγχος επιπέδου γλυκόζης (αίματος).
- Έλεγχος θυροτροπίνης.
- Έλεγχος χημικού καταλόγου.
- Ανάλυση ούρων.
- Έλεγχος για ηπατίτιδα.
- Εξέταση αντινεοπλασματικού αντισώματος για έλεγχο ύπαρξης ερυθρηματώδους λύκου.
- Εξέταση ρευματοειδών παραγόντων για ύπαρξη ρευματοειδούς αρθρίτιδας.
- Έλεγχος αν το άτομο παρουσιάζει «τικ».
- Δερματολογικός έλεγχος για φυματίωση.

Όπως προαναφέραμε, η πραγματοποίηση ψυχολογικών και νευροψυχιατρικών εξετάσεων είναι εξίσου απαραίτητη και σημαντική για την διευκρίνηση της κατάστασης του ασθενή. Σε μερικές προσωπικότητες, μπορεί να είναι δέον να αποτιμηθεί η επίδραση της ασθένειας της κόπωσης σε ιδιαίτερα γνωστικές ή λογικές ικανότητες, όπως η συγκέντρωση, η μνήμη και η οργάνωση. Η αποτίμηση της προσωπικότητας μπορεί να βοηθήσει στον καθορισμό των δυνατοτήτων, καθώς και στην ύπαρξη μιας καθορισμένης θεραπείας για την συναισθηματική διαταραχή.

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC) (Φωτιάδου, 1999), στα πλαίσια για εγκυρότητα της διάγνωσης του συνδρόμου, καθόρισε ορισμένες καταστάσεις που επεξηγούν πλήρως την ύπαρξη και παραμονή της κόπωσης, αποκλείοντας έτσι την διάγνωσή του. Οι συνθήκες κατηγοριοποιούνται ως εξής :

➤ *Συνθήκες που αποκλείουν την διάγνωση της ανεξήγητης κόπωσης :*

Σύμφωνα με την Φωτιάδου Α. (1999) :

1. Οποιαδήποτε ενεργώς οργανική κατάσταση, η οποία μπορεί να εξηγήσει την παρουσία χρόνιας κόπωσης, όπως μη ρυθμιζόμενος υποθυρεοειδισμός, υπνική άπνοια και ναρκοληψία, μυοπάθειες, περιφερικές πολυνευροπάθειες, σκλήρυνση κατά πλάκας ή ιατρογενείς καταστάσεις, όπως είναι οι ανεπιθύμητες παρενέργειες φαρμάκων.
2. Οποιαδήποτε προηγουμένως εκδηλωθείσα νόσος που δεν έχει αποδεδειγμένα αποθεραπευτεί και της οποίας η ενεργός παραμονή μπορεί να ερμηνεύσει την χρόνια κόπωση. Τέτοιες καταστάσεις είναι, για παράδειγμα, οι ήδη αντιμετωπιζόμενες κακοήθειες και οι χρόνιες μορφές ηπατίτιδας Β και C.
3. Οποιαδήποτε παρελθούσα ή τρέχουσα διάγνωση κάποιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής με ψυχωσικά ή μελαγχολικά στοιχεία, διπολικές συναισθηματικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, παραληρητικές διαταραχές οποιουδήποτε τύπου, άνοιες οποιουδήποτε τύπου, νευρογενής ανορεξία ή νευρογενής βουλιμία.
4. Χρήση ουσιών ή αλκοόλ την προηγούμενη διετία από την έναρξη της χρόνιας κόπωσης και σε οποιοδήποτε χρονικό διάστημα μετέπειτα.

5. Σοβαρή παχυσαρκία, όπως ορίζεται από το δείκτη σωματικής μάζας (BMI) ίσο ή μεγαλύτερο του 45.

➤ *Συνθήκες που δεν αποκλείουν την διάγνωση της ανεξήγητης κόπωσης :*

1. Οποιαδήποτε κατάσταση ορίζεται πρωταρχική από συμπτώματα που δεν επιβεβαιώνονται από εργαστηριακές εξετάσεις, όπως ινομυαλγία, αγχώδεις διαταραχές (γενικευμένη ή διαταραχή πανικού), σωματόμορφες διαταραχές (σωματοποιητική ή υποχονδρίαση), μη ψυχωσική κατάθλιψη.
2. Οποιαδήποτε κατάσταση υπό συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή, η αποτελεσματικότητα της οποίας τεκμηριώνεται αντικειμενικά. Τέτοιες καταστάσεις περιλαμβάνουν τον υποθυρεοειδισμό (η επάρκεια της θεραπείας υποκατάστασης επιβεβαιώνεται από τα φυσιολογικά επίπεδα της TSH) ή το άσθμα (η καταλληλότητα της θεραπείας ελέγχεται από τη σπειρομέτρηση ή από άλλες δοκιμασίες).
3. Οποιαδήποτε κατάσταση, όπως η νόσος Lyme ή η σύφιλη, που είχαν πλήρως αποκατασταθεί πριν από την εμφάνιση της χρόνιας επακόλουθης συμπτωματολογίας.
4. Οποιοδήποτε μεμονωμένο και ανεξήγητο κλινικό, εργαστηριακό ή απεικονιστικό εύρημα, που είναι ανεπαρκές για την πιστοποίηση ασθένειας, η ύπαρξης της οποίας αποκλείει την διάγνωση Χρόνιας Κόπωσης. Τέτοιο παράδειγμα είναι ο αυξημένος τίτλος αντιπυρηνικών αντισωμάτων, που όμως δεν επιβεβαιώνει την παρουσία νοσήματος του συνδετικού ιστού, αν δε συνυπάρχουν και άλλα κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα (Φωτιάδου , 1999).

Το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης αποτελεί μία νόσο, η οποία αναπτύσσεται με ραγδαίο ρυθμό ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια ή τουλάχιστον, έτσι πιστεύεται.

Ουσιαστικά, είναι η διάγνωση των περιστατικών που δίνει αυτή την εικόνα. Είναι μία κατάσταση, την οποία ο ασθενής δεν αποδέχεται εύκολα, χαρακτηρίζοντας αυτό που νιώθει ως μια απλή κόπωση. Ταυτόχρονα, οι ειδικοί (ιατροί) είναι μία άλλη ομάδα, η οποία εκφράζει δυσκολία στην πιστοποίηση του συνδρόμου. Οι λόγοι που προκαλούν την δυσκολία αυτή, μπορεί να είναι (α) η αμφιβολία του επαγγελματία όσον αφορά στο νοσολογικό status (β) η θέλησή του να αποφύγει τη συγκεκριμένη ιατρική ετικέτα και την ενίσχυση μη βοηθητικών πεποιθήσεων σχετικά με την

διαταραχή και (γ) η απουσία οποιουδήποτε παθογνωμικού συμπτώματος, σημείου ή εργαστηριακής εξέτασης, μπορεί να δυσχεραίνει τη διαγνωστική του δυνατότητα. Η επιδίωξη αυτή του επαγγελματία που αποσκοπεί κατά την γνώμη του στην ψυχολογική προστασία του ατόμου, μάλλον δεν είναι ωφέλιμη ως προς την κλινική κατάσταση. Τα άτομα χρειάζονται μια ειλικρινή διάγνωση για να κατανοήσουν τα συμπτώματά τους και να επιτύχουν την οργάνωση της κοινωνικής και εργασιακής τους προσαρμογής.

4.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΣΕΕ

Το σύνδρομο Εργασιακής Κόπωσης, αποτελεί μια νόσο, η οποία προσβάλλει σε μεγαλύτερο βαθμό άτομα τα οποία ασκούν λειτούργημα. Άτομα, δηλαδή, τα οποία προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στον άνθρωπο και δεν υπάρχουν υποστηρικτικές δομές για τα ίδια αυτά τα άτομα. Οποιοδήποτε από αυτά τα επαγγέλματα καθιστούν τα άτομα περισσότερο ευάλωτα και επιρρεπή στις διάφορες καταστάσεις (επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικοί, κ.λ.π.). Ο σκοπός και κατ' επέκταση η κάθε ενέργειά τους, περιστρέφεται γύρω από τον άνθρωπο και απαιτείται από αυτούς η σωστή και συνειδητή αντιμετώπισή του ως οντότητα.

Στην θεωρία, αναφερόμαστε στην μη ταύτιση του επαγγελματία με τον ασθενή ή τον οποιοδήποτε εξυπηρετούμενο, αλλά η προσπάθεια αυτή δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ο ψυχικός κόσμος του επαγγελματία παραμένει ανεπηρέαστος από τα γεγονότα που βιώνει καθημερινά, καθώς και δεν μπορεί να είναι τόσο απόμακρος από τις διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις. Το μακροχρόνιο άγχος και η κόπωση οδηγούν, συνήθως αναπόφευκτα, στην εμφάνιση της Εργασιακής Κόπωσης και τότε η μόνη επιλογή του επαγγελματία είναι να λάβει δραστικά μέτρα για να αποφευχθεί η αύξηση των επιπέδων αυτών. Οι περισσότεροι μελετητές κατηγοριοποιούν αυτά τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης σε ατομικές και οργανωτικές παρεμβάσεις.

Αναφερόμενοι στις ατομικές παρεμβάσεις εννοούμε τις προσπάθειες του ίδιου του ατόμου. Κατά τον ίδιο τρόπο, με τις οργανωτικές εννοούμε, τις παρεμβάσεις, οι οποίες πραγματοποιούνται από την Υπηρεσία ή το Τμήμα στο οποίο εργάζεται το άτομο (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου , 1999).

4.2.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Α. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων : Όπως σε κάθε νόσο, έτσι και στο Σύνδρομο Εργασιακής Κόπωσης η ιδανική θεραπεία είναι η ίδια η πρόληψη. Το σύνδρομο αυτό είναι γνωστό ότι εκδηλώνει κάποια συμπτώματα ως περιγραφή της ανισορροπίας του συστήματος του οργανισμού. Είναι πολύ σημαντικό, ο εργαζόμενος ο οποίος προσβάλλεται από το σύνδρομο αυτό, να συνειδητοποιήσει και να αντιληφθεί έγκαιρα την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Δεν πρέπει να θεωρήσει την κατάσταση εξουθένωσής του ως μια απλή φυσιολογική κόπωση, η οποία μπορεί να βελτιωθεί και να επανέλθει στα προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας μέσω μιας περιόδου ανάπαυλας. Γιατί είναι γνωστό το φαινόμενο των απουσιών απλώς από την εργασία (Absenteeism).

Οφείλει να εξετάσει τις ενδείξεις, τις οποίες παρουσιάζει και να μην συνεχίσει να εργάζεται με τον ίδιο σκληρό ρυθμό θέλοντας να αποδείξει την ψυχική δύναμη και αντοχή του τόσο στον ίδιο του τον εαυτό, όσο στους συναδέλφους και προϊσταμένους του.

Β. Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών : Ο κάθε νέος εργαζόμενος με την είσοδό του σε μια υπηρεσία επιδιώκει να εκπληρώσει τους στόχους, καθώς και τις προσδοκίες τις οποίες είχε ήδη θέσει. Στον χώρο της υγείας, οι προσδοκίες και οι στόχοι αυτοί περιστρέφονται γύρω από τον ασθενή και την κάλυψη των αναγκών του. Ο εργαζόμενος είναι διατεθειμένος να προσφέρει ό,τι περισσότερο μπορεί στο άτομο, αλλά παράλληλα έχει την προσδοκία να εισπράττει και αυτός κάτι από την προσπάθειά του. Η αναγνώριση αυτή, του ικανοποιεί πολλές φορές το «είναι» του, χωρίς αυτό να κρίνεται εγωιστικό. Ίσως, ο επαγγελματίας να επιδιώκει μέσα από την δουλειά του να γίνεται απαραίτητος για τους ασθενείς, ικανοποιώντας έτσι την προσωπική του ανάγκη να γίνεται αναγκαίος στους άλλους. Πολλές φορές, όμως, ο εργαζόμενος δεν εισπράττει αυτό που έχει ανάγκη είτε από τους ασθενείς τους οποίους εξυπηρετεί είτε από τους συναδέλφους ή τους προϊστάμενούς του με αποτέλεσμα να αναπτύσσει ένα συναίσθημα απογοήτευσης και ματαιώσης. Το συνεχές αυτό συναίσθημα μπορεί να οδηγήσει στην Εργασιακή Κόπωση, γι' αυτό ο επαγγελματίας για να την αντιμετωπίσει και να αποφύγει την εξέλιξή της θα πρέπει να αναθεωρήσει τις προσδοκίες και τους στόχους του.

Γ. *Αναζήτηση υποστήριξης* : Ο χώρος στον οποίο εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας, χαρακτηρίζεται τις πλείστες φορές από πόνο, αγωνία, ένταση και τη σκιά του θανάτου έξω από τις πόρτες (κυρίως, στα νοσοκομεία). Οι επαγγελματίες δεν είναι υπεράνθρωποι και τα συναισθήματά τους μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές και να χαρακτηρίσουν την προσωπικότητά τους. Άλλοτε, μπορούν να είναι ευτυχισμένοι για μία επίτευξή τους και άλλοτε να εκφράζουν την απόγνωση. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι επαγγελματίες αναζητούν στήριξη, ενθάρρυνση, κατανόηση και γενικά συμπαράσταση είτε από τους συναδέλφους τους είτε από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον. Είναι πολύ σημαντικό για αυτούς να υπάρχει κάποιο άτομο που ξέρει να ακούει και να βρίσκεται κοντά του όταν αυτός είναι ψυχολογικά φορτισμένος. Πολλές φορές, ενώ ο εργαζόμενος μπορεί να προσφέρει υποστήριξη στους ασθενείς, αδυνατεί να αναγνωρίσει ότι έχει κι αυτός ανάγκη για στήριξη. Διάφορες έρευνες (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου , 1993· Fontana , 1996· Φωτιάδου , 1999), τονίζουν ότι το άτομο που δέχεται στήριξη από το περιβάλλον του δεν βρίσκεται σε τόσο έντονο στρες και δεν είναι εύκολο να νοσήσει.

Δ. *Σωστή διατροφή, άσκηση καθώς και η επαρκής ανάπαυση* : Η διατροφή, η άσκηση συνοδευόμενη από την απαραίτητη ανάπαυση μπορούν να ενισχύσουν τον οργανισμό αποτρέποντας την εμφάνιση, αλλά και την εξέλιξη του φαινομένου της Εργασιακής Κόπωσης. Αυτά τα μέτρα έχουν τη δυνατότητα το κάθε ένα ξεχωριστά με το δικό του τρόπο να μειώνει αισθητά τα επίπεδα ανάπτυξης του άγχους και έτσι το άτομο να μην οδηγείται στο χρόνια στρες (Bährer-Kohler,2013).

Ε. *Επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρου εργασίας* : Η δυνατότητα επιλογής του χώρου, στον οποίο εργάζεται το άτομο αποτελεί βασικό κίνητρο για την πορεία του ως επαγγελματία. Αν του δοθεί η δυνατότητα αυτή, η απόδοσή του παρουσιάζεται αυξημένη και χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το αντικείμενό του. Είναι προετοιμασμένος για τις περιπτώσεις τις οποίες θα αντιμετωπίσει και θα είναι περισσότερο σε θέση να αντεπεξέλθει σε μία στρεσογόνο κατάσταση. Ο ίδιος κρίνει τον εαυτό του κατάλληλο γι' αυτή τη θέση, πράγμα το οποίο τον ενισχύει ψυχολογικά και του τονώνει το ηθικό ότι μπορεί να τα καταφέρει. Κατ' επέκταση, είναι σημαντικός ο σχεδιασμός για την επιλογή προσωπικού, την περιγραφή έργου και την επιλογή της σωστής θέσης εργασίας για να αποφευχθεί η ύπαρξη επιπλέον άγχους στον επαγγελματία και στη συνέχεια η εκδήλωση του

συνδρόμου της Εργασιακής Κόπωσης (Κάντας , 1995). Επίσης, ένας άλλος τρόπος, ο οποίος λαμβάνει χώρα για την αντιμετώπιση του Συνδρόμου Εργασιακής Κόπωσης, είναι η αλλαγή του εργασιακού χώρου. Η αλλαγή αυτή δεν θεωρείται απαραίτητα αντίδραση φυγής από τον επαγγελματία όταν γίνεται συνειδητά. Συνήθως, επιδιώκεται μετά από χρόνια εργασίας σε έναν χώρο, ο οποίος προκάλεσε κόπωση στο άτομο, με αποτέλεσμα να αναζητήσει κάτι άλλο για ξεκούραση ή για να αποφύγει την καθημερινή μονοτονία. Η προσπάθεια, όμως, αυτή για αντιμετώπιση της εξουθένωσης πρέπει να βρίσκει προετοιμασμένο τον επαγγελματία για να αποφύγει την εμφάνιση της ίδιας κατάστασης στην νέα του εργασία.

