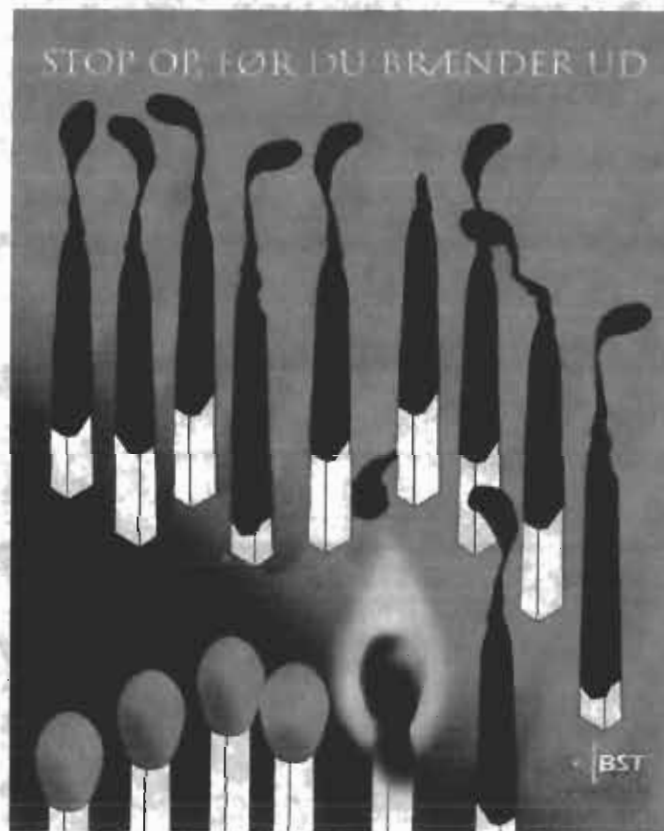


ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ/ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ
(BURNOUT):
ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ
Π.Γ.Ν.Π.
ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ»**



Stop before you burn out. Courtesy of Denmark BST Lighting



Σπουδάστρια:
Τελώνη Δήμητρα – Δώρα

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός:
Χαραλάμπους Μαίρη

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας

Ιούνιος 2003

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	3430
----------------------	------

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ/ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURNOUT):
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ
Π.Γ.Ν.Π. ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

Σπουδάστρια:

Τελώνη Δήμητρα – Δώρα

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Χαραλάμπους Μαίρη

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας

1. Μαίρη Χαραλάμπους

Καθηγήτρια Εφαρμογών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

2. Γεωργίου Κωνσταντίνα

Καθηγήτρια Εφαρμογών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

3. Πανταζάκας Παντελής

Κοινωνικός Λειτουργός – Εξωτερικός συνεργάτης ΑΤΕΙ Πάτρας

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης βοήθησαν αρκετοί άνθρωποι που θα ήθελα να ευχαριστήσω.

Ευχαριστώ, ιδιαίτερα, την κα Χαραλάμπους Μαίρη για το ενδιαφέρον, την βοήθεια, την συνέπεια και υποστήριξη που μου παρείχε καθ' όλη την διάρκεια της συνεργασίας μας.

Τον κο Πανταζάκα Παντελή για την υποστήριξή του και παροχή πολύτιμων πληροφοριών στον χώρο του νοσοκομείου.

Ευχαριστώ την κα Αδαλή Ευαγγελία για την παροχή υλικού και την διαθεσιμότητά της για πληροφόρηση στα σχετικά θέματα. Τον κο Αντωνίου Αλέξανδρο για την προθυμία να βοηθήσει σε όποια στιγμή του ζητήθηκε. Την κα Παπαδάτου Δανάη για την άμεση παροχή πληροφοριών και θετική διάθεση επικοινωνίας. Την κα Τσιμά Ροδοθέα για την ενημέρωση και παροχή υλικού.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Μαλαμή Ευγενία για την πολύτιμη βοήθειά της κατά την περίοδο έγκρισης της σχετικής έρευνας.

Τον κο Αλεβίζο Φίλιππο για την άμεση ανταπόκρισή του στον σχεδιασμό του ερωτηματολογίου.

Την Σόνια Μαλεφώνη και τον Βασίλη Γεωργίου χωρίς την βοήθεια των οποίων δεν θα ήταν πραγματοποιήσιμη η επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας.

Τους προεδρεύοντες και συμμετέχοντες στο Συμβούλιο Διοίκησης του Π.Γ.Ν.Π., στο Επιστημονικό Συμβούλιο και στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας για την δυνατότητα που μου έδωσαν να πραγματοποιήσω την συγκεκριμένη έρευνα.

Όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα (γιατρούς, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς) που ανταποκρίθηκαν στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και εμπλούτισαν με τις απόψεις και τα συναισθήματά τους την συγκεκριμένη μελέτη.

Τέλος ευχαριστώ ιδιαίτερα τον σύντροφό μου Γιάννη Λάμπρου, που με την υποστήριξη και τις εύστοχες παρατηρήσεις του βοήθησε να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη μελέτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1	ΠΙΝΑΚΑΣ ΡΟΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΕΡΓΟΥ	190
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2	ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ PERT	191
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3	ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ PERT	192
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4	ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ GANTT	195
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5	ΜΗΝΙΑΙΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΓΡΑΜΜΗ	196
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6	ΜΗΝΙΑΙΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	197

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικοί σκοποί της μελέτης είναι η διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. (γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς) και στην συνέχεια ο σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Το πρώτο μέρος της μελέτης αναφέρεται στην ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας για το επαγγελματικό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Εξετάζονται τα αίτια, οι συνέπειες και οι τρόποι αντιμετώπισης των συγκεκριμένων εννοιών ενώ παράλληλα διαπιστώνεται η συσχέτιση του επαγγελματικού άγχους με την επαγγελματική εξουθένωση.

Επιπλέον εξετάζεται το επαγγελματικό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) ιδιαίτερα για τους επαγγελματίες υγείας μέσω των σχετικών βιβλιογραφικών αναφορών.

Στο δεύτερο μέρος της μελέτης αναλύεται η έρευνα που πραγματοποιήθηκε. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση ύπαρξης επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς) του Π.Γ.Ν.Π. και η διερεύνηση των στάσεων και των αναγκών τους ως προς ένα πιθανό πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου. Για την επίτευξη της έρευνας χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ανώνυμο ερωτηματολόγιο από 114 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τμήματα του παθολογικού και χειρουργικού τομέα του νοσοκομείου. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις άξονες. Ο Α άξονας αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία, ο Β άξονας αποτελείται από την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου της Maslach (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1986 για την ελληνική έκδοση) και στον Γ άξονα διερευνώνται οι ανάγκες και επιθυμίες των ίδιων των επαγγελματιών υγείας ως προς την λειτουργία προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout). Περιγράφονται τα αποτελέσματα και σε ξεχωριστό κεφάλαιο τα συμπεράσματα της έρευνας και οι σχετικές προτάσεις.

Βάσει των σχετικών αποτελεσμάτων της έρευνας και της σχετικής βιβλιογραφίας για τον κοινωνικό σχεδιασμό και το επαγγελματικό άγχος/ εξουθένωση (burnout) στο τρίτο μέρος της μελέτης πραγματοποιείται σχεδιασμός πιλοτικού προγράμματος για την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου.

Ο σχεδιασμός του εν λόγω προγράμματος στηρίζεται στην θεωρητική προσέγγιση του κοινωνικού σχεδιασμού (Ιατρίδης, 2002), βάσει του οποίου τα στάδια είναι:

- α) Στάδιο ανάλυσης
- β) Στάδιο πραγματοποίησης
- γ) Στάδιο αξιολόγησης

Στο τρίτο μέρος της συγκεκριμένης μελέτης πραγματοποιείται ο προσδιορισμός του προβλήματος και οι βασικοί του παράμετροι. Στην συνέχεια περιγράφεται το πρόγραμμα και παράλληλα προτείνονται μέθοδοι ενδιάμεσης και τελικής αξιολόγησης του προγράμματος με συγκεκριμένα κριτήρια.

Παράλληλα δίδεται ο σχετικός προϋπολογισμός και άλλα σχετικά διαγράμματα για την εξέλιξη του προγράμματος

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ

Α.Τ.Ε.Ι. = Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Δ.Ε. = Διετούς φοίτησης

Δ.Ε.Π. = Διδακτικό Επιστημονικό Προσωπικό

ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. = Ελληνικό Ινστιτούτο για την Υγιεινή και Ασφάλεια στην Εργασία.

Ε.Σ.Υ. = Εθνικό Σύστημα Υγείας

Π.Γ.Ν.Π. = Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Π.Ε. = Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης

Π.Ε.Σ.Υ. = Περιφερειακό Σύστημα Υγείας

Τ.Ε. = Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

Τ.Ε.Λ. = Τεχνικό Επαγγελματικό Λύκειο

OSHA = Organisation for Safety and Health at Work

Stress = Αγγλική λέξη που προέρχεται από τις λατινικές λέξεις *strictus* (σφικτός/σφικτός) και *stringere* (παθητική μτχ.) που σημαίνει σφίγγω, κάνω κάτι πιο σφικτό.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	
Αρκτικόλεξα	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	1
Εισαγωγή	1
Ορισμοί εννοιών	5
Σκοπός	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	
1. Άγχος-stress	8
1.1.1 Οι έννοιες άγχος-stress	8
1.1.2 Η σχέση προσωπικότητας - άγχους	11
1.1.3 Ο μηχανισμός του άγχους	14
1.1.4 Αλλαγές στον ανθρώπινο οργανισμό κατά την επίδραση του άγχους	16
1.1.5 Συμπτώματα άγχους	17
2. Επαγγελματικό άγχος	18
2.1.1 Η έννοια του επαγγελματικού άγχους	18
2.1.2 Πηγές-αίτια του επαγγελματικού άγχους	20
3.Βιβλιογραφική ανασκόπηση της έννοιας επαγγελματική εξουθένωση (burnout)	28
3.1.1 Ορισμός της έννοιας	28
3.1.2 Σχέση επαγγελματικού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout)	31
3.1.3 Αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout)	33
3.1.4 Επιπτώσεις επαγγελματικού άγχους-εξουθένωσης	39
3.1.4.1 Επιπτώσεις επαγγελματικού άγχους	39
3.1.4.2 Επιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης	42
4. Επαγγελματικό άγχος/ εξουθένωση (burnout) και επαγγέλματα υγείας	45
5. Πρόληψη και αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout)	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	59
1. Σκοπός έρευνας	59
1.1 Υποθέσεις	59
1.2 Πληθυσμός – Δείγμα	60
1.3 Εργαλείο μέτρησης	61
1.3.1 Το ερωτηματολόγιο	61
1.3.2 Το ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) Maslach & Jackson	62
1.4 Η μελέτη πιλότος	63
1.5 Η κυρίως έρευνα	64
1.6 Η στατιστική ανάλυση	65

2. Αποτελέσματα έρευνας	66
Άξονας Α ερωτηματολογίου	66
Άξονας Β ερωτηματολογίου	77
Άξονας Γ ερωτηματολογίου	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	138
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	138
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	149
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	153
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ/ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Π.	153
1. Στάδιο ανάλυσης	153
1.1 Η διατύπωση του προβλήματος	153
1.1.1 Ποιο είναι το πρόβλημα	154
1.1.2 Πού εμφανίζεται το πρόβλημα	154
1.1.3 Ποιόν επηρεάζει το πρόβλημα	155
1.1.4 Ποιος ωφελείται από την διατήρηση του προβλήματος	156
1.1.5 Πότε παρουσιάσθηκε το πρόβλημα	156
1.1.6 Τι έκταση και τι βάθος έχει το πρόβλημα	157
1.2 Σκοποί και στόχοι της παρέμβασης	158
1.3 Εναλλακτικές λύσεις-Επιλογή ευνοϊκότερης λύσης	158
1.4 Προϋποθέσεις για την λύση του προβλήματος-εφαρμογής του προγράμματος	160
1.5 Ιδεολογία και αξίες	161
2. Γενική περιγραφή του προγράμματος – Εφαρμογή	161
2.1 Α΄ φάση	162
Σκοπός Α΄ φάσης	162
2.1.1 Περιγραφή ενεργειών Α΄ φάσης	163
2.1.2 Αξιολόγηση Α΄ φάσης	163
2.2 Β΄ Φάση	165
Σκοπός Β΄ φάσης	165
2.2.1 Περιγραφή ενεργειών Β΄ φάσης	165
Α. Παρεμβάσεις από την Διοίκηση	165
Β. Υποπρόγραμμα 1	169
Γ. Υποπρόγραμμα 2	172
Δ. Υποπρόγραμμα 3	177
2.2.2 Αξιολόγηση Β΄ φάσης	180
2.3 Γ΄ Φάση	181
2.3.1 Περιγραφή ενεργειών Γ φάσης	181
2.3.2 Αξιολόγηση Γ φάσης	184
3. Συνολική αξιολόγηση του προγράμματος	186
Διάγραμμα 1: Πίνακας ροής – εξέλιξης έργου	190
Διάγραμμα 2: Χρονοδιάγραμμα Pert	191
Διάγραμμα 3: Χρονοδιάγραμμα Pert	192
Διάγραμμα 4: Χρονοδιάγραμμα Gantt	195

Μηνιαίος προϋπολογισμός κατά γραμμή	196
Μηνιαίος προϋπολογισμός κατά πρόγραμμα	197
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	198
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ολοκληρωτική αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) δεν μπορεί να θεωρηθεί δυνατή στις σύγχρονες κοινωνίες. Βασική αιτία αποτελεί η ίδια η δομή της κοινωνίας (υπερσύστημα) μέσα στο οποίο είναι ενταγμένη κάθε οργάνωση/ επιχείρηση (σύστημα).