ΣΤ. Διαχωρισμός μεταξύ εργασίας και σπιτιού : Οι περισσότεροι εργαζόμενοι από την έναρξη της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας, θέτουν ως αρχή τον διαχωρισμό της προσωπικής τους ζωής από την εργασία. Επιδιώκουν να μην εμπλέκουν τα δύο και να ασχολούνται με τον καθένα την πρόπαισα στιγμή. Προσπαθούν να μην καλύπτει ο ένας χώρος τον άλλο, γιατί αυτό πιέζει ψυχολογικά τον επαγγελματία. Αυτό, βέβαια, ισχύει όταν η εργασία με την ένταση και το άγχος της έχει τη δυνατότητα, αν της δώσει το δικαίωμα ο επαγγελματίας, να καλύψει την προσωπική του ζωή. Η κάλυψη αυτή κατ' επέκταση, σημαίνει την εμφάνιση της Εργασιακής Κόπωσης σε μακροχρόνιο διάστημα.

Για αυτόν τον λόγο, τόσο προληπτικά, όσο και ως μέτρο αντιμετώπισης, πολλοί εργαζόμενοι καταλήγουν στο να αφήνουν ένα κενό μεταξύ της εργασίας και σπιτιού, διαθέτοντας ορισμένο χρόνο στον εαυτό τους για εκτόνωση. Σε αυτόν το χρόνο, μπορούν να ασχοληθούν με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που θα τους αναζωογονήσουν.

Πολύ σημαντικό κομμάτι πρόληψης και αντιμετώπισης είναι και η κατανομή του χρόνου στις σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους, τη σχέση με τον εαυτό και τη διασκέδαση (Bährer-Kohler,2013).

4.2.2. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο

Α. Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στη κατάλληλη θέση : Η κάθε οργάνωση οφείλει να στελεχώνει τα τμήματά της, όχι μόνο με εξειδικευμένο και ικανό προσωπικό, αλλά να τα ενισχύει και με τα κατάλληλα άτομα. Αυτό σημαίνει πως η

οργάνωση πρέπει να κάνει τις σωστές επιλογές ατόμων για την διάθεση των θέσεων της. Ως αποτέλεσμα της προσπάθειας αυτής, η ίδια η οργάνωση θα λειτουργεί πιο ολοκληρωμένα και αποδοτικά και το άτομο γνωρίζοντας τα καθήκοντά του δεν θα βιώνει καθημερινά άγχος, που θα τον οδηγήσει στην Εργασιακή Κόπωση.

Β. Δημοκρατική διοίκηση : Έχει καταγραφεί από διάφορους μελετητές, ότι η ύπαρξη μιας δημοκρατικής διοίκησης σε μια Υπηρεσία, μειώνει αισθητά την πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου της Εργασιακής Κόπωσης, σε αντίθεση με την ύπαρξη μιας διοίκησης αυστηρής και άκαμπτης. Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της Εργασιακής Κόπωσης. Σε αυτή την διοίκηση ο κάθε εργαζόμενος έχει την δική του αξία. Έχει δυνατότητα να εκφράσει τις απόψεις του και να διαφωνήσει χωρίς ενδοιασμούς με κάποιο συνάδελφο. Μια πιθανή απροσεξία ή ένας λάθος χειρισμός, δεν γίνεται εύκολα η αιτία παρατήρησης ή κριτικής. Υπάρχει σεβασμός και συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού. Παράλληλα, δίνονται ευθύνες και πρωτοβουλίες σε όλους τους εργαζομένους, κάνοντάς τους έτσι να νιώσουν σημαντικοί και ότι τόσο οι δυνατότητες όσο και οι ικανότητές τους είναι αναγνωρισμένες. Είναι σημαντικό ότι σε αυτού του είδους την διοίκηση δεν προωθούνται τα προσωπικά συμφέροντα. Επίσης, παρουσιάζεται ένα κλίμα συμπαράστασης και στήριξης των εργαζομένων μεταξύ τους. Έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν διάφορες περιπτώσεις, αλλά και δικούς τους προβληματισμούς, γεγονός που θα τους βοηθήσει να ξεπεράσουν προσωπικές ψυχολογικές πιέσεις στον χώρο (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς , 2003).

Γ. Η πολυμορφία στην εργασία : Όταν ένα άτομο εργάζεται χρόνια σε μια συγκεκριμένη θέση εργασίας, κάποια στιγμή η κατάσταση αυτή τον κουράζει και αρχίζει να αποστασιοποιείται συναισθηματικά. Για αυτό το λόγο, η υπηρεσία θα βοηθούσε ιδιαίτερα εάν εφαρμόζε ένα πρόγραμμα μετακίνησης των εργαζομένων σε όλα τα τμήματα. Το σημαντικό είναι ο εργαζόμενος να μην νιώσει παγιδευμένος σε μία κατάσταση, η οποία θα του προκαλεί άγχος (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου , 1986).

Για παράδειγμα, μία νοσοκόμα να μην ασχολείται συνεχώς με ασθενείς που πεθαίνουν, αλλά να ασχοληθεί και με ασθενείς με καλή πρόγνωση, να συμμετάσχει σε ερευνητικά προγράμματα ή να έχει διοικητικές ευθύνες. Επίσης, βοηθητικό στη

μείωση του άγχους, άρα και της εμφάνισης της Εργασιακής Κόπωσης μπορούν να αποβούν τα διαλείμματα και οι άδειες. Με αυτό τον τρόπο, δίνουν την ευκαιρία στους εργαζόμενους να απομακρυνθούν για λίγο από το χώρο και την καθημερινότητα και έτσι να ηρεμήσουν (Jones, 1999).

Δ. Ομάδες υποστήριξης : Οι εργαζόμενοι σε Υπηρεσίες Υγείας, όπως έχει αναφερθεί και προηγούμενα, έρχονται συχνά αντιμέτωποι με καταστάσεις, οι οποίες αναστατώνουν σε μεγάλο βαθμό τον ψυχικό τους κόσμο, εάν δεν έχουν επεξεργαστεί τα συναισθήματα τα οποία τους προκαλούνται. Η λειτουργία μίας ομάδας υποστήριξης από την υπηρεσία, έχει την δυνατότητα να οδηγήσει στην βελτίωση της ψυχικής αυτής διάθεσης των ατόμων (Δούκα , 2004).

Οι καθημερινές στρεσογόνες καταστάσεις τις οποίες βιώνουν, έχουν τέτοια ποικιλία, που μπορεί να προκαλέσει στο άτομο σύγχυση και αδυναμία για να τις επεξεργαστεί και να τις αντιμετωπίσει ταυτόχρονα. Αποτέλεσμα αυτής της αδυναμίας, είναι τα συναισθήματα τα οποία θα αναπτυχθούν να τον καταβάλουν, και να οδηγήσουν στην ανισορροπία του ψυχικού του κόσμου. Το ενδιαφέρον, όμως, της υπηρεσίας υγείας για τους εργαζόμενους της και η λειτουργία μιας ομάδας στήριξης δίνει την ευκαιρία στα άτομα (α) να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, το θάνατο και τη ζωή (β) να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο εργασίας (γ) να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων και (δ) να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου , 1999).

Ταυτόχρονα, τέτοια ομάδα, έχει την δυνατότητα ανάπτυξης δεσμών μεταξύ των μελών της. Δεσμοί, οι οποίοι σημαίνουν αλληλοκατανόηση, αλληλοϋποστήριξη, αλληλοσεβασμό και έχουν την ευκαιρία να οδηγήσουν τόσο στην αποφυγή της αύξησης του επιπέδου της απομόνωσης, του άγχους και κατ' επέκταση του συνδρόμου της Εργασιακής Κόπωσης. Είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι η λειτουργία μιας τέτοιας ομάδας δεν έχει θετικό αντίκτυπο μόνο στο προσωπικό υγείας, αλλά και στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αφού με αυτό τον τρόπο αυτοί θα γίνονται χρήστες μιας πιο ποιοτικής και ανθρώπινης φροντίδας (Πανταζοπούλου- Φωτεινά , 2003).

Ε. *Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης* : Ολοκληρώνοντας οι επαγγελματίες υγείας την βασική εκπαίδευσή τους, δεν έχουν επαρκείς ουσιαστικές γνώσεις γύρω από την ψυχολογία του ασθενή. Η έλλειψή τους αυτή, έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για το τι θα αντιμετωπίσουν στον χώρο εργασίας τους, ιδιαίτερα εάν αυτός είναι κάποιο Ογκολογικό ή Εντατικό Τμήμα Παρακολούθησης. Οι ασθενείς, καθώς και οι οικογένειές τους σε τέτοιες περιπτώσεις έχουν ανάγκη τους επαγγελματίες όχι μόνο στο ιατρικό κομμάτι, αλλά και στο ψυχολογικό. Η απόγνωση αυτή που πιθανόν νιώθει ο εργαζόμενος λόγω της αδυναμίας του να ανταποκριθεί στις ανάγκες, καθώς και στις προσδοκίες των ασθενών του, αυξάνει ολοένα τα επίπεδα άγχους του. Σε αυτό το σημείο, καλείται η διοίκηση να οργανώνει και να πραγματοποιεί εκπαιδευτικά σεμινάρια και διαλέξεις γύρω από θέματα που αφορούν την ψυχική φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών τους, καθώς και γύρω από θέματα που αφορούν νέες γνώσεις και δυνατότητες στον τομέα της ιατρικής και νοσηλευτικής (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999).

Η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση του προσωπικού υγείας κρίνεται απαραίτητη, κατά πρώτο λόγο για τον εμπλουτισμό των γνώσεων, την διαμόρφωση των στάσεων και της συμπεριφοράς των ατόμων και κατά δεύτερο, για να έχουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους την πρέπουσα αντιμετώπιση. Τόσο η αυτοπραγμάτωση, όσο και η ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από τον επαγγελματία θα οδηγήσουν στην πρόληψη, αλλά και στην αντιμετώπιση του φαινομένου της Εργασιακής Κόπωσης.

4.3 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΕΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.3.1 Ο ρόλος της Συμβουλευτικής - Συμβουλευτικές ανάγκες ατόμων με ΣΕΕ

Η συμβουλευτική διαδικασία αποτελεί το αποκορύφωμα της επιστήμης της Συμβουλευτικής, καθώς μέσα από αυτήν εφαρμόζονται στην πράξη οι έννοιες και τα χαρακτηριστικά της Συμβουλευτικής Ψυχολογίας και είναι σήμερα αποδεκτή ως μία πολύ σημαντική παράμετρος που καθορίζει το επίπεδο της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης (Symeou, 2012). Η κάθε συμβουλευτική θεωρία ακολουθεί μια συγκεκριμένη συμβουλευτική διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται άμεσα ο/η Σύμβουλος και ο συμβουλευόμενος.

Πρόκειται για την αλληλουχία μιας σειράς γεγονότων, τα οποία συνδέονται άμεσα με τα θέματα για τα οποία ο συμβουλευόμενος καλεί τον σύμβουλο σε βοήθεια, με τους στόχους που τίθενται, με τις τεχνικές και τις στρατηγικές που ακολουθούνται, καθώς και με τα αντίστοιχα τρία στάδια, τα οποία αναλύονται παρακάτω (Δημητρόπουλος, 2001).

Ο βασικός στόχος της Συμβουλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο αποτελεσματικά και να επιφέρει την μερική ή ολική αντιμετώπιση του προβλήματός του, με αποτέλεσμα την ενεργοποίησή του και την επαρκέστερη λειτουργία του. Στο πλαίσιο αυτό, ο/η Σύμβουλος καλείται να κατανοεί τον συμβουλευόμενο με ενσυναίσθηση, δηλαδή με κατανόηση, με γνησιότητα, δηλαδή με επίγνωση των εμπειριών του, καθώς και με απεριόριστο και θετικό σεβασμό γεγονός που θα κάνει τον συμβουλευόμενο να νιώθει αποδεκτός (Δημητρόπουλος, 2001).

Στις περιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο ρόλος της Συμβουλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει όσο το δυνατόν μεγαλύτερο βαθμό αυτογνωσίας και αυτοελέγχου, ώστε να γίνει υπεύθυνο και αυτοελεγχόμενο άτομο που θα μπορεί να προγραμματίζει τις ενέργειές του, θα θέτει στόχους και θα αποδέχεται τα λάθη και τις αδυναμίες του. Αυτά μπορεί να επιτευχθούν μέσα από την ανάλυση της προσωπικότητας του ατόμου με τη βοήθεια του συμβούλου-ψυχολόγου και μέσα από τη σχέση που μπορεί να αναπτυχθεί μεταξύ τους (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2001).

Όσον αφορά στην οριοθέτηση των στόχων της Συμβουλευτικής θα πρέπει να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στους στόχους διαδικασίας και στους στόχους έκβασης. *Οι διαδικαστικοί στόχοι* αφορούν και το σύμβουλο και το συμβουλευόμενο και συνδέονται με την ύπαρξη κατάλληλων συνθηκών, ώστε να πραγματοποιηθεί η επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς. *Οι στόχοι έκβασης* αφορούν στους λόγους για τους οποίους το άτομο ζήτησε τη βοήθεια του συμβούλου. Οι παραπάνω στόχοι θα πρέπει να είναι σαφείς, αφού μόνον τότε διευκολύνεται η επίτευξή τους μέσα από τη συμβουλευτική διαδικασία (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2001).

Το ΣΕΕ και το εργασιακό άγχος εμπίπτει στα αντικείμενα της εργασιακής συμβουλευτικής που εφαρμόζεται σε χώρους εργασίας και ασχολείται με τα προβλήματα που προκύπτουν από την εργασία, έχει δε στόχο τη βελτίωση της

εργασιακής τους απόδοσης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την πληρέστερη προσαρμογή του εργαζόμενου και την ικανοποίησή του από την εργασία, ώστε να αποδίδει περισσότερο και καλύτερα. Η εργασία βοηθάει στην ικανοποίηση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών του εργαζομένου, ενώ η επαγγελματική του ικανοποίηση εξαρτάται από τις προσδοκίες που έχει το άτομο από τη δουλειά και από την επιτυχία του (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2001).

4.3.2 Ο ρόλος του συμβούλου- Γενικά χαρακτηριστικά και ειδικές δεξιότητες για τον χειρισμό του ΣΕΕ

Κλειδί για την ανάπτυξη και επιτυχία της σχέσης συμβούλου και συμβουλευόμενου είναι η σχέση αυτή να είναι καλά οργανωμένη και προγραμματισμένη με προσοχή. Έτσι, μόνον, μπορεί να οδηγήσει στην αντιμετώπιση και επίλυση του προβλήματος. Ακόμη, για τη σωστή λειτουργία της σχέσης είναι απαραίτητη η σωστή χρήση των μεθόδων και τεχνικών που θα χρησιμοποιηθούν και η τήρηση αρχών και κανόνων και από τις δύο μεριές του συμβούλου και του συμβουλευόμενου.

Σε μία επιτυχημένη συμβουλευτική σχέση σημαντικός παράγοντας αναδεικνύεται η συμπεριφορά του συμβούλου, ο οποίος πρέπει να διαθέτει ορισμένα χαρακτηριστικά και ειδικές δεξιότητες, όπως ειλικρίνεια, συνέπεια, σταθερότητα, να δείχνει ενδιαφέρον, συμπάθεια, σεβασμό και κατανόηση προς το συμβουλευόμενο. Επίσης, πρέπει να είναι συμβιβαστικός, δημοκρατικός, ευγενικός και ευέλικτος (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2001).