Είναι γεγονός ότι η έννοια της εργασίας ακολούθησε την ευρύτερη ιστορική πορεία της κοινωνίας και χαρακτηρίστηκε από τις προτεραιότητες και τις αξιώσεις που η ίδια η κοινωνία έθετε τόσο στο ατομικό επίπεδο όσο και στο παραγωγικό. Συνοπτικά θα μπορούσαμε να προσδιορίσουμε ως χρονολογικά σημεία-ορόσημα την εμφάνιση του Προτεσταντισμού, λόγω της ιδεολογίας της εργασίας που προώθησε¹, και τη βιομηχανοποίηση της παραγωγής με αποτέλεσμα, σύμφωνα με τον Μαρξ, την αλλοτρίωση του εργαζόμενου από το προϊόν, την εργασία, τον συνάνθρωπο, το είδος. (Τσαούσης, 1998)

Η σημερινή εποχή μπορεί να χαρακτηριστεί ως η κοινωνία της πληροφορίας. Η ποσότητα από μόνη της δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του ατόμου, ανάγκες πολυσχιδείς που συνεχώς διογκώνονται και διαφοροποιούνται. Αυτό όμως που έχει μείνει απείραχτο εδώ και πολλούς αιώνες ιστορικής πορείας είναι η ανάγκη του ανθρώπου να βιώσει την εργασία του ως δημιουργικό τμήμα της ζωής του, ως αδιαχώριστο κομμάτι της καθημερινής του πραγμάτωσης.

Η αλλοτρίωση του ανθρώπου από την εργασία του απασχόλησε πλήθος επιστημόνων και σε αρκετές σύγχρονες μελέτες εξετάζεται η σχέση της αλλοτρίωσης με την επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Η περιγραφή του αλλοτριωμένου από την εργασία του ανθρώπου (Φρομ, 1973) σε πολλά σημεία παρομοιάζεται με τις ενδείξεις του burnout στους εργαζόμενους χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί η σχετική συσχέτιση. (Schaufeli, Maslach, Marek, 1993)

Από τα μέσα του 20^{ου} - και πλέον στις αρχές του 21^{ου} - αιώνα ολοένα και συχνότερα οι άνθρωποι χρησιμοποιούν την εργασία σαν κύριο μέσο για την απόκτηση νοήματος

¹ Η θεολογία του προτεσταντισμού αξιολογεί την εκπλήρωση του χρέους στα επαγγέλματα, σαν το ύψιστο περιεχόμενο που η ηθική δραστηριότητα μπορεί να προσλάβει (Weber, 1997)

στην ζωή ή/ και απόκτησης συνεχώς καινούργιων «αναγκαίων» αγαθών. Η εργασία σε πολλές περιπτώσεις έχει πλέον μεταβληθεί σε καταναγκαστικό έργο που κυρίως αντιμετωπίζεται ως μέσο για την απόκτηση πλούτου ή έστω συμβόλων πλούτου.

Ειδικότερα στα επαγγέλματα που ασχολούνται με τον άνθρωπο, συχνά οι επαγγελματίες εισέρχονται στον χώρο εργασίας με μεγάλες προσδοκίες και διάθεση προσφοράς. Πολλές φορές η πραγματικότητα που βιώνουν οι ίδιοι από τις συνθήκες εργασίας δεν επιβεβαιώνουν τις προσδοκίες αυτές. Ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συνηγορούν στον γενικότερο τρόπο ζωής για την σταδιακή συσσώρευση του επαγγελματικού άγχους που μπορεί να οδηγήσει στην επαγγελματική εξουθένωση (burnout).

Οι παράγοντες ύπαρξης επαγγελματικού άγχους και εξουθένωσης (burnout) αφορούν την ίδια την δομή και λειτουργία της οργάνωσης, τις διαπροσωπικές σχέσεις που υφίστανται στον χώρο εργασίας (με τους ασθενείς και με τους συναδέλφους) αλλά και παράγοντες που αφορούν το ίδιο το άτομο.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένα διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για το θέμα αυτό καθώς διαπιστώνονται σταδιακά και στον Ελλαδικό χώρο οι επιπτώσεις του φαινομένου είτε από την τεχνοκρατική προσέγγιση (μελετώντας το κόστος των επιπτώσεων στην επιχείρηση) είτε από την ανθρωποκεντρική προσέγγιση (μελετώντας τις συνέπειες σε ατομικό και σε επίπεδο σχέσεων του ανθρώπου με τον εαυτό του και το περιβάλλον του).

Στις χώρες του εξωτερικού (με αφετηρία τις Η.Π.Α.) έχουν ήδη εφαρμοσθεί προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους ή/ και της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) από τις αρχές της δεκαετίας του '80.

Παράλληλα η βιομηχανική ψυχολογία και ο τομέας της διοίκησης επιχειρήσεων ασχολούνται αρκετά συχνά με το συγκεκριμένο θέμα προτείνοντας ποικίλλα μέτρα. Στην πράξη αρκετές φορές τα μέτρα που εφαρμόζονται αφορούν προγράμματα που απευθύνονται στον επαγγελματία ως άτομο και στην ουσία επιδιώκουν να δώσει ο ίδιος ή η ίδια διεξόδους και λύσεις στο άγχος που αφορά την εργασία του.

Πολλά από τα προγράμματα αυτά όπως αναφέρουν και οι Murphy & Schoenborn (1987), εκτός του να γεμίζουν το βιογραφικό των υπευθύνων των προγραμμάτων, στην ουσία επικεντρώνουν τα αίτια στο άτομο και ζητούν μόνο από το ίδιο να αλλάξει.

Η διεθνής τάση, τα τελευταία χρόνια είναι το επαγγελματικό άγχος/ εξουθένωση (burnout) να θεωρείται πρόβλημα, για το οποίο θα πρέπει να λάβει μέτρα η ίδια η επιχείρηση/ οργάνωση προκειμένου να προληφθεί ή να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο. Συντονιστικά όργανα του Ευρωπαϊκού και Αμερικανικού Συμβουλίου για την Υγεία και την Ασφάλεια στον χώρο εργασίας, εργάζονται προς την κατεύθυνση μελετώντας, σχεδιάζοντας και προτείνοντας σχετικές παρεμβάσεις για τους επαγγελματίες, τις οργανώσεις/ επιχειρήσεις στις οποίες απασχολούνται αλλά και προς την κατεύθυνση τροποποίησης και εμπλουτισμού της εκάστοτε κοινωνικής πολιτικής.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ολοκληρωτική αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης(burnout) δεν είναι δυνατή στις σύγχρονες κοινωνίες.

Αναρωτιέται λοιπόν κανείς τι νόημα έχει η συγκεκριμένη μελέτη δεδομένης της αδυναμίας εκμηδένισης του φαινομένου όπως έχει αρχικά υποστηριχθεί αλλά και των ποικίλων αιτιών που συνιστούν το πρόβλημα.

Όμως, η επιστήμη, και δη οι κοινωνικές επιστήμες, δεν μπορούν παρά να αξιοποιούνται για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου και των σχέσεων του με το περιβάλλον (φυσικό, άλλοι άνθρωποι). Έχουν τις δυνατότητες για την δημιουργία θέσης και αντίλογου στην υπάρχουσα πραγματικότητα, εργαλεία που χρησιμοποιούνται από τους κοινωνικούς επιστήμονες για την ευημερία των ανθρώπων.

Ο χώρος της υγείας είναι ένας ιδιαίτερα ευαίσθητος χώρος με πολλά προβλήματα στην λειτουργία του. Παράλληλα διαρκώς συρρικνώνονται οι κοινωνικές παροχές και η προτροπή της εκάστοτε πολιτικής είναι για μείωση του κόστους στον συνολικό προϋπολογισμό λειτουργίας του εκάστοτε νοσοκομείου.

Το θέμα του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) μέσα στο πλαίσιο της βιολογικής προσέγγισης της υγείας (παραδοσιακή ιατρική προσέγγιση) (Κυριόπουλος, Νιάκας, 1994) φαντάζει συχνά μικρής σπουδαιότητας όταν συνυπάρχουν πλήθος προβλημάτων σε θέματα καθημερινής λειτουργίας των νοσοκομείων.

Στην μελέτη αυτή υποστηρίζεται πως το φαινόμενο είναι υπαρκτό και άμεσα συνυφασμένο με τα προβλήματα που συνυπάρχουν στον χώρο των νοσοκομείων. Οι συνέπειες ύπαρξης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) αφορούν το ίδιο το άτομο-επαγγελματία υγείας, το περιβάλλον εργασίας του αλλά και όλη την

οργάνωση στην οποία απασχολείται. Οι συνέπειες αυτές πολλές φορές επεκτείνονται και στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς.

Η μελέτη του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) συχνά επιδιώκεται στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Σπάνια όμως εξετάζεται στο ιατρικό προσωπικό και ακόμη πιο σπάνια επιχειρείται σχεδιασμός βάσει των αναγκών και επιθυμιών των ίδιων των επαγγελματιών υγείας (τουλάχιστον στον Ελλαδικό χώρο).

Τα θέματα αυτά εξετάζονται στην παρούσα μελέτη, με την διερεύνηση του φαινομένου του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) στους επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Π. (γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς) και τον σχεδιασμό προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής προσδοκάται να είναι αξιοποιήσιμα από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας του συγκεκριμένου νοσοκομείου με διαδικασίες που θα προάγουν την αυτοδιάθεση, αυτοβοήθεια, αυτονομία και ενεργό συμμετοχή των ίδιων. Άλλωστε οι έννοιες αυτές αποτελούν βασικές αξίες της κοινωνικής εργασίας και πολύτιμο οδηγό για ενδυνάμωση των ίδιων των ανθρώπων, χωρίς την διαιώνιση της ύπαρξης των «ειδικών».

Ορισμοί εννοιών

Επαγγελματική εξουθένωση (burnout): Σύμφωνα με την Maslach (1981) «Το burnout είναι ένα σύνδρομο που αποτελείται από τρεις επιμέρους διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης και το οποίο εμφανίζεται στους επαγγελματίες που ασχολούνται με τα λεγόμενα ανθρωπιστικά επαγγέλματα». (στα Maslach, 1996, pg.4, Schaufeli, Maslach, Marek, 1993, pg.14, Καντάς 3^ο, 1995, σελ.115).

Σύμφωνα με τους Edelwich & Brodsky «είναι μια προοδευτική διαδικασία απώλειας του ιδεαλισμού, της ενέργειας και του σκοπού που βιώνεται από τους ανθρώπους που εργάζονται στα λεγόμενα επαγγέλματα βοήθειας (helping professions) και είναι αποτέλεσμα των συνθηκών της εργασίας τους» (στο Schaufeli, Maslach, Marek, 1993, pg.14).

Άγχος: «Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη» (Μάνος, 1997, σελ.252)

Επαγγελματικό άγχος (work/job stress, work related stress): Σύμφωνα με τους Ross & Altmaier «το επαγγελματικό άγχος μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι η κατάσταση κατά την οποία συσσωρεύονται αγχογόνες καταστάσεις που σχετίζονται με την εργασία, ή το άγχος που πηγάζει από μια συγκεκριμένη εργασιακή κατάσταση» (στο Καντάς 3^ο, 1995, σελ.102)

Σύμφωνα με τον Cox (1978, 1985, 1990) το εργασιακό άγχος ορίζεται ως εκείνη η ψυχολογική κατάσταση η οποία αντιπροσωπεύει μια ανισορροπία ή ασυμφωνία μεταξύ του πώς οι άνθρωποι εκλαμβάνουν τις απαιτήσεις στον εργασιακό χώρο και την ικανότητά τους να αντεπεξέλθουν σε αυτές» (στο Schaufeli, Maslach, Marek, 1993, pg.186).

Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής: «Είναι η ανάπτυξη της ποιότητας ζωής στην κοινωνία και τις μονάδες της, η βελτίωση των ανθρωπίνων σχέσεων και οι επενδύσεις για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού» (Ιατρίδης, 2002, σελ.42)

Σκοπός

Βασικοί σκοποί της μελέτης είναι η διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. (γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς) και στην συνέχεια ο σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξάντλησης (burnout) που θα απευθύνεται στους ίδιους.

Στην συγκεκριμένη μελέτη διερευνάται το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας του Π.Γ.Ν.Π. σε κλινικές-τμήματα - μονάδες του παθολογικού και χειρουργικού τομέα.

Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι της μελέτης είναι:

- Η μελέτη του «burnout» ως έννοια, τρόποι εκδήλωσης, αιτίες, επιπτώσεις.
- Πραγματοποίηση έρευνας σε μέρος του επιστημονικού προσωπικού του νοσοκομείου (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) ώστε:
 - α) Να διερευνηθεί η ύπαρξη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) των παραπάνω εργαζομένων στο Π.Γ.Ν.Π.
 - β) Η διερεύνηση των στάσεων και των αναγκών τους ως προς το είδος του προγράμματος.
- Ο σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης/ αντιμετώπισης του burnout βασισμένος στην διαδικασία του κοινωνικού σχεδιασμού που αποτελείται από συγκεκριμένα στάδια. Στην συγκεκριμένη μελέτη η διαδικασία του κοινωνικού σχεδιασμού θα καλύψει το στάδιο της Ανάλυσης και εν μέρει της Πραγματοποίησης (Ιατρίδης, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

1. Άγχος – stress

1.1.1 Οι έννοιες άγχος – stress

Το άγχος ή στρες (συναντούνται συχνά στην βιβλιογραφία ως συνώνυμοι όροι και έτσι θα δίδονται και στην παρούσα μελέτη) θεωρείται κατά βάση φυσιολογική αντίδραση των ζώντων οργανισμών απέναντι στον κίνδυνο/ απειλή. Ο όρος στρες χρησιμοποιήθηκε από τον Seyle (1950) ο οποίος τον δανείσθηκε από την ορολογία της Φυσικής και της Ιατρικής. (στο Γρεβιάς, 1991).

«Στην Ψυχολογία χαρακτηρίζεται ως στρες η ψυχολογική ένταση, η οποία προκαλείται από δυνάμεις (ερεθίσματα) οι οποίες δρουν στον οργανισμό» (Γρεβιάς, 1991, σελ.136)

Ένας από τους πιο διαδεδομένους ορισμούς είναι αυτό του Lazarus (1968) σύμφωνα με τον οποίο «το stress δημιουργείται μέσω των διαδικασιών αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντός του.» (στο Γρεβιάς, 1991)

Το άτομο για να εξελιχθεί χρειάζεται να επιζητεί την αντιπαράθεση με ερεθίσματα στο περιβάλλον ώστε να κινητοποιηθεί και να δράσει. Ο Seyle (1982) αναφέρεται στο «καλό» και στο «κακό άγχος» (eustress=δημιουργικό stress και distress=αρνητικό stress) (στο Καντάς 3^ο, 1995). Έτσι ως «καλό» θεωρεί την αναστάτωση του οργανισμού που έχει όμως περιθώρια επιλογής και δράσης (π.χ. το άγχος του αθλητή πριν τον αγώνα).