Είναι σημαντικό ο σύμβουλος να τηρεί τα όρια των ικανοτήτων, δυνατοτήτων και γνώσεων του απαρέγκλιτα και να αποφεύγει να περνάει σε επίπεδα βοήθειας, στα οποία δε διαθέτει τις απαιτούμενες δεξιότητες και γνώσεις. Δεν πρέπει να τηρεί κριτική στάση απέναντι στο άτομο και τη συμπεριφορά του, δεν πρέπει να είναι απόλυτος, αλλά συμβιβαστικός και ευέλικτος (Δημητρόπουλος, 1999).

Διερχόμενος/η ο/η σύμβουλος το καθένα από τα τρία στάδια της Συμβουλευτικής (διερεύνησης, ενόρασης, δράσης), αναπτύσσει αντίστοιχες δεξιότητες, με τις οποίες δύναται να διευθύνει σωστά τη συμβουλευτική σχέση. Οι συγκεκριμένες δεξιότητες χρησιμοποιούνται καθόλη τη διάρκεια της συμβουλευτικής

διαδικασίας και συγκεκριμένα συμβάλλουν στη δόμηση της σχέσης, στη διάγνωση των αναγκών του/της συμβουλευόμενου/ης και στην οριοθέτηση των στόχων. Μέσω των δεξιοτήτων αυτών, ο/η σύμβουλος εμπνέει στον/στη συμβουλευόμενο/η φιλικότητα, αποδοχή, ενσυναίσθηση και εμπιστοσύνη.

Παράλληλα, τον/την ενθαρρύνει να συνεχίσει την παρουσίαση του προβλήματός του και την εις βάθος διερεύνησή του.

Ωστόσο, πολλές φορές, ορισμένες παράμετροι που εμφανίζονται στη συμβουλευτική σχέση, επηρεάζουν τον/τη σύμβουλο στο να ασκήσει αποτελεσματικά το επάγγελμά του/της. Δύο από αυτές τις παραμέτρους είναι: η προσωπικότητα και τα χαρακτηριστικά του/της. Με τον όρο «προσωπικότητα» εννοούμε τους χαρακτηριστικούς τρόπους με τους οποίους σκέφτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται ένας άνθρωπος, οι οποίοι τον κάνουν να είναι μοναδικός. Έτσι, οι προκαταλήψεις, οι πεποιθήσεις, τα πιστεύω και γενικά ο τρόπος σκέψης και συμπεριφοράς του συμβούλου, τον επηρεάζουν στο να ασκήσει με αποτελεσματικό τρόπο το επάγγελμά του. Ουσιαστικά, μιλάμε για εκείνα τα χαρακτηριστικά που είναι εγγενή στον άνθρωπο και συνήθως παραμένουν σταθερά σε όλη τη διάρκεια της ζωής του (ευαίσθητος, ζεστός, δείχνει αποδοχή και κατανόηση ή πιο επαγγελματική στάση, αντικειμενικός, απόμακρος).

Ένας σύμβουλος με θεωρητική και κλινική γνώση, που όμως του λείπουν ανθρώπινες αρετές, όπως συμπόνια, καλή πίστη, ειλικρίνεια, αυθεντικότητα, ευαισθησία, είναι σχεδόν τεχνοκράτης (Corey, 2001). Εάν ο/η σύμβουλος δεν έχει ενσυναίσθηση (κατανόηση), απεριόριστο θετικό σεβασμό (μη κτητική «ζεστασιά», φροντίδα, αποδοχή άνευ όρων) και συνοχή (γνησιότητα, αλήθεια, ανοιχτός στη σκέψη και στη θεραπευτική σχέση, παρουσία «ψυχή τε και σώματι»), σύμφωνα με τον Rogers (1957), δεν μπορεί να ασκήσει αποτελεσματικά το επάγγελμά του.

Κατά συνέπεια, στην αλληλεπίδραση της συμβουλευτικής σχέσης εμπλέκονται σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα, υποθέσεις, ερωτήσεις και εμπειρίες τόσο του συμβουλευόμενου, όσο και του συμβούλου (Δανιηλίδου, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, οι δεξιότητες που αναπτύσσει ο/η σύμβουλος είναι οι εξής:

- *Δεξιότητες προσεκτικής ακρόασης:* στην περίπτωση αυτή, ο/η σύμβουλος ακούει προσεκτικά τον συμβουλευόμενο, τα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματά του και ανταποκρίνεται σε αυτά. Στην περίπτωση αυτή και τα μη λεκτικά μηνύματα είναι εξίσου σημαντικά, καθώς με αυτόν τον τρόπο εκφράζονται τα συναισθήματα του συμβουλευόμενου. Ο/η σύμβουλος καλείται να διαθέτει ένα επαρκές επίπεδο αυτογνωσίας. Με αυτόν τον τρόπο ο συμβουλευόμενος μπορεί να εξερευνήσει τον εαυτό του, να έρθει σε επαφή με τη συναισθηματική του κατάσταση, καθώς και να λάβει την ανάλογη ενθάρρυνση, ώστε να εκφράσει τις απόψεις, τις εμπειρίες του και τα συναισθήματά του. Με αυτόν τον τρόπο και ο/η σύμβουλος αποκτά μια πλήρη εικόνα για το συμβουλευόμενο.
- *Η ενσυναίσθηση:* η ικανότητα του συμβούλου να κατανοεί τον κόσμο των συμβουλευόμενων, έτσι όπως τον αντιλαμβάνονται εκείνοι (κατανόηση σ'αυτά που σκέφτονται, λένε και νιώθουν).
- *Ο σεβασμός-αποδοχή:* η αποδοχή των συμβουλευόμενων, άνευ όρων ως ξεχωριστά άτομα, ακόμα κι αν δεν συμφωνούν μαζί τους.
- *Η γνησιότητα:* η ικανότητα του συμβούλου από τη μια να έχει επίγνωση των δικών του εμπειριών και εσωτερικών λειτουργιών, ενώ ταυτόχρονα είναι σε θέση να κατανοεί τις εμπειρίες των συμβουλευομένων του.
- *Η αυτοαποκάλυψη:* η διαδικασία στοχευμένης αποκάλυψης πτυχών της προσωπικότητάς του.
- *Όρια και ευθύνη στη σχέση:* στην περίπτωση αυτή ο/η σύμβουλος θέτει σαφή όρια στη σχέση, δηλαδή τι δέχεται και τι απορρίπτει, χωρίς να θέτει όρους.
- *Η εστίαση:* το να επικεντρωνόμαστε στο θέμα ή στο πρόβλημα που θεωρείται σημαντικότερο (Δανιηλίδου,2008).
- *Ενεργή ανταπόκριση:* στην περίπτωση αυτή ο/η σύμβουλος, αφού ακούσει προσεκτικά το συμβουλευόμενο, καλείται να είναι σε θέση να επαναλαμβάνει, να παραφράζει και να ανακεφαλαιώνει, με άλλα λόγια να ανταποκρίνεται ενεργά στον συμβουλευόμενο.

- *Διερεύνηση*: η δεξιότητα αυτή καλλιεργείται και αναπτύσσεται μέσα από τη χρήση των ερωτήσεων, την επιλεκτική επανάληψη και την επεξηγηματική δήλωση. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι σε αυτή την περίπτωση πρέπει να γίνει μια προσεκτική χρήση των ερωτήσεων, καθώς σε πολλές περιπτώσεις, οι συσσωρευμένες ερωτήσεις λειτουργούν αρνητικά, σαν ένα είδος ανάκρισης, επηρεάζοντας αντίστοιχα τον συμβουλευόμενο. Μέσα από τη χρήση κλειστού τύπου ερωτήσεων, αναδεικνύεται το περιεχόμενο της σκέψης του συμβουλευόμενου, ενώ μέσα από τις ανοιχτές ερωτήσεις παρουσιάζεται και το συναίσθημά του και συνάμα ο συμβουλευόμενος διερευνάται σε βάθος. Γι αυτό το λόγο, η συγκεκριμένη δεξιότητα πρέπει να συνδυάζεται με άλλες δεξιότητες διερεύνησης. Στην επιλεκτική επανάληψη, ο/η σύμβουλος επαναλαμβάνει ορισμένα από τα λεγόμενα του συμβουλευόμενου, προκειμένου να διερευνήσει συγκεκριμένα στοιχεία της αφήγησής του, χωρίς ωστόσο να υποβάλλει ερωτήσεις. Στην επεξηγηματική δήλωση, ο/η σύμβουλος προβαίνει στο σχηματισμό μιας απλής πρότασης, με την οποία παροτρύνει τον συμβουλευόμενο να προσθέσει πληροφορίες στο θέμα.

- *Αντανεκλαστικές Δεξιότητες*: μέσω της αντανάκλασης του συναισθήματος ή της αντανάκλασης του περιεχομένου, ο/η σύμβουλος μπορεί να ενισχύσει το συναίσθημα ή το περιεχόμενο. Στην πρώτη περίπτωση, ο/η σύμβουλος επιλέγει με προσοχή τα συναισθήματα που επιλέγει να αντανεκλάσει, ενώ στη δεύτερη επιλέγει τα σημαντικότερα σημεία και πληροφορίες του πελάτη (Κολιάδης, 2010).

4.3.3 Συμβουλευτική και πρόληψη του ΣΕΕ

Η προληπτική Συμβουλευτική, έχει αναπτυχθεί, κυρίως, τα τελευταία χρόνια και προσπαθεί να πληροφορήσει και να ευαισθητοποιήσει τα άτομα στα θέματα που μπορεί να παρουσιαστούν στο μέλλον και στον τρόπο αντιμετώπισής τους. Η πρόληψη στο θέμα του ΣΕΕ αποτελεί μία απαραίτητη διάσταση της πρωτογενούς αντιμετώπισής του, μέσα από την οποία μπορεί να προληφθούν καταστάσεις και να εφαρμοστεί θεραπευτική αντιμετώπιση σε πολύ πρώιμα στάδια προτού εμφανιστούν σοβαρές σωματικές και ψυχικές διαταραχές (ΕΠΑΨΥ, 2013).

Ιδιαίτερα χρήσιμη στην πρόληψη και αντιμετώπιση του ΣΕΕ είναι η επιστήμη της Συμβουλευτικής, σύμφωνα με την οποία η εξελικτική πορεία του συμβουλευόμενου ατόμου περνά από τρία στάδια:

A) Το στάδιο της διερεύνησης, που αποσκοπεί στην κατανόηση του προβληματισμού.

B) Το στάδιο της ενόρασης, που βοηθά στην κατανόηση του εαυτού.

Γ) Το στάδιο της δράσης, που οδηγεί στην υποκατάσταση ή την επίλυση του προβλήματος (Carkhyff, 1969, στο Μαλικιώση-Λοΐζου, 2001).

Συγκεκριμένα, κατά το στάδιο της διερεύνησης, κυρίαρχος στόχος της συμβουλευτικής είναι να βοηθηθεί ο συμβουλευόμενος να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του και μέσα από αυτή την ελεύθερη έκφραση να οδηγηθεί στην κατανόηση της συμπεριφοράς του. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί όταν υπάρχει γνήσιο ενδιαφέρον από την πλευρά του συμβούλου, ώστε να μπορέσει ο συμβουλευόμενος να ανεχθεί το άγχος, τη δυσφορία και την ταλαιπωρία της διερεύνησης των συναισθημάτων του (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2001). Ουσιαστικά, ο ρόλος της βοηθητικής σχέσης είναι να διευκολυνθεί το άτομο, ώστε να διερευνήσει επώδυνα συναισθήματα, τα οποία είναι δύσκολο να εκφράσει.

Κατά το στάδιο της ενόρασης, ο συμβουλευόμενος αναγνωρίζει και κατανοεί καλύτερα την κατάσταση και τον εαυτό του, αφού η ενόραση τον βοηθά να δει κάτω από ένα άλλο πρίσμα την κατάσταση επαναπροσδιορίζοντας τις εμπειρίες του και αποκτώντας επίγνωση της συμπεριφοράς του. Οι βοηθητικές διαπροσωπικές δεξιότητες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την υλοποίηση των στόχων του σταδίου της ενόρασης είναι η ενεργητική ακρόαση, οι ανοικτές ερωτήσεις, η αντανάκλαση συναισθημάτων, κλπ..

Κατά το στάδιο της δράσης, οι στόχοι επικεντρώνονται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα μπορέσει να κατακτήσει νέες συμπεριφορές, αφού έχει διατεθεί απαραίτητος χρόνος στα προηγούμενα στάδια της διερεύνησης και της ενόρασης, έτσι ώστε ο συμβουλευόμενος να γνωρίζει καλά τον επιθυμητό του στόχο και να έχει αποκτήσει εμπιστοσύνη στον εαυτό του, ώστε να νιώθει σιγουριά για τις αποφάσεις που θα πάρει. Στο στάδιο αυτό, ο σύμβουλος οφείλει να ενθαρρύνει τον συμβουλευόμενο στις αποφάσεις που θα πάρει, να τον στηρίζει στις πιθανές τροποποιήσεις των αποφάσεών του και να διευκολύνει την επεξεργασία των συναισθημάτων του. Οι κυριότερες δεξιότητες που απαιτούνται για την επιτυχή περάτωση του σταδίου αυτού είναι η παροχή πληροφόρησης και η καθοδήγηση κατά

τη διάρκεια της οποίας ο σύμβουλος προτείνει πιθανά σενάρια δράσης στο συμβουλευόμενο (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2001).

4.3.4 Ο ρόλος του θετικού εργασιακού κλίματος στην αντιμετώπιση του ΣΕΕ

Ο ρόλος του θετικού εργασιακού κλίματος είναι σημαντικός στην αντιμετώπιση ΣΕΕ των επαγγελματιών υγείας, καθώς αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα σε ένα ήρεμο περιβάλλον με αρμονική συνύπαρξη, χωρίς συγκρούσεις. Σε κάθε υγειονομική μονάδα, η δημιουργία κλίματος οφείλεται στο σύνολο των δυναμικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ψυχολογικών, ακαδημαϊκών και φυσικών παραμέτρων του εργασιακού περιβάλλοντος και μπορεί να επηρεάσει την ψυχική διάθεση των εργαζομένων, κατά την εκτέλεση του θεραπευτικού τους έργου (Χατζηπαναγιώτου, 2003). Το κλίμα του νοσοκομείου επηρεάζεται από την πολυπλοκότητα της οργανωτικής δομής, από τον τρόπο που ασκείται η ηγεσία, τις ανάγκες, τους στόχους και τις επιδιώξεις που έχει το προσωπικό (Σαΐτης, 2008).

Σε ένα νοσοκομείο που υπάρχει θετικό κλίμα επικρατεί πνεύμα συναδελφικότητας και συνεργασία (Μαρούδας & Μπελαδάκης, 2006). Το αντίθετο συμβαίνει σε ένα καταθλιπτικό εργασιακό κλίμα, στο οποίο υπάρχει αίσθηση φθοράς και απογοήτευσης, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα εργασίας που προσφέρει ο επαγγελματίας και ελαχιστοποιεί την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής μονάδας (Μαρούδας & Μπελαδάκης, 2006).

Ο Διοικητής ενός νοσοκομείου ή ο Διευθυντής μιας Κλινικής μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο, ώστε να διαμορφωθεί ένα θετικό εργασιακό κλίμα, αφού αυτό εξαρτάται άμεσα από την προσωπική ικανότητα του Διοικητή/Διευθυντή να χειριστεί σωστά τον ανθρώπινο παράγοντα και λιγότερο από την ιδιότητά του και την εξουσία που του δίνει ο νόμος, στις παρακάτω τρεις κατευθύνσεις:

- (α) επικοινωνίας και συνεργασίας με τους κλινικούς της υγειονομικής του μονάδας,
- (β) επικοινωνίας με τους ασθενείς και
- (γ) επικοινωνίας και συνεργασίας με τους συγγενείς των ασθενών (Σαΐτης, 2008).

4.4 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΕΕ

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές μορφές δομημένης αξιολόγησης. Η πιο συνήθης μορφή είναι η χρήση μιας καθιερωμένης σειράς ερωτήσεων, οι οποίες καλύπτουν ευρύτερα πεδία. Το πλεονέκτημα της χρήσης τέτοιων ερωτήσεων είναι ότι επιτρέπει τις συγκρίσεις με άλλα άτομα. Φυσικά, αυτή η μορφή αξιολόγησης απαιτεί, επίσης, ειδική κατάρτιση, ιδιαίτερα για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Για να εκτιμήσει όλες τις δυνατότητες της αξιολόγησης και τα θέματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας αυτής, θα πρέπει κάποιος να παρακολουθήσει ειδικά μαθήματα επάνω στο αντικείμενο αυτό ή να παραπέμψει το θέμα σε έναν καταρτισμένο επαγγελματία σύμβουλο σταδιοδρομίας.

Οι Niles και Harris-Bowlsbey (2002) αναφέρουν ότι η αξιολόγηση έχει τρεις διαφορετικούς σκοπούς. Η πρώτη μορφή αξιολόγησης επικεντρώνεται στα χαρακτηριστικά των συμβουλευομένων, όπως η επαγγελματική ωριμότητα, οι παράλογες πεποιθήσεις ή η ικανότητα λήψης αποφάσεων. Κατωτέρω παρατίθενται ορισμένα από τα συνήθη τυπικά εργαλεία αξιολόγησης που εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία:

4.4.1 Δομημένη αξιολόγηση

Τα ακόλουθα ερωτηματολόγια επικεντρώνονται σε ορισμένα ζητήματα που διευκολύνουν ή εμποδίζουν τη διαδικασία επαγγελματικής ανάπτυξης ενός συμβουλευομένου:

- **Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικών Σκέψεων (CTI).** Προσδιορίζει τις παράλογες σκέψεις που, ίσως, εμποδίζουν τα άτομα να λάβουν επαγγελματικές αποφάσεις. Είναι κατάλληλο για μαθητές λυκείου και ενήλικες (Sampson, Peterson, Lenz, Reardon, & Saunders, 1996).
- **Κλίμακα Επαγγελματικών Αποφάσεων (CDS).** Μια κλίμακα σχεδιασμένη για να αξιολογεί την αναποφασιστικότητα που εμποδίζει τα άτομα να λάβουν σωστές επαγγελματικές αποφάσεις. Είναι κατάλληλο για μαθητές λυκείου και ενήλικες (Osipow, Carney, Winer, Yanico, & Koschier, 1997).

• **Το Ερωτηματολόγιο των Επαγγελματικών Πεποιθήσεων (The Career Beliefs Inventory).** Εξετάζει τις προβληματικές αυτοαντιλήψεις και κοσμοαντιλήψεις που εμποδίζουν τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη σταδιοδρομία. Είναι κατάλληλο για μαθητές λυκείου και ενήλικες (Krumboltz, 1991).

Η αξιολόγηση έχει ως στόχο να βοηθήσει τους συμβουλευόμενους και τους συμβούλους σταδιοδρομίας να μάθουν περισσότερα στοιχεία σχετικά με τον εαυτό και να προσφέρει έναν μηχανισμό για την εκτίμηση της προόδου ή της αλλαγής.

Τα ακόλουθα εργαλεία αξιολόγησης δίνουν βαρύτητα στα προσωπικά χαρακτηριστικά και παρέχουν πληροφορίες στα άτομα, ώστε να μπορούν να συγκρίνουν τα ατομικά τους προσόντα και τις δεξιότητες με τις απαιτήσεις του επαγγελματικού περιβάλλοντος. Ορισμένα από τα συνήθη εργαλεία έρευνας που επικεντρώνονται σε αυτό το στόχο είναι τα εξής:

- **Η Αυτοκατευθυνόμενη Διερεύνηση (SDS).** Ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τον τύπο προσωπικότητας και τα ενδιαφέροντα σε σχέση με έξι διαφορετικές ομάδες επαγγελμάτων. Ο ενδιαφερόμενος μπορεί να προμηθευτεί μόνος του αυτό το ερωτηματολόγιο, να βαθμολογήσει τον εαυτό του και να το αναλύσει. Το εργαλείο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μαθητές λυκείου, φοιτητές κολεγίου και ενήλικες (Holland, 1994).

- **Το Ερωτηματολόγιο Ενδιαφερόντων του Strong (SII).** Αυτό το ερωτηματολόγιο ευρείας βάσης χρησιμοποιεί τους τύπους του Holland (RIASEC) και παρέχει κλίμακες βασικών και γενικών ενδιαφερόντων, γενικά θέματα επαγγελματικής φύσεως, καθώς επίσης ειδικές κλίμακες και δείκτες, όπως εσωστρέφεια-εξωστρέφεια. Το πλαίσιο αυτό παρέχει συγκρίσεις μεταξύ του προφίλ των εξεταζόμενων και του προφίλ εργαζόμενων σε πολλά διαφορετικά επαγγέλματα. Ταιριάζει καλύτερα σε τελειόφοιτους έφηβους και ενήλικες (Campbell, Strong, & Hansen, 1991).

- **Το Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικών Ενδιαφερόντων του Jackson (JVIS).** Ένα ερωτηματολόγιο ενδιαφερόντων εκπαιδευτικού και επαγγελματικού σχεδιασμού (34 κλίμακες). Είναι κατάλληλο για μαθητές λυκείου, φοιτητές κολεγίου και ενήλικες. (Jackson, 1991).

▪ **Το Σύστημα Λήψης Επαγγελματικών Αποφάσεων των Harrington-O'Shea (CDMS).** Ένα σύστημα ανάλυσης επαγγελματικών ενδιαφερόντων και λήψης αποφάσεων που χρησιμοποιεί μια δομή όμοια με τους κώδικες του Holland. Το CDMS είναι κατάλληλο για μαθητές λυκείου και ενήλικες (Harrington & O'Shea, 1992).

▪ **Το Ερωτηματολόγιο Αναζήτησης Επαγγέλματος που Ταιριάζει στο Άτομο του Kuder (Kuder Career Search with Person Match).** Εξετάζει τα ενδιαφέροντα του συμβουλευομένου σε αντιστοιχία με δέκα κατηγορίες δραστηριοτήτων και έξι ομάδες επαγγελμάτων. Υπάρχει, επίσης, μια βάση δεδομένων την οποία μπορούν να χρησιμοποιούν οι εξεταζόμενοι για να συγκρίνουν τα αποτελέσματά τους και να συγκεντρώνουν πληροφορίες σχετικά με τα επαγγέλματα που ταιριάζουν περισσότερο στο προφίλ τους. Είναι κατάλληλο για μαθητές λυκείου, φοιτητές κολεγίου και ενήλικες (Zytowski & Kuder, 1999).

▪ **Το Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικών Προτιμήσεων Σταδιοδρομίας (COPS).** Εντάσσει τα ενδιαφέροντα του συμβουλευομένου σε 8 ομάδες, πέντε από τις οποίες μπορούν να χωριστούν σε επίπεδα επαγγελμάτων και δεξιοτήτων. Είναι κατάλληλο για μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, για φοιτητές κολεγίου και για ενήλικες (Knapp & Knapp, 1992).

▪ **Το Ερωτηματολόγιο Σχεδιασμού Σταδιοδρομίας (CPS).** Αξιολογεί ικανότητες και ενδιαφέροντα. Χρησιμοποιούνται οι τύποι ενδιαφερόντων του Holland και συνδέονται με το Χάρτη του Κόσμου των Επαγγελμάτων. Είναι κατάλληλο για μαθητές λυκείου, φοιτητές κολεγίου και ενήλικες (ACT, 1997).

▪ **Το Τεστ Συστοιχίας Γενικών Ικανοτήτων (GATB).** Αξιολογεί εννέα επαγγελματικές ικανότητες και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με το ερωτηματολόγιο ενδιαφερόντων της Αμερικανικής Υπηρεσίας Απασχόλησης (U.S. Employment Service). Είναι κατάλληλο για μαθητές λυκείου, φοιτητές κολεγίου και ενήλικες (Αμερικανική Υπηρεσία Απασχόλησης, 1982).

▪ **Ο Δείκτης Τύπων των Myers-Briggs (MBTI).** Αυτό το εργαλείο αξιολόγησης της προσωπικότητας βασίζεται στους τύπους του Carl Jung και προσφέρει ένα σύστημα βαθμολόγησης βασισμένο σε τέσσερις κλίμακες. Τα

αποτελέσματα μπορούν να συσχετιστούν με τα τυπικά προφίλ ατόμων που εργάζονται σε συγκεκριμένα επαγγέλματα και χρησιμεύουν ως σημείο αναφοράς για τη διευκόλυνση της καλύτερης επικοινωνίας στις ομάδες εργασίας. Είναι κατάλληλο για μαθητές λυκείου, φοιτητές κολεγίου και ενήλικες (Myers & Briggs, 1993).

Εκτός από αυτά τα εργαλεία αξιολόγησης που παρατίθενται ανωτέρω, υπάρχουν πολλά ηλεκτρονικά εργαλεία αξιολόγησης (όπως, τα DISCOVER και SIGI) που πρέπει να ληφθούν υπόψη.

Υπάρχουν, επίσης, ορισμένα δομημένα ερωτηματολόγια τα οποία διερευνούν πληρέστερα το αντικείμενό τους. Και σε αυτό το είδος ερωτηματολογίων, η διαδικασία είναι παρόμοια στο ότι οι συμβουλευόμενοι απαντούν σε ένα προκαθορισμένο σύνολο ερωτήσεων. Η διαφορά είναι ότι οι απαντήσεις ερμηνεύονται ελεύθερα, χωρίς συγκεκριμένη συγκριτική ανάλυση. Αυτά τα ερωτηματολόγια, συνήθως, δεν απαιτούν ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο γνώσεων και κατάρτισης για την αξιολόγησή τους.

Μια άλλη μορφή δομημένης αξιολόγησης είναι η ταξινόμηση καρτών. Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης διαδικασίας, τα υπό εξέταση θέματα αναγράφονται σε κάρτες ευρετηρίου και έπειτα ταξινομούνται με διαφορετικούς τρόπους (Gysbers & Moore, 1987).

Για παράδειγμα, ο σύμβουλος μπορεί να καταγράψει μια σειρά από αξίες σε κάρτες και έπειτα να ζητήσει από τους συμβουλευόμενους να επιλέξουν εκείνες που τους ταιριάζουν περισσότερο. Το ίδιο μπορεί να γίνει με λίστες ενδιαφερόντων, προσωπικών χαρακτηριστικών, δεξιοτήτων, χαρακτηριστικών του χώρου εργασίας, ή επαγγελματικών επιλογών. Γίνονται τρεις ομαδοποιήσεις των στοιχείων: όσα ταιριάζουν πολύ καλά, όσα δεν ταιριάζουν καθόλου και όσα έχουν απλώς κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται περαιτέρω ανάλυση, καθώς τα άτομα καλούνται να θέσουν σε σειρά τις κάρτες με τα στοιχεία που σημείωσαν το υψηλότερο επίπεδο ταύτισης.

Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι καρτών ταξινόμησης. Ορισμένοι κατασκευάζονται αυτοσχέδια από συμβούλους και άλλοι από άτομα που ειδικεύονται σε αυτό το είδος ανάπτυξης εργαλείων.

Με ορισμένες κάρτες ταξινόμησης, όπως την Έξυπνη Ταξινόμηση Καρτών Σταδιοδρομίας (Intelligent Career Card Sort, ICCS) (βλ. ιστοσελίδα www.intelligentcareer.net), παρέχεται ειδική εκπαίδευση, όπως συμβαίνει και με τα άλλα εργαλεία αξιολόγησης. Το ICCS περιλαμβάνει ορισμένες πρόσθετες διαδικασίες διερεύνησης σταδιοδρομίας και παρέχει, επίσης, την ευκαιρία για συγκριτική ανάλυση.

Πολλοί συμβουλευόμενοι καταφεύγουν στην επαγγελματική συμβουλευτική περιμένοντας ότι θα υποβληθούν σε ένα δραστικό τεστ που θα τους υποδείξει ακριβώς την ‘μαγική’ επαγγελματική λύση.

Ωστόσο, δεν υπάρχει κανένα τέτοιο εργαλείο, ούτε θα μπορούσε να υπάρξει με δεδομένη τη δυναμική και μεταβαλλόμενη φύση της κοινωνίας μας. Οι μέθοδοι δομημένης αξιολόγησης παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη διαδικασία διερεύνησης, αλλά είναι απαραίτητο να κατανοούνται οι περιορισμοί τους. Για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό να διαθέτει κάποιος την κατάλληλη κατάρτιση όταν αξιολογεί και χρησιμοποιεί αυτά τα εργαλεία (Amundson et al, 2009).

4.4.2 Περιορισμοί

Κατά τη χρήση των μεθόδων διερεύνησης της σταδιοδρομίας απαιτείται, επίσης, η αναγνώριση ορισμένων περιορισμών. Οι συμβουλευόμενοι έχουν συχνά μεγάλες προσδοκίες από τη χρήση των παραδοσιακών τεστ, και πρέπει να γίνουν κάποιες σχετικές διευκρινίσεις. Οι σύμβουλοι πρέπει να γνωρίζουν την κανονιστική δομή των τεστ που χρησιμοποιούν και να τα εφαρμόζουν κατάλληλα.

Ένα άλλο θέμα που πρέπει να εξετάζεται ώστε να διευκολύνεται η διερεύνηση της σταδιοδρομίας είναι η εφαρμοσιμότητα ορισμένων εργαλείων σε διαφορετικά περιβάλλοντα συμβουλευτικής (κουλτούρα, φυλή, φύλο, κοινωνικοοικονομική κατάσταση ή ηλικία).

Η χρήση δομημένων τεχνικών απαιτεί προσοχή. Αν γίνονται συγκρίσεις, υπάρχει η ανάγκη εξέτασης των τύπων ανθρώπων που χρησιμοποιήθηκαν ως πρότυπα στα διάφορα τεστ. Επίσης, θα πρέπει να εκτιμηθεί η συνάφεια και εφαρμοσιμότητα των θεμάτων ορισμένων τεστ.

Παρόλο που η εξαγωγή συγκρίσεων μπορεί σίγουρα να προσφέρει πλεονεκτήματα, οι συγκεκριμένες πληροφορίες χρησιμεύουν μόνο ως βάση (Amundson et al, 2009).

4.5 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΣΕ

4.5.1 Έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων

Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει στρες, επιτρέπει την ενασχόληση με τον εαυτό του πριν οδηγηθεί προοδευτικά στην επαγγελματική εξουθένωση. «Δεν νιώθω καλά... το σώμα μου με πονάει...δεν κοιμάμαι τις νύχτες...δεν μπορώ να σηκωθώ το πρωί...νιώθω εξαντλημένος/η, χωρίς να καταβάλω ιδιαίτερη ενέργεια, είμαι διαρκώς κρυωμένος/η...και το κυριότερο είναι ότι έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για την δουλειά και την ευαισθησία μου για τους αρρώστους...»

Συνήθως, αγνοούνται παρόμοιες ενδείξεις, γιατί ο εργαζόμενος πιστεύει ότι «αντέχει» ή ότι δεν είναι «αρκετά άρρωστος» για να φροντίσει τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να συνειδητοποιεί το πρόβλημά του όταν πλέον βρίσκεται στο στάδιο της απάθειας ή όταν εμφανίζει κάποια σοβαρή οργανική διαταραχή. Άλλοτε πάλι, για να αποδείξει στον εαυτό του και στους συναδέλφους του ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας ή στους υψηλούς προσωπικούς του στόχους, εντείνει τον ρυθμό της δουλειάς και αναλαμβάνει πρόσθετες ευθύνες που αυξάνουν το βαθμό της συναισθηματικής και σωματικής του εξάντλησης. Στην ουσία, τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στην βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες επιλογές και συνήθειες που έχει υιοθετήσει στην ζωή του (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2001).

4.5.2 Αντιμετώπιση και διαχείριση του εργασιακού άγχους στη συμβουλευτική πράξη

Η αντιμετώπιση και διαχείριση του εργασιακού άγχους είναι μία ιδιαίτερα ευαίσθητη υπόθεση και αφορά στην προσωπική εκτίμηση αυτού που το βιώνει, αφού ο ίδιος μπορεί μέσα από τον αυτοέλεγχο να εξετάσει τους λόγους που του προκαλούν αυτές τις αντιδράσεις (Fontana, 1995).