Το άγχος ενεργοποιεί τον οργανισμό ώστε να αντιδράσει και να τραπήει είτε σε φυγή, σε επίθεση ή προσαρμογή στις καταστάσεις του περιβάλλοντος. (Γρεβιάς, 1991, Καντάς 3^ο, 1995).

Έτσι στο ζωϊκό βασίλειο όταν ένας οργανισμός βρεθεί απέναντι σε κίνδυνο ενεργοποιούνται όλες του οι λειτουργίες ώστε είτε να επιτεθεί στον αντίπαλο, είτε να τραπεί σε φυγή.

Αντίστοιχα ο ανθρώπινος οργανισμός όταν βρίσκεται μπροστά σε κίνδυνο ή απειλή ενεργοποιούνται αυτόματα οι αντίστοιχοι μηχανισμοί που θα τον βοηθήσουν να αντεπεξέλθει.

Η πραγματικότητα όμως της κοινωνικής ζωής του ανθρώπου, συχνά δεν επιτρέπει συμπεριφορές όπως η φυγή, η επίθεση ή έλεγχο της αγχογόνου κατάστασης. (Καντάς 3^ο, 1995).

Οι αγχογόνες καταστάσεις ή αγχογόνοι παράγοντες μπορεί να ποικίλουν ως προς την ένταση, την χρονική διάρκεια και την πολυπλοκότητα. Οι καταστάσεις αυτές σε συνδυασμό με την προσωπικότητα του ατόμου, την ανθεκτικότητά του, τις ανάλογες εμπειρίες αλλά και την εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης οδηγούν σε μια σειρά από αντιδράσεις σε φυσιολογικό, κινητικό αλλά και νοητικό, συναισθηματικό επίπεδο. (βλ. Συμπτώματα άγχους)

Η ανάλυση του άγχος ή stress περιλαμβάνει (Γρεβιάς 1991, ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2002)

α) *Το άγχος ως ερεθίσμα.* Τα ερεθίσματα από το περιβάλλον μπορούν να είναι ευχάριστα ή δυσάρεστα καθώς δημιουργούν αντίστοιχες συναισθηματικές καταστάσεις (δυσφορία, τάση αποφυγής κ.λ.π.).

Ανάλογα με την έντασή τους και την χρονική τους διάρκεια, μπορεί να αποτελέσουν αγχογόνους παράγοντες για το άτομο ως φυσικοί, χημικοί, ψυχολογικοί ή βιοχημικοί παράγοντες

β) *Το άγχος ως άμεση ψυχοφυσιολογική αντίδραση.* Η εκδήλωση αυτή του άγχους αφορά τις αντιδράσεις του οργανισμού ως σύστημα σε φυσιολογικό και νοητικό, συναισθηματικό επίπεδο.

γ) *Το άγχος ως σταθερός τρόπος αντίδρασης.* Ο Seyle (1977) (στο Γρεβιάς, 1991) υποστηρίζει ότι όταν το άτομο εκτίθεται σε αγχώδεις καταστάσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα αποκτά το λεγόμενο «γενικό σύνδρομο προσαρμογής». Μετά τον άμεσο τρόπο αντίδρασης του ατόμου προς τις αγχογόνες συνθήκες (φυσιολογικές, κινητικές, νοητικές, ψυχολογικές) ακολουθεί μια φάση γενικής προσαρμογής κατά την οποία το άτομο μπορεί να έχει συμπεριφορά επιζήμια για το ίδιο και το περιβάλλον του. (επί συνεχούς βάσης μείωση ωρών ύπνου/ διακοπών, παράταση ωρών εργασίας κ.λ.π.)

Το άγχος στην καθημερινότητα χρησιμοποιείται με την αρνητική του έννοια (distress) υπονοώντας και όλες τις συναφείς αρνητικές για την υγεία του ατόμου συνέπειες που επιφέρει. Είναι όμως σημαντικό να αναφερθεί πως κάθε σημαντικό γεγονός (ευχάριστο ή μη) στην ζωή του ατόμου, επιφέρει stress.

Ο παρακάτω πίνακας (Σχήμα 1) δίνει μια εικόνα του βαθμού άγχους που βιώνει το άτομο κατά την αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων στην ζωή του. (Skynner, 1989)

Το σημείο που το «δημιουργικό» στρες (eustress) μετατρέπεται σε «αρνητικό» στρες (distress) έχει απασχολήσει επί σειρά ετών τους επιστήμονες και υπάρχουν πλήθος μελετών στην διεθνή βιβλιογραφία για τους παράγοντες που επιδρούν ώστε να γίνει η μεταβολή αυτή.

Η ένταση, η διάρκεια των εξωτερικών αγχογόνων παραγόντων αλλά και η προσωπικότητα και οι ήδη γνωστοί τρόποι συμπεριφοράς στο ίδιο το άτομο είναι οι βασικοί παράμετροι που συνήθως δίδονται. (Καλούρη, 1994)

ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ
Θάνατος συζύγου.....	100
Διαζύγιο.....	73
Διάσταση.....	65
Φυλάκιση.....	63
Θάνατος στενού συγγενή της οικογένειας.....	63
Τραυματισμός ή αρρώστια.....	53
Γάμος.....	50
Απόλυση από την εργασία.....	47
Συζυγικός συμβιβασμός.....	45
Συνταξιοδότηση.....	45
Αλλοίωση της υγείας μέλους της οικογένειας.....	44
Εγκυμοσύνη.....	40
Δυσκολίες στο σεξ.....	39
Ερχομός ενός καινούργιου μέλους στην οικογένεια.....	39
Επαγγελματική αναπροσαρμογή.....	39
Αλλαγή στην οικονομική κατάσταση.....	38
Θάνατος στενού φίλου.....	37
Αλλαγή στο αντικείμενο της δουλειάς.....	36
Αλλαγή στον αριθμό συγκρούσεων με τη σύζυγο.....	35
Υποθήκη πάνω από \$10.000 (τώρα γύρω στις 20.000) ²	31

² Αναφέρεται στην χρονιά συγγραφής του βιβλίου των Skynner-Cleese "Families and how to survive them" το 1983. Η δημοσίευση στα ελληνικά έγινε το 1989 (βλ.σχ.βιβλιογραφία).

Κατάσχεση της υποθήκης ή του δανείου.....	30
Αλλαγή ευθυνών στη δουλειά.....	29
Ο γιος ή η κόρη εγκαταλείπουν το πατρικό σπίτι.....	29
Προβλήματα με τα πεθερικά.....	29
Εκπληκτικό προσωπικό επίτευγμα.....	28
Η σύζυγος αρχίζει ή παύει να εργάζεται.....	26
Αρχή ή τέλος των σπουδών.....	26
Αλλαγής στις συνθήκες διαβίωσης.....	25
Αναθεώρηση προσωπικών συνηθειών.....	24
Προβλήματα με το αφεντικό.....	23
Αλλαγή ωραρίου ή συνθηκών εργασίας.....	20
Αλλαγή κατοικίας.....	20
Αλλαγή σχολείων.....	20
Αλλαγή στην διασκέδαση.....	19
Αλλαγή δραστηριοτήτων στην ενορία.....	19
Αλλαγή στις κοινωνικές δραστηριότητες.....	18
Υποθήκη ή δάνειο κάτω από \$10.000 (τώρα γύρω στις 20.000).....	17
Αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου.....	16
Αύξηση ή μείωση των οικογενειακών συγκεντρώσεων.....	15
Αλλαγή στις συνήθειες διατροφής.....	15
Διακοπές.....	13
Χριστούγεννα	12
Μικροπαραβάσεις του νόμου.....	11

Πίνακας 1

Ο παραπάνω πίνακας αποτελεί αναδημοσίευση στο βιβλίο των Skynner & Cleese (Skynner, 1989), από την κλίμακα κοινωνικής αναπροσαρμογής των Thomas H. Holmes & Richard H. Rache, από τον 11^ο τόμο της Journal of Psychological Research (Pergamon Press, 1967).