Ο τρόπος, όμως, που ένα άτομο χειρίζεται μία κατάσταση άγχους καθορίζεται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες, όπως είναι η κοινωνική στήριξη, η οικογένεια, η ηλικία, το φύλο, το ίδιο το γεγονός που προκαλεί το άγχος, η προσωπικότητα του ατόμου που εκτίθεται στην αγχώδη κατάσταση (Χατζηχρήστου, 2004).

Έτσι, σε ατομικό επίπεδο, ο ίδιος ο εργαζόμενος κάτω από τις συνεχείς υποδείξεις των ειδικών και μέσα από τη συμβουλευτική πράξη μπορεί να υιοθετήσει τεχνικές χαλάρωσης και διαχείρισης χρόνου, είτε ένα πρόγραμμα σωματικής άσκησης, καθώς και ορισμένες τεχνικές κοινωνικών επαφών, ώστε να επιτευχθεί κοινωνική στήριξη. Ακόμη, ο λειτουργός της Συμβουλευτικής δραστηριοποιείται στην κατεύθυνση της αλλαγής συμπεριφοράς του εργαζομένου, ώστε να αναμορφώνονται οι ανθρώπινες σχέσεις του (Δημητρόπουλος, 1999).

Οι Lazarus και Folkman (1984) προτείνουν δύο στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει κάθε άτομο με τις υποδείξεις του ειδικού. Η πρώτη αποτελεί μία προσωπική επιλογή που στηρίζεται σε ορισμένες δράσεις, όπως προσωπικές προσπάθειες επίλυσης των προβλημάτων, ηρεμία και στοχασμός. Οι επιλογές αυτές ενδέχεται να μην εξασφαλίζουν απόλυτη επιτυχία και να οδηγηθούν σε αποτυχία, ωστόσο αποτελεί σημαντικό γεγονός η προσωπική προσπάθεια του ατόμου. Η δεύτερη επιλογή στηρίζεται σε γνωστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως αυτοέλεγχος, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, αποδοχή ευθύνης και θετική επανεκτίμηση. Οι δράσεις αυτές δεν αλλάζουν άρδην την κατάσταση, ωστόσο βοηθούν να δοθεί μία νέα οπτική της κατάστασης γεγονός θετικό στην αντιμετώπισή της.

Ένας επαγγελματίας υγείας μπορεί να αναγνωρίσει τους λόγους της έντασής του διερωτώμενος αν οι αντιδράσεις του οφείλονται στο γεγονός ότι μειώνεται η προσωπικότητά του μετά από μία σύγκρουση στο εργασιακό του πλαίσιο με ασθενείς ή συναδέλφους. Όταν αναγνωρίσει τους λόγους του άγχους του, τότε μπορεί και να καταφέρει να ελέγξει τις αντιδράσεις του συγκεντρώνοντας την προσοχή του στην ακριβή φύση του προβλήματος. Είναι πολύ βασικό θέμα η διατήρηση του ελέγχου του θεραπευτικού πλαισίου, γεγονός που θα βοηθήσει τον επαγγελματία να αυξήσει την αυτοπεποίθησή του, αλλά και την ευχαρίστηση που αποκομίζει από τη βελτίωση

της θεραπευτικής διαδικασίας. Παράλληλα, με τις δεξιότητες ελέγχου μπορεί ο επαγγελματίας να αναζητήσει και να εφαρμόσει τις παρακάτω βοηθητικές τεχνικές όπως: να προσπαθήσει να μειώσει τη συγκινησιακή πίεση που προκαλεί ο φόβος και η οργή, να μην εστιάζει την προσοχή του στα λάθη και τις αποτυχίες, να καλλιεργήσει την αίσθηση του χιούμορ που μπορεί να αποφορτίσει μία τεταμένη κατάσταση, να καλλιεργήσει ένα ρεαλιστικό επίπεδο προσδοκιών από τους ασθενείς και τον εαυτό του, να εφαρμόζει τεχνικές σωματικής χαλάρωσης και τέλος να συζητά διεξοδικά τα προβλήματα που ανακύπτουν με φίλους και συναδέλφους. (Fontana, 1995).

Ο Kyriacou (2001) προτείνει δύο προσωπικές στρατηγικές, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει κάθε επαγγελματίας υγείας στην αντιμετώπιση του άγχους. Η πρώτη στρατηγική περιλαμβάνει τεχνικές άμεσης δράσης, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει για να μειώσει άμεσα το άγχος του και οι οποίες απευθύνονται στις πηγές που το δημιουργήσαν. Η δεύτερη στρατηγική περιλαμβάνει πνευματικές και φυσικές τεχνικές, που στοχεύουν στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους. Στις πνευματικές τεχνικές ο επαγγελματίας υγείας προσπαθεί να αλλάξει τον τρόπο αποτίμησης της κατάστασης που βιώνει, ενώ στις φυσικές τεχνικές περιλαμβάνονται εκείνες οι δραστηριότητες, οι οποίες τον βοηθούν να μειώσει την ένταση και την αγωνία που νιώθει.

Οι Kloska και Raemasut (1985) αναφέρουν ότι οι εργαζόμενοι για να αντιμετωπίσουν το άγχος τους καταφεύγουν σε προσωπικές στρατηγικές, όπως το διάβασμα, τη γυμναστική, τη συζήτηση με το σύζυγο ή τους φίλους και συναδέλφους, την τηλεόραση, το κάπνισμα και τη συναισθηματική απόσυρση.

Οι Δημητρόπουλος, Καλούρη και Αθανασούλα (2003, στο Μπαρμπούτη κ.ά. 2009), προτείνουν ένα συστημικό μοντέλο αντιμετώπισης του άγχους των εργαζομένων που περιλαμβάνει μέτρα άμεσης και έμμεσης παρέμβασης, τα οποία θα διαρκούν σε όλη την επαγγελματική ζωή τους, από τη στιγμή του διορισμού μέχρι την ώρα της συνταξιοδότησης. Μεταξύ των μέτρων που προτείνουν είναι τόσο η αντιμετώπιση των εξωτερικών παραγόντων όσο και των εσωγενών παραγόντων άγχους.

Στα μέτρα αντιμετώπισης των εξωτερικών πηγών άγχους περιλαμβάνονται η βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής του εργασιακού πλαισίου και η αναβάθμιση του κύρους των επαγγελματιών υγείας. Όσο αφορά στα μέτρα αντιμετώπισης των εσωγενών παραγόντων άγχους περιλαμβάνονται η βελτίωση της αυτοαντίληψης των επαγγελματιών, η επιμόρφωση, η οικονομική τους αναβάθμιση, η υποστήριξη και διδασκαλία τεχνικών κοινωνικών δεξιοτήτων από έμπειρους συναδέλφους, τύπου μεντόρων.

Η αντιμετώπιση του άγχους όπως διαπιστώνεται είναι ζωτικής σημασίας και για τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας, αλλά, και για την υπηρεσία του, καθώς επηρεάζεται όλη η θεραπευτική διαδικασία. Βέβαια, θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και με επιστημονικά μέσα, από μια υπηρεσία οργανωμένη από εξειδικευμένο προσωπικό συμβουλευτικής υποστήριξης με αντικείμενο την παροχή κατάλληλης στήριξης στα μέλη της υγειονομικής μονάδας (Αθανασούλα-Ρέππα και συν, 1999).

4.5.3 Επανεκτίμηση προσωπικών στόχων και προσδοκιών

Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, την σχέση με συναδέλφους και προϊσταμένους και την δουλειά του, γενικότερα, συμβάλλει στην αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό μερικών εξ αυτών. Όταν, για παράδειγμα, προσδοκά ότι η φροντίδα που παρέχει πρέπει να είναι αποτελεσματική, ότι με τις παρεμβάσεις του πρέπει να επηρεάζει τη ζωή των αρρώστων και ότι εκείνοι ανελλιπώς θα αναγνωρίζουν την προσφορά του, ότι θα δέχονται τις συμβουλές και τις οδηγίες του χωρίς να τις αμφισβητούν, τότε ο επαγγελματίας της υγείας γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος σε απογοητεύσεις, καθώς η πραγματικότητα δεν ανταποκρίνεται σε αυτές τις υψηλές και μη ρεαλιστικές προσδοκίες.

Κάθε μέλος του προσωπικού υγείας είναι σημαντικό να διερευνά τα προσωπικά κίνητρα που τον ώθησαν να επιλέξει ένα επάγγελμα άμεσα συνδεδεμένο με την φροντίδα ατόμων που υποφέρουν και πονούν. Τα αλτρουιστικά κίνητρα (π.χ. «θέλω να φροντίζω τους άλλους», «να σώζω ζωές», «να προσφέρω στο κοινωνικό σύνολο» κλπ) συνυπάρχουν με «εγωιστικά» κίνητρα, καθώς το άτομο επιδιώκει να ικανοποιηθεί, μέσα από τη δουλειά, ορισμένες προσωπικές του ανάγκες.

Για παράδειγμα, ένας εργαζόμενος μπορεί μέσα από το επάγγελμά του να επιδιώκει να ικανοποιήσει την δική του ανάγκη να τον έχουν οι άλλοι ανάγκη. Κάθε φορά που οι άρρωστοι είναι ανεξάρτητοι, έχουν τον τελικό λόγο στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους, παραγνωρίζουν την προσφορά του ή αναζητούν αλλού φροντίδα, ο επαγγελματίας βιώνει μια έντονη αίσθηση απογοήτευσης και ματαίωσης.

Αντίστοιχα, η προσωπική ανάγκη ενός άλλου επαγγελματία μπορεί να περιλαμβάνει την άσκηση επιρροής και έλεγχου σε δύσκολες καταστάσεις ή προκλήσεις, που συνήθως γίνονται αντιληπτές ως απειλητικές. Όταν, λοιπόν, οι παρεμβάσεις του δεν έχουν το αναμενόμενο θετικό αποτέλεσμα στην ζωή των ασθενών ή όταν οι προσπάθειές του δεν μπορούν να ανατρέψουν την καταληκτική εξέλιξη της υγείας τους, τότε ο επαγγελματίας βιώνει ενοχές και έντονη αίσθηση προσωπικής αποτυχίας και αδυναμίας που τον καθιστά ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Είναι φανερό ότι οι προσωπικές προσδοκίες, ανάγκες και στόχοι του επαγγελματία επηρεάζουν την συμπεριφορά του και συχνά αποτελούν μια από τις σημαντικότερες πηγές πρόκλησης χρόνιου στρες (Αθανασούλα-Ρέππα και συν, 1999).

4.5.4 Διαχείριση μη ορθολογικών πεποιθήσεων

Στον Πίνακα 4.1, ακολουθούν κατηγορίες σκέψεων και μη ορθολογικών πεποιθήσεων αναγνωρισμένες από ψυχολόγους που επιτρέπουν την εκδήλωση της ψυχικής δυσφορίας, του στρες, καθώς και του burnout (Οδηγός Burnout).

Πίνακας 4.1: Διαχείριση μη ορθολογικών πεποιθήσεων	
Μη ορθολογικές ιδέες και πεποιθήσεις	Συνεπαγόμενες ψυχικές καταστάσεις
ΠΡΕΠΕΙ να είμαι καλός και να τυγχάνω της επιδοκιμασίας των άλλων, αλλιώς δεν αξίζω τίποτε και	Κατάθλιψη, άγχος, αίσθημα αναξιοπρέπειας, φόβος λάθους

δεν πρέπει να με λαμβάνουν υπόψη	
Οι άλλοι ΠΡΕΠΕΙ να μου συμπεριφέρονται καλά, αλλιώς δεν αξίζει να τους λαμβάνω υπόψη	Εχθρότητα, οργή, μνησικακία, επιθετικότητα προς τους άλλους
Τα πράγματα ΠΡΕΠΕΙ να γίνονται όπως νομίζω ΕΓΩ, αλλιώς η κοινωνία θα πηγαίνει συνεχώς προς το χειρότερο	Χαμηλή ανοχή της ματαιώσης, τάση οίκτου προς εαυτό
ΕΠΑΨΥ, 2013	

4.5.5 Προσωπική ανάπτυξη και Αυτογνωσία

Η Συμβουλευτική διαχείριση του ΣΕΕ είναι σημαντικό να συνοδεύεται από διεργασία αυτογνωσίας που βοηθά το άτομο να κατανοήσει τις πραγματικές και συχνά ασυνείδητες αιτίες που του δημιουργούν άγχος, καθώς και τις μεθόδους αντιμετώπισης που εφαρμόζει. Χωρίς την απαραίτητη αυτογνωσία, ο επαγγελματίας υγείας διατρέχει τον κίνδυνο να οδηγηθεί ξανά στην επαγγελματική εξουθένωση, καθώς η μονιμότερη αλλαγή οφείλει να συνοδεύεται από την τροποποίηση αντιλήψεων, στόχων, προσδοκιών, στάσεων και συμπεριφορών (Αθανασούλα-Ρέππα και συν, 1999).

4.5.6 Συμβουλευτική εποπτεία

Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης δίνει την ευκαιρία στα μέλη του προσωπικού υγείας:

(α) Να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, τον θάνατο και την ζωή,

(β) Να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στον χώρο εργασίας,

(γ) Να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων και

(δ) Να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους (Cox & Andrews,1981· Kanas,1986· Rosenberg,1984).

Πρωταρχικός σκοπός παρόμοιων ομάδων είναι η μείωση του άγχους και η αύξηση της αυτοεκτίμησης των εργαζομένων. Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης συμβάλλει, επίσης, στην ενίσχυση της επικοινωνίας και αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας, γεγονός που ελαχιστοποιεί την αίσθηση απομόνωσης που προκαλεί η εξουθένωση. Όταν η θεραπευτική ομάδα του προσωπικού υγείας νιώθει «δεμένη» και «ισχυρή», είναι σε θέση να απορροφήσει την επιθετικότητα του αρρώστου και της οικογένειάς του που βρίσκονται σε κρίση, χωρίς να κινδυνεύει η συνοχή της. Οι συνέπειες από τη συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης δεν είναι ευεργετικές μόνο για τα μέλη του προσωπικού υγείας, αλλά και για τους αρρώστους και τις οικογένειές τους που γίνονται δέκτες υπηρεσιών υγείας.

Η συμβουλευτική εποπτεία απευθύνεται σε ένα εργαζόμενο ή μια ομάδα επαγγελματιών που με την υποστήριξη ειδικού συμβούλου αναγνωρίζουν και αξιοποιούν δημιουργικά τις ικανότητές τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας. Η βοήθεια που παρέχει ο σύμβουλος δεν στηρίζεται στην άποψη ότι το μέλος του προσωπικού υγείας είναι «προβληματικό» και χρειάζεται ψυχοθεραπεία. Αντίθετα, θεωρεί τον επαγγελματία ικανό και υπεύθυνο στον ρόλο του και συνεργάζεται μαζί του για την κατανόηση της κατάστασης που τον δυσκολεύει και την αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισής της (Steinberg,1989).

4.5.7 Ανάπτυξη Διεκδικητικότητας και Επικοινωνίας

- **Διεκδικητικότητα (Πώς να βοηθάμε τους άλλους χωρίς να βλάπτουμε τους εαυτούς μας)**

Η καθημερινή τριβή με την ασθένεια μπορεί εύκολα να αφήσει ίχνη, μερικές φορές πολύ έντονα, στην τυπική συμπεριφορά της καθημερινής ζωής των εργαζόμενων. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να μάθουν οι επαγγελματίες να προστατεύουν τους εαυτούς τους. Για να προστατέψει κανείς τον εαυτό του πρέπει να είναι διεκδικητικός (assertive).

Το να είναι κανείς διεκδικητικός σημαίνει:

- Να διαχειρίζεται κάθε κατηγορία διαπροσωπικών σχέσεων χωρίς να κατακλύζεται από τα συναισθήματα που αυτές διακινούν.
- Να υποστηρίζει την άποψή του ακόμη και αν είναι αντίθετη με εκείνη του συνομιλητή του, διατηρώντας ταυτόχρονα μια καλή σχέση μαζί του.
- Να είναι σε θέση να επικοινωνεί χωρίς φόβους και νοητικές αναστολές.
- Να μην καταβάλλεται από αισθήματα κατωτερότητας, ούτε να καυχιέται ναρκισσιστικά για τον εαυτό του.
- Να βιώνει με θετικό τρόπο τη σχέση του με τους άλλους.

Οι δεξιότητες που συνδέονται με τη διεκδικητικότητα μπορούν να βελτιώνονται.

➤ Οι Δεξιότητες Επικοινωνίας

A) Οι δεξιότητες ακρόασης:

Η ακρόαση είναι μια σημαντική δεξιότητα.

Μπορούμε να διακρίνουμε τρία διαφορετικά επίπεδα ακρόασης:

ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΚΡΟΑΣΗΣ 1 : Μπορούμε να πούμε ότι ο συνομιλητής μας παρουσιάζει το επίπεδο ακρόασης 1 όταν δεν μας κοιτάζει καταπρόσωπο, δείχνει απορροφημένος με άλλα πράγματα ενώ μιλά μαζί μας: με ένα τέτοιο επίπεδο ακρόασης δεν μπορούμε να επιτύχουμε την προσοχή που θα θέλαμε από αυτόν. Είναι προτιμότερο να αναβάλουμε τη συζήτηση ή το αίτημα για κάποια άλλη στιγμή.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΚΡΟΑΣΗΣ 2 : Μιλάμε για το επίπεδο ακρόασης 2 όταν υπάρχει βλεμματική επαφή, αλλά η στάση και η έκφραση του προσώπου δείχνουν μειωμένο

ενδιαφέρον. Ένα τέτοιο επίπεδο ακρόασης από την πλευρά του συνομιλητή, αν και καλύτερο από το προηγούμενο, δεν είναι ακόμη επαρκές για την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΚΡΟΑΣΗΣ 3 : Όταν ο συνομιλητής μας μάς κοιτάζει στο πρόσωπο και παρουσιάζει μια γενική έκφραση ενδιαφέροντος (όπως για παράδειγμα κάποια κίνηση του κεφαλιού ενώ εμείς μιλάμε) έχουμε να κάνουμε με ένα **ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ** και **ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΟ** επίπεδο ακρόασης. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα θέματα στα οποία αναφερόμαστε λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.

Μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμο το να εξασκηθούμε παρατηρώντας τις στάσεις αυτές στους άλλους. Κατά τον τρόπο αυτό, εξασκούμε τις ικανότητες κατανόησης της μη λεκτικής συμπεριφοράς και αυξάνεται η πιθανότητα να πετύχει η συζήτηση τους προκαθορισμένους στόχους της (Οδηγός Burnout).

B) Οι δεξιότητες προστασίας και άμυνας:

Τρόποι διαχείρισης της κριτικής των άλλων

Όταν κάποιος ασκεί κριτική στο έργο μας είναι πολύ χρήσιμο να είμαστε σε θέση να διακρίνουμε μεταξύ μιας εποικοδομητικής και μιας χειριστικής κριτικής.

Εάν αυτός που ασκεί κριτική το κάνει με υπεροπτικό τρόπο, εκφράζει θυμό, προσβάλλει και γενικεύει, είναι πολύ πιθανό να επιχειρεί μια επιθετική κριτική. Οποιοδήποτε και αν είναι το υπολανθάνον κίνητρο για αυτή την επιθετική κριτική, ο συνομιλητής δεν έχει την απαραίτητη ψυχολογική ετοιμότητα για να ακούσει τα επιχειρήματα του άλλου (Οδηγός Burnout).

Σε αυτή την περίπτωση συμφέρει να χρησιμοποιεί κανείς την τεχνική του να κατευθύνει τη συζήτηση αλλού. Η τεχνική αυτή χρησιμεύει στο να καταπραΰνει την επιθετικότητα του άλλου και να μεταθέτει τη συζήτηση σε μια επόμενη στιγμή.

Εάν αυτός που ασκεί κριτική δεν εξασκεί πολεμική, αλλά προβαίνει σε υποδείξεις για να επιτευχθεί κάτι καλύτερο, εάν το κάνει χωρίς να γίνεται επικριτικός ούτε προσβλητικός αλλά περιγράφοντας τα γεγονότα, αυτό θα πει ότι επιχειρεί μια δημιουργική κριτική. Μπροστά σε μια εποικοδομητική κριτική αυτό το οποίο ωφελεί είναι να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε το μήνυμα που ο άλλος επιχειρεί να μας

στείλει και για αυτό το λόγο συμφέρει να υιοθετήσουμε την τεχνική της Αρνητικής Διερεύνησης. Ρωτώντας το συνομιλητή σχετικά με τη κριτική του στάση, μπορεί κανείς να εμπλουτιστεί από τις παρατηρήσεις χωρίς να αισθάνεται επικρινόμενος (Οδηγός Burnout).

Είναι καλύτερο να προβαίνει κανείς σε εποικοδομητικές κριτικές προσπαθώντας να μην υποβιβάζει τους συνομιλητές του, ούτε να γενικολογεί και να γίνεται χειριστικός.

Είναι πολύ χρήσιμο, κατά τη διάρκεια της συζήτησης, οι συνομιλητές να έχουν βλεμματική επαφή, να υπάρχει η ικανότητα ακρόασης και να προτάσσονται τα διάφορα θέματα στη σωστή στιγμή.

Το άτομο που διαθέτει καλές κοινωνικές δεξιότητες ξέρει να:

- Επικοινωνεί με αποτελεσματικό και λειτουργικό τρόπο.
- Να σέβεται τα προσωπικά του δικαιώματα, τα δικαιώματα του συνομιλητή, και τους κανόνες της ομάδας.
- Να υιοθετεί συμπεριφορές, οι οποίες αρμόζουν στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο αλληλεπιδρά.

Ακολουθούν ορθές πρακτικές επικοινωνίας (Πίνακες 4.2 & 4.3) :

Πίνακας 4.2: Η Διαδικασία της διακοπτόμενης επικοινωνίας (* προτείνεται για ξένους)	
ΦΑΣΕΙΣ	ΤΥΠΟΙ
1) Αποδοχή της επαφής με στάση μερικής ευθύνης	Παρακαλώ; Πέστε μου. Τί θα επιθυμούσατε;

	Καθίστε
2) Ανταμοιβή	Σε άλλες συνθήκες θα με ενδιέφερε. Δεν αμφιβάλλω ότι άλλοι θα σας ικανοποιήσουν περισσότερο.
3) Άρνηση (ΕΠΙΜΟΝΗ)	Δεν ενδιαφέρομαι. Όχι, ευχαριστώ. Μου είναι αδύνατο.
ΕΠΑΨΥ, 2013	

Πίνακας 4.3: Η Διαδικασία της διασπώμενης προσοχής

(* προτείνεται για οικείους)

ΦΑΣΕΙΣ	ΤΥΠΟΙ
1) Επισήμανση της αδιακρισίας	Δεν επιθυμώ να μιλήσω για αυτό. Ας αφήσουμε αυτό το θέμα. Αυτές οι ερωτήσεις μου προκαλούν αμηχανία.
2) Ασύνδετες και παράλογες	Δεν είναι σωστό να επιμένετε.

απαντήσεις (ΕΠΙΜΟΝΗ)	Ωραίος καιρός! Έχετε δίκιο (διάφορες κοινοτοπίες)
ΕΠΑΨΥ, 2013	

4.5.8 Διαχείριση χρόνου

Ο έλεγχος και η διαχείριση του χρόνου μπορούν να επιτευχθούν μέσω των ακόλουθων ενεργειών :

1. Θέσπιση στόχων
2. Σχεδιασμό της εργασίας
3. Καθορισμό προτεραιοτήτων
4. Σχεδιασμό του χρόνου
5. Αποφυγή ενοχλήσεων και περισπασμών
6. Ανάθεση εργασιών (Sutherland & Cooper, 2003).

4.5.9 Διαχείριση συναισθημάτων - Καλλιέργεια Συναισθηματικής νοημοσύνης

Για πολλά χρόνια υπήρχε η εντύπωση ότι το συναίσθημα στον εργασιακό χώρο ήταν κάτι το αρνητικό. Η βίωση, αναγνώριση και εκδήλωση συναισθημάτων θεωρείτο σημάδι αδυναμίας, φορέας σύγχυσης και απομάκρυνσης από το δρόμο του ορθολογισμού και άρα των σωστών αποφάσεων. Στις τελευταίες δεκαετίες, όμως, τα πράγματα άλλαξαν (Goleman, 2001).

Είναι εύκολο να αγνοήσεις το συναίσθημα όταν δουλεύεις μόνος σου σε ένα γραφείο, είναι όμως αδύνατο να το κάνεις όταν δουλεύεις ως μέλος μια ομάδας όπου είναι φυσικό να δημιουργούνται συγκρούσεις, διαξιφισμοί, ιδιαίτεροι δεσμοί, συμπάθειες και συμμαχίες.

Και έτσι φτάσαμε να μιλάμε για συναισθηματική νοημοσύνη. Σύμφωνα με τον Goleman (1995) συναισθηματική νοημοσύνη είναι *«η ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς τα δικά του συναισθήματα και αυτά των άλλων, και να μπορεί να χειρίζεται αποτελεσματικά τα συναισθήματά του και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Εννοούμε την ικανότητα του ανθρώπου για αυτοεπίγνωση, αυτοκυριαρχία και αυτοέλεγχο, την ευσυνειδησία και τη δυνατότητα να μπαίνει στη θέση των άλλων και να τους κατανοεί, να ακούει προσεκτικά και να ασκεί επιρροή, να επικοινωνεί ουσιαστικά και να συνεργάζεται. και προϋποθέτει ορισμένες δεξιότητες»*.

Η συναισθηματική νοημοσύνη περιγράφει ικανότητες που είναι μεν διαφορετικές από τη γνωστική νοημοσύνη, αλλά και συμπληρωματικές σε αυτήν.

Με τον όρο 'συναισθηματική επάρκεια' δηλώνεται η ικανότητα ενός ατόμου να εκφράζει τα συναισθήματά του αποτελεσματικά κατά την αλληλεπίδρασή του με τους άλλους .

Στο επίπεδο 'άλλοι' ξεχωρίζουν, επίσης, δύο ικανότητες:

α) *την κοινωνική επίγνωση (social awareness)*, που περιλαμβάνει την ενσυναίσθηση (empathy), δηλαδή, τη δυνατότητα κάποιου να βλέπει τα πράγματα από τη σκοπιά των άλλων και να νιώθει όπως νιώθουν, τον προσανατολισμό προς την παροχή υπηρεσιών, δηλαδή, την ικανότητα κάποιου να αναγνωρίζει και να ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών, και την οργανωσιακή επίγνωση, δηλαδή, να μπορεί κανείς να αντιλαμβάνεται τα κυρίαρχα συναισθήματα μιας ομάδας, καθώς και τις σχέσεις ισχύος που κυριαρχούν σε αυτήν.

β) *τη διαχείριση σχέσεων (relationship management)*, που περιλαμβάνει το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη των άλλων, την επιρροή την επικοινωνία, το χειρισμό των συγκρούσεων, την οραματιστική ηγεσία, δηλαδή, την ικανότητα κινητοποίησης των ατόμων προς ένα κοινό όραμα, την ύπαρξη ως καταλύτη αλλαγής, δηλαδή το να μπορεί κανείς να επιφέρει και να χειρίζεται αποτελεσματικά την αλλαγή, το χτίσιμο δεσμών και την ομαδική εργασία και συνεργασία.

Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω, στην ιδανική του μορφή, ένας συναισθηματικά έξυπνος άνθρωπος:

- Διακρίνεται από αυτογνωσία σε υψηλό βαθμό, γνωρίζει τις δυνατότητες και τα όριά του και διαθέτει αυτοεκτίμηση και αυτοσεβασμό.
- Εξισορροπεί το ρεαλισμό και ορθολογισμό με την ηθική και την ακεραιότητα και δεν ακολουθεί τυφλά κανονισμούς όταν αισθάνεται ότι αυτοί παραβιάζουν τις αξίες του.
- Έχει φιλοδοξίες και υψηλούς στόχους και επιδιώκει με ενθουσιασμό την επιτυχία, χωρίς όμως να αφήνει την αυτοπεποίθησή του να καταρρακωθεί από την αποτυχία.
- Παίρνει πρωτοβουλίες και αντιμετωπίζει τα προβλήματα με αισιοδοξία, έχοντας πάντα στο νου του τον τελικό στόχο.
- Έχει διορατικότητα και ελέγχει την παρόρμησή του να υποκύψει στις στιγμιαίες κρίσεις.
- Καταβάλλει προσπάθεια να καταλάβει τις απόψεις των άλλων και να δει τα πράγματα από τη δική τους οπτική γωνία.
- Χρησιμοποιεί το συναίσθημα ως ραντάρ για να οξύνει τη διαίσθησή του και να 'διαβάζει πίσω από τις γραμμές'.
- Είναι ανοιχτός στο διάλογο και την κριτική και δεν μπαίνει σε θέση άμυνας όταν του γίνονται επικριτικά σχόλια.
- Μπορεί και ελέγχει τις προσωπικές του προκαταλήψεις και δεν τις αφήνει να επηρεάζουν την κρίση του και την εκτίμησή του για τις ικανότητες των άλλων (Baron,2000).

4.6 ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Τα προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης που έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία, τόσο στην ελληνική όσο και στην ξενόγλωσση, είναι ποικίλα. Γεγονός αποτελεί, όμως, ότι η διερεύνηση για την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων μπορεί να τεθεί υπό αμφισβήτηση.

Παρακάτω ακολουθούν κάποιες εξ'αυτών, ίσως των πιο βιβλιογραφικά συζητημένων, χωρίς αυτό να σημαίνει βέβαια την ακεραιότητα της αξιοπιστίας και εγκυρότητάς τους (Central and Eastern European Harm Reduction Network, 2006).

Ο σύμβουλος, εφόσον έχει εκπαιδευτεί στη θεραπευτική χρήση της **ενσυνειδητότητας (mindfulness)**, μπορεί να εκπαιδεύσει τον πάσχοντα επαγγελματία υγείας, ώστε να εφαρμόζει τις τεχνικές της ενσυνειδητότητας, προκειμένου να ελέγξει και να μειώσει το άγχος του. Τέτοιου είδους θεραπείες εφαρμόζονται σε διάφορες χώρες διεθνώς, όπως στην Κλινική Μείωσης Άγχους του Ιατρικού Κέντρου στο πανεπιστήμιο της Μασαχουσέτης (Santorelli, 1999).

Ένα από τα πιο συνηθισμένα προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης **είναι οι ομάδες εργασίας (workshops)** που περιλαμβάνουν ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας ενώ υπάρχουν και άλλα που διερευνούν την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων σεμιναρίων στη διαχείριση του άγχους (Wilmar et al, 2009).

Και στα δύο παραπάνω ωστόσο, παρατηρείται μια αρχική μείωση του στρες, αλλά για λόγους έλλειψης καταγραφής δεδομένων, είναι αδύνατη η συλλογή των μακροπρόθεσμων δεδομένων – αποτελεσμάτων. Πριν λίγα χρόνια, δε, αναπτύχθηκε ένα πρόγραμμα που βρίσκεται σε ερευνητικό επίπεδο ακόμη και συνδυάζει την παράλληλη έρευνα και εκπαίδευση των συμμετεχόντων. Το πρόγραμμα αυτό ονομάστηκε **“Πρόγραμμα της Εσωτερικής Κυριαρχίας”** (Van Dierendonck et al, 2008).

Άλλα προγράμματα που εφαρμόστηκαν μετέπειτα και έδειξαν θετικά αποτελέσματα στις επιπτώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, ήταν αυτό του **Freedy και Hobfoll**, το 1994 και αυτό του **Ewers και των συναδέρφων του**, το 2002. Στο πρώτο έγινε εκπαίδευση στην χρήση της κοινωνικής υποστήριξης και των ατομικών πόρων, ενώ στο δεύτερο πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις εργαζομένων ενός νοσοκομείου.