1.1.2. Η σχέση προσωπικότητας – άγχους

Συχνά στην σχετική βιβλιογραφία γίνεται αναφορά στην προσωπικότητα του ατόμου ως βασικό παράγοντα στον τρόπο αντίδρασης στο άγχος/stress.

Ιδιαίτερη αναφορά συναντάμε στον προσωπικότητα τύπου Α όπως συνηθίζεται να περιγράφεται από τους επιστήμονες. Σύμφωνα με τον Καντά (Καντάς 3^ο, 1995) τα άτομα που ανήκουν στον συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας είναι «βιαστικοί, ανταγωνιστικοί, επιθετικοί, ανυπόμονοι και επιδιώκουν υψηλού επιπέδου επιτεύγματα». Η προσωπικότητα τύπου Α στο παρελθόν έχει συσχετισθεί με την

εμφάνιση στεφανιαίων νόσων και για τον λόγο αυτό την ονόμαζαν «προσωπικότητα επιρρεπής στην στεφανιαία νόσο».

Σε αντίθεση με την προσωπικότητα τύπου Β ο τύπος Α ασχολείται με πολλά πράγματα ταυτόχρονα, είναι ανυπόμονος και διακόπτει συχνά τους συνομιλητές του.

Οι καρδιακοί παλμοί είναι σχεδόν οι διπλάσιοι στον τύπο Α από τους αντίστοιχους της προσωπικότητας τύπου Β.

Ταυτόχρονα όμως τα άτομα αυτά είναι συνήθως επιτυχημένα στην εργασία τους, προωθούνται γρηγορότερα από άλλους και συναντούνται συνήθως σε επαγγέλματα με υψηλό κύρος. Επενδύουν λιγότερο στην οικογένεια και στο φιλικό περιβάλλον και δεν έχουν πολλές δραστηριότητες εκτός εργασίας. (Argyle, 1990)

Παρόλο που οι ίδιοι πολλές φορές δεν αναφέρουν άγχος, αίσθημα ανικανοποίητου και φόρτο εργασίας τα άτομα που ανήκουν στον τύπο Α φαίνεται να αρρωσταίνουν συχνότερα. Σε συνθήκες stress καπνίζουν περισσότερο και συχνά παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, αρτηριακή πίεση, καρδιακά προβλήματα. Οι Chesney & Rosenman (1980) σε σχετική τους έρευνα το 1980 βρήκαν πως τα άτομα προσωπικότητας τύπου Α αναπτύσσουν στρες σε υπερβολικά ελεγχόμενα περιβάλλοντα εργασίας ενώ αντίθετα όταν οι ίδιοι ελέγχουν την εργασία τους δεν αναπτύσσουν σχετικά συμπτώματα στρες. (στο Argyle, 1990)

Στην σημασία της προσωπικότητα τύπου Α, έχουν αναφερθεί πλήθος ερευνητών μερικοί από τους οποίους αναφέρονται εδώ. (Cooper, 1996, Geber, 1996, Γρεβιάς, 1991, Cox, 2000).

Η Payne (1988) πιθανολογεί οι συμπεριφορές που αποδίδονται στην προσωπικότητα τύπου Α, να αποτελούν χαρακτηριστικά μια γενικότερης νευρωτικής προσωπικότητας και όχι ένα ξεχωριστό τύπο. (στο Καντάς 3^ο, 1995).

Σε άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αναφέρεται η Kobassa (1982) όπως η ανθεκτικότητα (hardiness) του ατόμου απέναντι στο άγχος ή τα άτομα που χαρακτηρίζονται ως «νευρωτικά» (neurotic). (στο Argyle, 1990)

Σε έρευνες των Kahn et al (1964) διαπιστώθηκε πως τα «νευρωτικά» άτομα βιώνουν περισσότερο άγχος απέναντι στην ίδια πηγή άγχους από τα μη «νευρωτικά» άτομα. (στο Argyle, 1990)

Η «ανθεκτικότητα» απέναντι στο stress σύμφωνα με την Kobasa (1982) ορίζεται «ως ο αριθμός των χαρακτηριστικών του ατόμου τα οποία το διαχωρίζουν από τα άτομα τα οποία αρρωσταίνουν από το άγχος» (Argyle, 1990, pg.272). Στον παράγοντα αυτό αναφέρεται και ο Cooper (Cooper, 1996). Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι η ισορροπία εμπλοκής σε όλους τους τομείς της ζωής (εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις, οικογένεια, κοινωνικές δραστηριότητες), η αίσθηση ελέγχου πάνω στην ζωή του, και η θετική ανταπόκριση στις προκλήσεις και τις αλλαγές. (Argyle, 1990)

Τέλος στην ίδια πηγή, αλλά και σε σχετικό σύγγραμμα της Geber (Geber, 1996), ως σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται και με την εργασία αναφέρεται η συμφωνία ή ταίριασμα μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (person-environment fit). Οι Svenson & Maule (Argyle, 1990) αναφέρονται στον παράγοντα αυτό ως ιδιαίτερης σημασίας για την ανάπτυξη του άγχους στον χώρο δουλειάς, καθώς τα επίπεδα stress μπορεί να είναι αυξημένα όταν τα κίνητρα και οι προσδοκίες και οι φιλοδοξίες του ατόμου δεν ταιριάζουν με τη φύση της δουλειάς που απασχολείται αλλά και συνολικά με το εργασιακό περιβάλλον.

Συμπερασματικά ο παράγοντας της προσωπικότητας του ατόμου είναι σημαντικός στην ανάπτυξη του άγχους και είναι το άτομο το οποίο στην ουσία «φιλτράρει» τα εξωτερικά ερεθίσματα και αποφασίζει πως θα αντιδράσει. Η συμπεριφορά του κάθε ατόμου μπορεί και είναι διαφορετική στα ίδια πολλές φορές εξωτερικά ερεθίσματα.

Όμως παράλληλα οι επιστήμονες παρατηρούν και διαπιστώνουν πως οι άνθρωποι έχουν τις ίδιες οργανικές και σε επίπεδο συμπεριφοράς αντιδράσεις σε κάποιες περιπτώσεις. Η καταγραφή των αλλαγών στον οργανισμό όταν υπάρχει άγχος, των επιπτώσεων που έχει το χρόνιο άγχος στον ανθρώπινο οργανισμό και στο περιβάλλον του καθώς και η μελέτη σε παγκόσμιο επίπεδο φαινομένων όπως το επαγγελματικό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση αποδεικνύουν την επίδραση των στρεσογόνων παραγόντων στο άτομο.

1.1.3 Ο μηχανισμός του άγχους

Σχετικές έρευνες στο παρελθόν έχουν αποδείξει πως οι αντιδράσεις του ανθρώπου απέναντι στο άγχος ακολουθούν μια τυπική διαδικασία τρία στάδια: (Τούντας, Αλαμάνος, 1991)

- Προετοιμασία
- Αντίδραση
- Κλονισμό

Πιο συγκεκριμένα ο αρθρογράφος αναφέρει ως κυρίαρχη τάση αυτή που θεωρεί πως οι αγχογόνοι παράγοντες «φιλτράρονται» από το άτομο το οποίο ερμηνεύει και αντιδρά αντίστοιχα στους παράγοντες αυτούς. Κατά την διαδικασία αυτή αναφέρεται και η εμπλοκή του κεντρικού νευρικού συστήματος το οποίο δρα ρυθμιστικά ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον, καθώς και το ενδοκρινικό και ανοσολογικό σύστημα. Έτσι κατά την επίδραση των στρεσογόνων παραγόντων εκκρίνονται ορμόνες όπως η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη.

Οι θετικές προκλήσεις προκαλούν την έκκριση της αδρεναλίνης ενώ οι αρνητικές της κορτιζόλης η οποία κινητοποιεί την αμυντική λειτουργία του οργανισμού απέναντι στο stress.

Αναφέρεται και η έκκριση άλλων ορμονών όπως η αυξητική, η προλακτίνη, και οι ορμόνες του θυρεοειδούς. Ορισμένοι ερευνητές (σύμφωνα πάντα με την ίδια πηγή) θεωρούν πως η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη προκαλεί βλάβες στα αιμοφόρα αγγεία και στην καρδιά, κυρίως σε καταστάσεις έντονου και διαρκούς stress. Η κορτιζόλη αντίστοιχα θεωρούν πως προκαλεί παθητικότητα και κατάθλιψη ακόμα και μείωση της ανταπόκρισης του ανοσολογικού μηχανισμού του ανθρώπου.

Στον μηχανισμό του άγχους έχει αναφερθεί και σύμφωνα με τον οποίο το άτομο έχει τρεις εναλλακτικούς τρόπους αντίδρασης απέναντι στο άγχος: (στο Γρεβιάς, 1991)

Πιο αναλυτικά, ο συγγραφέας αναφέρει πως το άτομο όταν βιώσει καταστάσεις αγχογόνες ενεργοποιεί το αμυντικό του σύστημα. Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν πολλές δυνατότητες να αντιδράσει το άτομο και να ελέγξει τους αγχογόνους παράγοντες, ακολουθεί την διαδικασία της νοητικής επεξεργασίας. Μειώνει δηλαδή

την σπουδαιότητα του αγχογόνου παράγοντα ή τον παρερμηνεύει και το αποτέλεσμα είναι η *ενδόμυχη προσαρμογή*.

Στην περίπτωση που το άτομο μπορεί να αντιδράσει και να ελέγξει τους αγχογόνους παράγοντες τότε επιδιώκει την αλλαγή και τον τερματισμό της απειλητικής κατάστασης με *επιθετικό τρόπο*.

Τέλος στην περίπτωση που οι αγχογόνοι παράγοντες είναι μεγαλύτεροι από τις δυνάμεις του ατόμου τότε αυτό τρέπεται σε *φυγή*.

Η Geber (1996) αναφέρει ποικίλες πηγές άγχους για το άτομο όπως είναι οι

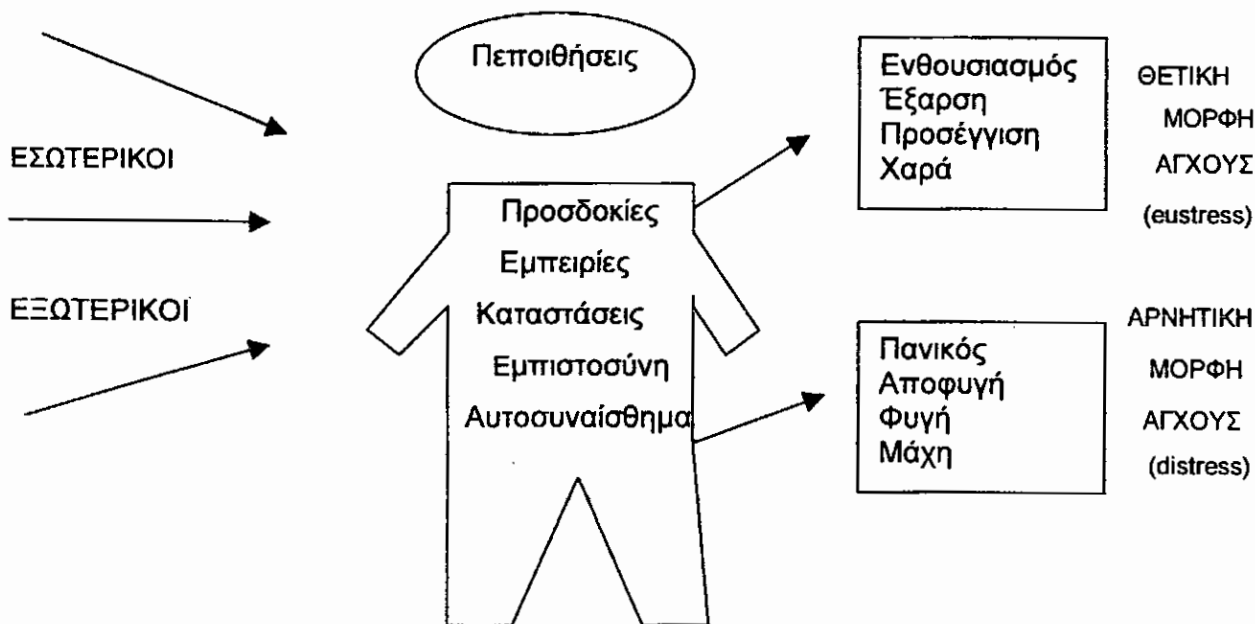
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες (θερμοκρασία, θόρυβος, φωτισμός κ.λ.π.)
- Ατομικοί – Προσωπικοί παράγοντες (προσωπικότητα, βιορυθμοί, διαπροσωπικές σχέσεις, οικογένεια, φίλοι κ.λ.π.)
- Επαγγελματικοί παράγοντες (προβλήματα στην εργασία, καριέρα, αμοιβή, σχέσεις στην εργασία, ρόλοι, φόρτος εργασίας κ.λ.π.)

Η συγγραφέας αναφέρεται στον μηχανισμό του άγχους υποστηρίζοντας πως τα αγχογόνα ερεθίσματα του περιβάλλοντος «φιλτράρονται» από το άτομο το οποίο αντιδρά (σε επίπεδο συμπεριφοράς) με διάφορους τρόπους όπως δίδεται και στο παρακάτω σχήμα.