Ακόμη μία έρευνα, που έλαβε μέρος στην Ολλανδία, αφορούσε στην επίδραση ενός **προγράμματος συμβουλευτικής καριέρας με τη χρήση ομαδικών**

συνεδριών και ατομικής συμβουλευτικής. Τα αποτελέσματά της κατέγραψαν βελτίωση της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων (Gorter et al, 2001).

Η **Kobasa** (1986) και άλλοι κλινικοί (Fischman,1987) διοργανώνουν εκπαιδευτικά **προγράμματα ή σεμινάρια που αποσκοπούν στην αύξηση του προσωπικού ελέγχου του επαγγελματία και στη χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης των δυσκολιών**, οι οποίες ερμηνεύονται περισσότερο ως προκλήσεις παρά ως απειλές.

Τα προγράμματα αυτά εστιάζονται στους ακόλουθους τομείς:

(α) Επικέντρωση στις ενδείξεις που υποδηλώνουν σωματικό στρες και έγκαιρη αναγνώριση των πιθανών αιτιών.

(β) Επικέντρωση στις δυνάμεις του ατόμου και στην αξιοποίησή τους για την αντιμετώπιση μια δύσκολης κατάστασης, την οποία μαθαίνει να αξιολογεί ως «πρόκληση».

(γ) Αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό των στρεσογόνων καταστάσεων, γεγονός που επιτρέπει στον εργαζόμενο να αναζητήσει εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισής τους και να ασκήσει περισσότερο έλεγχο πάνω σε καταστάσεις που τον αφορούν.

Αντίστοιχα, και άλλοι επιστήμονες συνιστούν την **εκμάθηση στρατηγικών επίλυσης των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας και την αύξηση αυτοελέγχου του εργαζόμενου** (Ceslowitz,1989·Lachman,1983). Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, οποιαδήποτε εκπαίδευση να ενθαρρύνει το βαθύτερο προβληματισμό σχετικά με τον ρόλο των μελών του προσωπικού υγείας και την φιλοσοφία που διέπει την φροντίδα που παρέχουν στον άρρωστο και στην οικογένειά του. Όταν κύριος και αποκλειστικός στόχος θεωρείται η διάγνωση, η θεραπεία και η διατήρηση της ζωής με κόστος, τότε ο άρρωστος δεν θεωρείται ένα ξεχωριστό, μοναδικό άτομο με την δική του προσωπικότητα, ιδιοσυγκρασία και ψυχικές ανάγκες, ενώ η οικογένεια περιθωριοποιείται γιατί αποτελεί «εμπόδιο» στην δουλειά των ειδικών.

Τα τελευταία χρόνια, δε, υπάρχει και μία τάση για θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως ένα **Πρόγραμμα Συναισθηματικής Νοημοσύνης**.

Αντίθετα με τη γνωστική νοημοσύνη, που αναπτύσσεται στα πρώτα χρόνια της ζωής κι έχει μικρά περιθώρια βελτίωσης από κει και πέρα, η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να βελτιωθεί.

Διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης για βελτίωση της συναισθηματικής νοημοσύνης δημιουργούνται συνεχώς, γι αυτό χρειάζεται προσοχή στην επιλογή του κατάλληλου εκπαιδευτικού προγράμματος, που θα ανταποκρίνεται πραγματικά στις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας και θα αποφέρει μακροχρόνια αποτελέσματα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το Πρόγραμμα που εφάρμοσε ο **Καθηγητής Richard Boyatzis στο Case Western Reserve University των ΗΠΑ** για τη βελτίωση των συναισθηματικών ικανοτήτων φοιτητών, όπου με συγκεκριμένες δραστηριότητες στόχευσε στη βελτίωση των ικανοτήτων συναισθηματικής νοημοσύνης του συστήματος του Goleman. Τα αποτελέσματα από τέσσερις 'φουρνιές' φοιτητών πλήρους παρακολούθησης (full-time) το 1992,1993,1994 και 1995 έδειξαν στατιστικά σημαντική βελτίωση του 71% των ικανοτήτων Διαχείρισης Εαυτού, 100% των ικανοτήτων Κοινωνικής Επίγνωσης και 50% των ικανοτήτων Διαχείρισης Σχέσεων.

Η συναισθηματική νοημοσύνη, λοιπόν, μπορεί να βελτιωθεί, χρειάζεται όμως μεθόδευση, υπομονή και πάνω απ' όλα επιθυμία από το ίδιο το άτομο να αλλάξει.

Ενδεικτικά, τα βασικά βήματα ενός προγράμματος εκπαίδευσης συναισθηματικής νοημοσύνης μπορούν να συνοψιστούν στα εξής (Goleman, 1998):

- **Αξιολόγηση της εργασίας και εντοπισμός των ικανοτήτων συναισθηματικής νοημοσύνης που είναι απαραίτητες για τη συγκεκριμένη εργασία**

Όλα τα εργασιακά αντικείμενα δεν απαιτούν τις ίδιες ικανότητες συναισθηματικής νοημοσύνης για την επιτυχημένη εκτέλεσή τους. Για έναν επαγγελματία υγείας, μεγαλύτερη βαρύτητα έχουν οι ικανότητες της αυτοπεποίθησης, του αυτοελέγχου, της

ακεραιότητας, του εσωτερικού κινήτρου, της ενσυναίσθησης, της διαχείρισης των συγκρούσεων και της επικοινωνίας.

- **Αξιολόγηση του ατόμου και εντοπισμός των συναισθηματικών του πόρων (ικανοτήτων που ήδη διαθέτει)**

Αυτό μπορεί να γίνει με ειδικά ερωτηματολόγια μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης (π.χ. το Emotional Competencies Inventory, ECI). Επίσης, καλό είναι τα στοιχεία αυτά να λαμβάνονται από διαφορετικές πηγές (το ίδιο το άτομο, τους προϊστάμενους, υφιστάμενους και συναδέλφους του).

- **Ερμηνεία και συζήτηση των αποτελεσμάτων (feedback)**

Αυτό είναι ένα πολύ βασικό στάδιο, το οποίο αν γίνει εσφαλμένα ή εσπευσμένα μπορεί να έχει ολέθριες συνέπειες για όλο το πρόγραμμα. Εδώ τίθενται οι βάσεις για τα επόμενα στάδια, καθώς το άτομο αποκτά επίγνωση των συναισθηματικών του δυνατοτήτων και θέτει τους στόχους της περαιτέρω εξέλιξης.

- **Αξιολόγηση της ετοιμότητας για αλλαγή**

Η επιθυμία και η ετοιμότητα για αλλαγή είναι ένας παράγοντας καθοριστικός για την επιτυχία ενός προγράμματος συναισθηματικής νοημοσύνης.

- **Παροχή κινήτρων**

Στην περίπτωση της συναισθηματικής νοημοσύνης, τα κίνητρα μπορεί να είναι τόσο ενδογενή, όσο και εξωγενή.

- **Η αλλαγή των παλαιών συμπεριφορών πρέπει να είναι αυτο-υποκινούμενη(self-directed)**

Πρέπει να προέρχεται εκ των έσω, από εilikρινή διάθεση του ατόμου να αλλάξει, να μάθει, να βελτιωθεί. Ταυτόχρονα, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ατόμου.

- **Εστίαση σε ξεκάθαρους, εφικτούς στόχους**

Το 'σπάσιμο' ενός μεγαλύτερου στόχου σε μικρά και ρεαλιστικά βήματα (π.χ. τον επόμενο μήνα θα εστιάσω στη βελτίωση της ικανότητας της ενσυναίσθησης και όταν μιλάω με τους συνεργάτες μου θα προσπαθώ συνειδητά να βλέπω τα πράγματα από τη σκοπιά τους) μπορεί να επιφέρει αποτελέσματα.

- **Ύπαρξη πρόνοιας για την περίπτωση υποτροπής**

Καλό είναι να υπάρχει προειδοποίηση από την αρχή ότι θα υπάρξουν άσχημες ημέρες, που όμως δε θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με απαισιοδοξία. Μία υποτροπή δε σημαίνει ότι όλα χάθηκαν, αντίθετα είναι και αυτή ένα βασικό κομμάτι της διαδικασίας.

- **Ανάδραση της απόδοσης (performance feedback)**

Η ανάδραση βρίσκεται στην καρδιά κάθε αλλαγής και είναι βασικό να γίνεται σε συχνή και σταθερή βάση. Η γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων της προσπάθειάς του, βοηθά το άτομο να μην ξεφεύγει από την πορεία μάθησης που αρχικά χάραξε και να μένει πιστό(committed) στους στόχους του.

- **Συνεχής εξάσκηση**

Ο περιορισμός της διαδικασίας μάθησης μέσα στα πλαίσια ενός εκπαιδευτικού προγράμματος συγκεκριμένης διάρκειας δεν οδηγεί σε βιώσιμα αποτελέσματα. Πρέπει να γίνει συνείδηση από τους συμμετέχοντες ότι πρόκειται για διαρκή, ατομική προσπάθεια.

- **Δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων**

Ένα μεγάλο μέρος της μάθησης εκτυλίσσεται μέσα στις σχέσεις που αναπτύσσει το άτομο εντός του εργασιακού χώρου. Τα δίκτυα άτυπων και τυπικών σχέσεων είναι πολύτιμες πηγές πληροφοριών και στήριξης (Cherniss & Goleman,2001).

Τονίζεται ιδιαίτερα, ότι για να είναι επιτυχές και κυρίως βιώσιμο οποιοδήποτε πρόγραμμα συναισθηματικής νοημοσύνης, είναι απαραίτητη η ενσωμάτωση των ικανοτήτων συναισθηματικής νοημοσύνης στο υπάρχον σύστημα διοίκησης ενός νοσοκομείου.

Καταλήγοντας, τα προγράμματα παρέμβασης που έχουν εφαρμοστεί έως σήμερα, έχουν συμβάλει ενεργά στη κατανόηση του ΣΕΕ μέχρι ένα σημείο, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι έχει καταγραφεί ένας μοναδικός τρόπος πιθανής αντιμετώπισής του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά και δεδομένων των θεμάτων που αναδεικνύει το παρόν πόνημα, σε θεωρητικό και ερευνητικό επίπεδο, καταλήγουμε ότι σε ατομικό επίπεδο το μισό της διαδρομής προς την καταπολέμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης καταλαμβάνει δικαιωματικά η κατανόηση της κατάστασης από το ίδιο το άτομο. Όταν αποκτήσει την δυνατότητα να κατανοήσει , να κωδικοποιήσει και να αξιολογήσει την ανταπόκριση του εαυτού του στα εξωτερικά ερεθίσματα , αλλά και τις επιπτώσεις που αυτά έχουν σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο , έχει συμβάλλει αποφασιστικά στην διάλυση της παγιωμένης αντίληψης του, για την κατάσταση που βιώνει .

Το επόμενο στάδιο προϋποθέτει την ριζική επανεκτίμηση και αναθεώρηση των μη λειτουργικών στόχων , προσδοκιών και κινήτρων που έχει θέσει το άτομο, ακόμα και πριν την επαγγελματική του δραστηριοποίηση . Σε αυτή την φάση είναι πολύ σημαντική η καλλιέργεια και η ενίσχυση της δυνατότητας θέασης του εαυτού του ως μια δυναμικά κινούμενη, και αλληλοεπιδρούμενη οντότητα .Η καλλιέργεια του αισθήματος της ενσωμάτωσης και η οικοδόμηση σχέσεων ουσιαστικής και βαθιάς επαφής, εξωτερικεύοντας και μοιράζοντας το 'βάρος' που το άτομο αισθάνεται , με συναδέλφους του, όπως επίσης και η ανταλλαγή εμπειριών συμβάλλουν αποφασιστικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και την σταδιακή έξοδο του ατόμου από αυτό τον φαύλο κύκλο.

Η αναζήτηση εξειδικευμένης βοήθειας από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά , στην ενίσχυση της προσπάθειας του ατόμου που υποφέρει και στην πληρέστερη και ουσιαστικότερη κωδικοποίηση των θεμάτων που επεξεργάστηκε .Τα αποτελέσματα ,αλλά και η εμπειρία μιας τέτοιας προσέγγισης θα δώσει στο άτομο την δυνατότητα, εάν απαιτηθεί στο μέλλον, γρηγορότερης ανάσυρσης πληροφοριών και πρακτικών αποφυγής .

Σε διοικητικό επίπεδο, ορθές παρεμβάσεις που μπορούν να μετριάσουν ή ακόμα και να εξαλείψουν την εργασιακή εξουθένωση των εργαζομένων θα μπορούσαν να είναι η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην θέση που μπορεί να αποδώσει καλύτερα, η συμμετοχή του εργαζομένου στην λήψη αποφάσεων

για το αντικείμενο που χειρίζεται, η δημοκρατική διοίκηση συμβάλει αποφασιστικά στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και η δυνατότητα ψυχολογικής υποστήριξης των εργαζομένων ,από εξειδικευμένο σύμβουλο στις εργασιακές σχέσεις , μέσα στον χώρο εργασίας , μπορεί να βοηθήσει αποφασιστικά στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της εξουθένωσης.

Ωστόσο, στην παρούσα εργασία είναι έκδηλη η ανάγκη που υπάρχει για διεξαγωγή περισσότερων ερευνών και μελετών γύρω από προγράμματα παρέμβασης, αλλά και τρόπους αντιμετώπισης του συνδρόμου, έτσι ώστε να υπάρξουν δεδομένα που να αποτελέσουν το έναυσμα για την πιθανότητα της πλήρους αποκατάστασης.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αναδεικνύει την δυσλειτουργία του ατόμου στην δημιουργία ρεαλιστικής εικόνας για το εργασιακό του περιβάλλον, αλλά και για τον ίδιο του τον εαυτό. Μεγάλες προσδοκίες και μη εφικτοί στόχοι ,ανοίγουν τον δρόμο της εμφάνισης του συνδρόμου , με επίπονες επιπτώσεις σε συναισθηματικό, αλλά και σωματικό επίπεδο.

Η εμφάνιση συμπτωμάτων εξουθένωσης , κωδικοποιούν και μεταφέρουν στο συνειδητό κομμάτι του ατόμου την ανάγκη για αλλαγή της οπτικής του . Αν τα σημάδια αυτά εκληφθούν από το επαγγελματικά εξουθενωμένο άτομο, ως ευκαιρία για επαναπροσδιορισμό των δυσλειτουργικών συμπεριφορών του ,τότε είναι πιθανόν να μειωθούν , οικοδομώντας παράλληλα μια στερεότερη βάση ψυχολογικής ισορροπίας.

Αξίζει να αναφέρουμε πως στην περίπτωση του εργαζόμενου, όπου η εργασιακή εξουθένωση έχει επιδράσει σε πολλούς τομείς της ζωής του και τα συμπτώματα δεν δείχνουν να υποχωρούν, θα πρέπει να προωθηθούν ευρύτερες αλλαγές στη ζωή του, μέσα από ατομική/ομαδική Συμβουλευτική .

Οι παράμετροι που καθορίζουν τη συμβουλευτική διαδικασία με τους επαγγελματίες υγείας είναι η θετική προσωπική σχέση και η επαγγελματική συμμαχία, η επεξεργασία των αρνητικών συναισθημάτων, η διερεύνηση και η επεξεργασία στερεοτυπικών ιδεών, η αναγνώριση των προβλημάτων και των αρνητικών τάσεων, η ενθάρρυνση και η ενίσχυση των διαισθητικών και προσωπικών, η προώθηση συγκεκριμένων στρατηγικών για την αντιμετώπιση του άγχους, η υποστήριξη και η βοήθεια για την κατανόηση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και η αποφυγή επιβολής έτοιμων λύσεων και προσπάθεια σχεδιασμού ολικών στρατηγικών μέσα από τις διαβουλεύσεις με τους επαγγελματίες (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2001).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Ευαγγέλου, Ε., και συν (2002). Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού - νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 41(1), 105-114.

Αδαλή, Ε. & Λεμονίδου, Χ. (2001). Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 2, 15-22.

Αδαλή, Ε. (1999). *Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων*. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Αθανασούλα-Ρέππα, Α., Ανθοπούλου, Σ. & Μαυρογιώργος, Γ. (1999). *Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού* (Τόμος Β'). Πάτρα: ΕΑΠ.

Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1999). *Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1993). Επαγγελματική Εξουθένωση. *Ψυχολογικά Θέματα*.

Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1986). *Ψυχολογική Προσέγγιση των ατόμων με καρκίνο*. Αθήνα: Φλόγα.

Αντωνίου, Α.Σ. (2006). *Εργασιακό Στρες*. Αθήνα: Παρισιάνου.

Αντωνίου, Α.Σ. (2005). *Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο*. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης 'Ψυχαργός - β' Φάση'. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ψυχιατρική Κλινική. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ). Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού.

Αντωνίου, Α.Σ., & Τζαβάρα, Χ. (2005). Ψυχοσωματική υγεία και εργασιακό stress των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. *Νέα Υγεία*, 47, 8.

Γεωργίου, Στ. Ν. (2011). *Εκπαιδύοντες ψυχολόγους στη Συμβουλευτική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Δημητρόπουλος, Ε. (2001). *Εισαγωγή στην Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας*. Αθήνα: Έλλην.

Δημητρόπουλος, Ε. (1999). *Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Γρηγόρη.

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

Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Λιάσκος, Ι., Ρουμελιώτου, Ι., Φωκά, Α. & Πιστόλης, Ι. (2009). Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. *Νοσηλευτική*, 48(2), 190-199.

Δούκα, Μ. (2004). Το 'σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης' ή 'burnout' στην κοινωνική εργασία. *Κοινωνική Εργασία*, 70, 97-107.

Ζιώγου, Θ., Μπίμπου, Ι., Δημητρίου, Ε. και συν (1998). Επαγγελματική φόρτιση στο ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική*, 1, 62- 70.

Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ., & Μόσχος, Ν. (2004). Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης 'burnout syndrome' στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. *Νοσηλευτική*, 43(1), 116-125.

Κάντας, Α. (1998). *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία: Κίνητρα, Επαγγελματική ικανοποίηση, Ηγεσία*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Κάντας, Α. (1996). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3, 71- 85.

Κάντας, Α. (1995). *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Κολιάδης, Ε. (2010). *Συμπεριφορά στο Σχολείο*. Αθήνα: Ιδίου.

Μαλικιώση-Λοίζου, Μ. (2001). *Η Συμβουλευτική Ψυχολογία στην Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαρούδας, Η., & Μπελαδάκης, Μ. (2006). *Τα δικαιώματα του παιδιού, το σχολικό κλίμα και η Αντιαυταρχική Αγωγή του Α.Σ. Neil*. Αθήνα: Μετασπουδή.

Μισουρίδου, Ε. (2009). Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 48(4), 358-366.

Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης 'Ψυχαργώς - β' Φάση' (2005). *Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης*. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ψυχιατρική Κλινική.

Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ). Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού.

Μουστάκα, Ε., & Μαλλιαρού, Μ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Νοσηλευτική*, 47 (2), 125-134.

Μπαρμπούτη, Ξ., Κουτσουρά, Π., Βλαχάκη, Θ., & Χριστοδουλίδου, Ε. (2009). *Το επαγγελματικό στρες των εκπαιδευτικών και η σχέση του με τη συνεργασία σχολείου- οικογένειας*. Αθήνα: Ρόπτρο.

Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., & Νιάκας Δ. (2007). Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (1), 75-84.

Μπουραντάς, Δ. (1992). *Μάνατζμεντ: Οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά*. Αθήνα: Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1992). *ICD-10*. Αθήνα: Βήτα.

Πανταζοπούλου-Φωτεινέα, Α. (2003). *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία: Εργασιακό περιβάλλον & ψυχικές επιπτώσεις*. Αθήνα: ΕΛΙΝΥΑΕ.

Παπαλεξανδρή, Ν., & Μπουραντάς, Δ. (2003). *Διοίκηση ανθρώπινων πόρων*. Αθήνα: Μπένου.

Παππά, Ε.Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., & Νιάκας, Δ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25, (1), 94-101.

Ρούπα, Ζ., Ραφτόπουλος, Β., Τζαβέλας, Γ., Σαπουτζή, Δ., & Κοτρώτσιου, Ε. (2008). Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. *Νοσηλευτική*, 47, (2), 247-255.

Fontana, D. (1996). *Άγχος και η αντιμετώπισή του*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Fontana, D. (1995). *Ψυχολογία για Εκπαιδευτικούς*. Αθήνα: Σαββάλας.

Σαίτης, Χ. (2008). *Οργάνωση & Διοίκηση Δομών Εκπαίδευσης*. Αθήνα: Ιδίου.

Σαπουτζή, Δ., & Λεμονίδου, Χ. (1994). *Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και Προοπτικές*. Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

Σουλιώτης, Κ. (2007). *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας: Στρατηγικός Σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές Πολιτικές*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Συμεού, Λ. (2012). *Συνεργασία Σχολείου-Οικογένειας και Συμβουλευτική Γονέων Παιδιών με Αναπηρία*. Κύπρος: Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Φωτιάδου, Α. (1999). *Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης*. Αθήνα: Βήτα.

Jones, H. (1999). *Υπεραπασχόληση και άγχος*. Αθήνα: Θυμάρι.

Χαραλαμπίδου, Ε. (1996). *Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο χώρο του Νοσοκομείου*. Διδακτορική Διατριβή.

Χατζηχρήστου, Χ. (2004). *Αναγνώριση, έκφραση, χειρισμός συναισθημάτων*. Κέντρο Έρευνας και Εφαρμογών Σχολικής Ψυχολογίας. Πρόγραμμα Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας και της Μάθησης. Κοινωνική και συναισθηματική αγωγή στο σχολείο. Αθήνα: Τυπωθήτω-Δάρδανος.

B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Ackerley, GK., Burnell, J., Holder., DC., et al (1988). Burnout among licenced psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice* , 19(6), 624- 631.

Amundson, N.E., Harris-Bowlsbey, J.A., & Niles S.G. (2009). *Essential elements of career counseling: processes and techniques*. New Jersey: Prentice Hall Inc.

Angermeyer, M.C., Bull, N., Bernert, S., et al (2006). Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurse. *Arch Psychiatr Nurs* , 20, 158- 165.

Angermeyer, M.C. (1982). The association between family atmosphere and hospital career of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 1-11.

Antoniou, A.S., & Antonodimitrakis, P. (2001). *Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors*. Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research. Alexandroupoli.

Bährer-Kohler, S. (2013). *Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working*. USA :Springer.

Bar-on, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-on & J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace* (pp. 363-388). San Francisco,CA: Jossey-Bass.

Barrow, C., Lobban, F., Hatton, C., & Quinn, J. (2001). An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the illness perception questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 371-385.

Bernardi, M., Catania, G., & Marceca F.(1991). The world of nursing burnout. A literature review. *Prof Inferm.*, 58(2), 75-79.

Brooks, B.A., & Anderson, M.A. (2004). Nursing work life in acute care. *J Nurs Care Qual.*, 19(3), 269-275.

Burke, R.J., & Greenglass, E.R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*, 32, 126-138.

Burke, R.J., & Greenglass, E.R. (1996). Work stress, social support, psychological burnout and emotional and physical well-being among teachers. *Psychology, Health & Medicine* , 1,193- 205.

Burke, R.J., & Greenglass E.R.(1991). A longitudinal study of progressive phases of psychological burnout. *Journal of health and Human Resources Administration* , 13,390- 408.

Buunk, B. P., & Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout Recent developments in theory and research* (pp. 53-69). New York: Taylor & Francis.

Central and Eastern European Harm Reduction Network (2006). *Burnout Syndrome: Prevention and Management*. Handbook for workers of harm reduction programs. Lithuania: Author.

Cherniss, C. (1995). *Beyond Burnout: Helping Teachers, Nurse, Therapists and Lawyers recover from stress and disillusionment*. London: Routledge.

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

Cherniss, C., & Goleman, D. (2001). The emotionally intelligent workplace. How to select for , measure, and improve emotional intelligence in individuals, groups and organizations. San Francisco,CA: Jossey-Bass.

Cooper, C.L., Dewe, P., & O' Driscoll, M. (2001). *Organizational Stress: A review and critique of theory, research and application*. London: Sage.

Cordes, CL., & Dougherty, TW. (1993). A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review* , 18, 621-656.

Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R., Thomson, L., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Organizational interventions for work stress: A risk management approach*. Sheffield: HSE Books.

Cronin-Stubbs, D., & Rooks, CA.(1985). The stress, social support and burnout of critical care nurses: the results of research. *Heart Lung* , 14, 31- 39.

Cubriilo-Turek, M., Urek, R., & Turek, S. (2006). Burnout syndrome assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Anthropol*, 30(1), 131-135.

Dickinson, T., & Wright, KM. (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. *Br J Nurs* , 17, 82- 87.

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press.

Ekstedt, M., & Faberberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *J Adv Nurs*, 49, 59-67.

Farber, BA.(1985). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist* , 38, 10-13.

Farber, BA, & Heifetz, LJ.(1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology* , 13(2), 293-301.

Firth-Cozens, J. & Payne, R. (1999). *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social issues*, 30, 159-165.

Goleman, D. (2001). An EI-based theory of performance. In D. Goleman & C. Cherniss (Eds.), *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select for, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. Bantam Books.

Golembiewski, RT., & Boss, W. (1992). Phases of burnout in diagnosis and intervention. *Research in Organizational Change and Development* , 6, 115- 152.

Golembiewski, RT., Munzenrider, RF., & Stevenson, JG. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.

Gorter, R., Hoogstraten, J., et al (2001). A career counseling program for dentists: Effects on burnout. *Patient Education and counseling*, 43, 23-30.

Greenglass, ER. (1991). Burnout and gender: Theoretical and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology*, 32, 562- 572.

Grunfeld, E., Whelan, T., Zitzelsberger, L., Willan, A., Montesanto, B., & Evans, W. (2000). Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*, 163 (2), 166-9.

Halm, M., Peterson, M., Kandels, M., Sabo, J., Blalock, M., & Braden, R. (2005). Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clin Nurse Spec.*, 19(5), 241-251.

Handy, JA.(1988). Theoretical and methodological problems within occupational stress and burnout research. *Human Relations*, 41, 351- 365.

Handy, C. (1985). *Understanding organizations*. London:Penguin Books.

Iacovides, A, Fountoulakis, KN., Kaprinis, St., et al.(2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 209-221.

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

Jeanneau, M, Armelius, K. (2000). Self-Image and burnout in psychiatric staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 399- 406.

Katsuki, F., Goto, M., & Someya, T. (2005). A study of emotional attitude of psychiatric nurses: reliability and validity of the Nurse Attitude Scale. *Int J Mental Health Nurs* , 14, 265- 270.

Kielfedder, CG., Power, KG., & Wells, TJ.(2001). Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs*, 34(3), 383- 396.

Kloska, A., & Raemasut, A. (1985). Teacher Stress. *Maladjustment and Therapeutic Education*, 3 (2), 19-26.

Kobasa, SC., Maddi, SR., & Kahn, S.(1982). Hardiness and Health: A retrospective inquiry. *Journal of Personality and Social Psychology* , 42, 168- 177.

Kyriakou, C. (2001). Teacher stress: directions for future research. *Education Review*, 53 (1), 27-35.

Lambert, VA., Lambert, CE., Petrin, M., et al.(2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nurs Health Sci* , 9,120-126.

Lazarus, R.S. (1993). Why we should think of stress as a subject of emotion. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 21-39). New York: Free Press.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Rublishing.

Lee, H., Hwang, S., Kim, J., et al.(2004). Prediction of Life Satisfaction of Korean Nurses. *Journal of Advanced Nursing* , 48(6), 632- 641.

Leiter, MP., Harvie, P., & Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Sciences Medicine* , 47(10), 1611- 1617.

Leiter, MP., & Maslach, C. (2005). *Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationships with work*. San Francisco,CA: Jossey-Bass.

Leiter, MP., & Maslach, C. (1998). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior* , 9, 297- 308.

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

Leiter, MP., & Spence Laschinger, H.K. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nurs Res.* 55(2), 137-146.

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

Maslach, C, & Leiter MP. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco,CA: Jossey-Bass.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. California: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1984). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., & Jackson, S.E.(1982). *Maslach Burnout Inventory Manual* . California:Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., & Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* , 2, 99-113.

Maslach, C., & Schaufeli, WB. (1993). Historical and Conceptual Development of Burnout. Professional burnout: Recent developments in theory and research. *Series in applied psychology: Social questions*, 1-16.

Maslach, C., Schaufeli, WB., & Leiter, P. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, 397-422.

Melchior, ME., Bours, GJ., Schmitz, P., et al (1997). Burnout in psychiatric nursing: a meta-analysis of related variables. *J Psychiatr Mental Health Nurs* , 4,193-201.

Micklevitz, S. (2001). Professional burnout in the park and recreation profession.Illinois. *Periodicals online*.

Pines, A. M. (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress (2nd ed.)* (pp.386-403). New York: The Free Press.

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

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 defence mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs.*, 20(3), 135-143.

Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., & Pochard, F. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing. *Staff. Am J Respir Crit Care Med.*, 175(7), 698-704.

Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., et al (1997). Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *Journal of Psychosomatic Research* , 43(1), 51- 59.

Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M., Calligaris, L., & Brusaferrero S.(2006). Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncol Nurs Forum*, 33(4), 815-820.

Raquepaw, JW., & Miller, RS.(1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice* , 20(1), 32-36.

Santorelli, S. (1999). *Heal The Self. Lessons on Mindfulness in Medicine*. New York: Bell Tower.

Schaufeli, WB., & Buunk, BP.(2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In JAM. Schabrack & CC. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*(2nd ed.(pp. 383-429). U.K.: Wiley Sussex.

Schaufeli, WB., & Enzmann, D.(1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. Washington, D.C.: Taylor & Francis.

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

Schuler, R.C. (1983). Definition and conceptualization of stress in organizations. *Organization, Behavior and Human Performance*, 25, 184-215.

Severinsson, E. (2003). Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nurs Health Sci*, 5, 59-66.

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

Sutherland, V.J., & Cooper, C.I. (2003). *De-stressing doctors: a Self-management guide*. China: Butterworth Heinemann.

Tyler, P., & Cushway, D. (1998). Stress and well-being in health-care staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine*, 14, 99-107.

Unger, D.E. (1980). *Superintendent Burnout: Myth or Reality?* Columbus: The Ohio State University.

Van-Dierendonck, D., Schaufeli, WB., & Buunk, P. (1998). The Evaluation of an Individual burnout intervention program: the role of inequity and social support. *Applied Psychology*, 83, 392-407.

Wilmar, B., Schaufeli, WB., Maslach, P., et al (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.

World Health Organization, (2000). *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Mental Health Policy and Service Development Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health. Geneva.

Γ. ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Γαλανάκης, Μ., Μωραίτου, Μ., Σταλίκας, Α., & Garivaldis, J. (2009). Παραγοντικές Δομές ψυχομετρικών ιδιοτήτων της Maslach Burnout Inventory (MBI), στην ελληνική γλώσσα. *Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ψυχολογίας*, 52 - 70. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <http://www.ejop.org> (27/05/ 2010).

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2003). *Burnout: Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξάντλησης*. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <http://www.osha.europa.eu> (5/6/2010).

ΕΠΑΨΥ, (2013). *BURNOUT. Οδηγός πρόληψης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες*. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <http://www.epapsy.gr> (12/10/2013).

Κουτελέκος, Ι. & Πολυκανδριώτη, Μ. (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (burnout syndrome) . *Το Βήμα του Ασκληπιού*, (1), 1. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <http://www.vima-asklipiou.gr> (27/05/2010).

Figley, C. (1995). *Examples of compassion fatigue/burnout syndrome*. Institute on Crisis Management in Higher Education. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <http://www.mailer.fsu.edu/~cfigley/ExampleCF.pdf>. (16/08/2011).

Kee, A.J., Don Johnson , & Portia, H.(2002). Burnout and Social Support in Rural Mental Health. *Counselors. Journal of Rural Community Psychology*, 5 (1). Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <http://www.marshall.edu> (07/09/2016).

Potter, B. (2001). *Job burnout: What it is and what you can do about it*. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <http://www.docpotter.com> (19/04/2016).