**ΑΓΧΟΓΟΝΟΙ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

ΦΙΛΤΡΑ

**ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΟ
ΑΓΧΟΣ**



Σχήμα 1

Μηχανισμός άγχους στο άτομο (Geber, 1996, pg. 4)

1.1.4 Αλλαγές στον ανθρώπινο οργανισμό κατά την επίδραση του άγχους

Οι επιστήμονες έχουν καταγράψει μια σειρά από αντιδράσεις του ανθρώπινου οργανισμού όταν βρίσκεται σε κατάσταση stress. Οι αντιδράσεις αυτές δίδονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 2).

- Οι κόρες των ματιών διαστέλλονται και οι οφθαλμοί προσαρμόζονται ώστε να επιτυγχάνεται όραση μακρινών αντικειμένων
- Αυξάνεται η εφίδρωση
- Αυξάνεται ο ρυθμός της αναπνοής
- Μειώνεται η λειτουργία του εντέρου
- Αυξάνονται οι καρδιακοί ρυθμοί (ταχυπαλμίες)
- Αυξάνονται τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα
- Παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα πήκτικότητας στο αίμα
- Ο υποθάλαμος ενεργοποιεί τα επινεφρίδια με σκοπό την απελευθέρωση αδρεναλίνης και κορτιζόλης στην κυκλοφορία του αίματος
- Παρατηρείται αυξημένη εγρήγορση της εγκεφαλικής λειτουργίας
- Διαπλάτυνση των αναπνευστικών οδών
- Μειωμένη έκκριση και «πήξιμο» σιέλου (ξηροστομία)
- Μειωμένη λειτουργία του εντέρου
- Μειώνονται οι εκκρίσεις των πεπτικών υγρών
- Συστέλλεται ο σπλήνας ώστε να μετακινηθούν ερυθρά κύτταρα προς την κυκλοφορία
- Αποδεσμεύονται πρόσθετα ερυθρά αιμοσφαίρια στην κυκλοφορία του αίματος ώστε να αντιμετωπισθούν τυχόν μολύνσεις ή φλεγμονές.

Πίνακας 2³

³ Ο παραπάνω πίνακας αποτελεί μέρος δημοσίευσης του αντίστοιχου σχήματος στο φυλλάδιο του Υπουργείου Εργασίας σε συνεργασία με το ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. «Πηγές εργασιακού στρες» (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2002)

Συνολικά ο οργανισμός του ανθρώπου βρίσκεται σε κατάσταση συναγερμού ώστε να αντιμετωπίσει την ενδεχόμενη απειλή/ κίνδυνο και να αντιδράσει.

1.1.5 Συμπτώματα άγχους

Τα συμπτώματα του άγχους/stress παρατηρούνται σχεδόν σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού τα οποία άλλοτε καταγράφονται μέσω σχετικών μετρήσεων (π.χ. μέτρηση αρτηριακής πίεσης, θερμοκρασίας) και άλλοτε γίνονται αντιληπτά μέσω της παρατήρησης αλλά και αναφοράς τους από τα ίδια τα άτομα ή/ και το περιβάλλον τους.

Αναφέρονται τα εξής συμπτώματα μετά από επίδραση χρόνιου άγχους (Καντάς, 1995, ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2002, Cooper, 1994)

- **Σωματικά συμπτώματα:** Ξηρότητα στόματος, πονοκέφαλοι, ημικρανίες, υπέρταση, πόνοι στο στήθος, ασθματικές καταστάσεις, δυσπεψία, διάρροια/ δυσκοιλιότητα, δερματίτιδες, συχνουρία, ανορεξία, αυπνία, ναυτίες, σεξουαλικές δυσλειτουργίες (ψυχρότητα/ ανικανότητα), διαταραχές περιόδου, δύσπνοια, ονυχοφαγία νευρικές συσπάσεις (τικ), κράμπες και μυϊκοί πόνοι, συχνά κρυολογήματα, λαχάνιασμα χωρίς σωματική άσκηση, λιποθυμικά επεισόδια, κοιλιακά άλγη.
- **Ψυχολογικές εκδηλώσεις:** Ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, φόβος για το μέλλον, αισθήματα ενοχής ή/ και ντροπής, νευρώσεις/ ψυχώσεις, θυμός, νοσοφοβία, έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή, διαταραχές προσωπικότητας, απογοήτευση, πεσιμιστικές αντιλήψεις.
- **Συμπτώματα στο επίπεδο της συμπεριφοράς:** Έντονο κάπνισμα, χρήση αλκοόλ/ ηρεμιστικών, εθισμός σε φαρμακευτικές ουσίες, υπερβολική όρεξη/ ανορεξία, σωματική βία, σπάσιμο αντικειμένων, ροπή προς τα ατυχήματα, απουσίες από την εργασία, παραμέληση εξωτερικής εμφάνισης, προβλήματα γάμου, αδυναμία αντιμετώπισης καθημερινών δυσκολιών, αγοραφοβία/ κλειστοφοβία, νευρικές συνήθειες (ονυχοφαγία, κούνημα ποδιών κ.λ.π.),

μερική ή ολική απώλεια του ελέγχου, ξέσπασμα σε κλάματα/ ευερεθιστικότητα με τους άλλους.

- **Πνευματικά:** Αδυναμία συγκέντρωσης, σύγχυση, μειωμένη απόδοση, ασθενής μνήμη, απώλεια αίσθησης χιούμορ, αδυναμία λήψης αποφάσεων, ολοκλήρωσης έργου.

2. Επαγγελματικό άγχος

2.1.1 Η έννοια του επαγγελματικού άγχους

Σύμφωνα με τον Lazarus (1968) (βλ. μηχανισμό άγχους) όταν οι συνθήκες εργασίας βιώνονται ως αγχογόνες και απειλητικές το άτομο ενεργοποιεί το αμυντικό του σύστημα και οδηγείται σε έναν από τους τρεις τρόπους συμπεριφοράς. (στο Γρεβιάς, 1991)

- Την ενδόμυχη προσαρμογή δηλαδή αποδοχή της κατάστασης μετά από την σχετική νοητική επεξεργασία της δεδομένης κατάστασης
- Τον επιθετικό τρόπο όπου το ζητούμενο είναι η μεταβολή της αγχογόνας κατάστασης
- Την φυγή

Η φυγή επιλέγεται όταν οι αγχογόνες καταστάσεις είναι μεγαλύτερες από τα αποθέματα του ατόμου, το οποίο πανικοβάλλεται και τείνει να τραπήει σε φυγή. Αυτό μπορεί να είναι φανερό στον χώρο εργασίας με συμπτώματα όπως: απροθυμία ανάληψης δραστηριοτήτων, φυγή σε ασθένεια, ή ακόμη και παύση της εργασιακής σχέσης. (βλ. επιπτώσεις εργασιακού άγχους-επαγγελματική εξουθένωσης).

Το επαγγελματικό άγχος (work-related stress) αποτελεί πλέον σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία τον 2^ο σε συχνότητα παράγοντα κινδύνου στον χώρο εργασίας (αμέσως μετά τα προβλήματα στην πλάτη και την μέση). (Cox, Griggiths, Gonzalez, 2000)

Στην ίδια πηγή δίδεται ο ορισμός του επαγγελματικού άγχους σύμφωνα με την οποίο

«το επαγγελματικό άγχος είναι μια μορφή συναισθηματικών, ψυχικών, και αντιδράσεων συμπεριφοράς στις δυσμενείς και επιβλαβείς πλευρές του περιεχομένου της εργασίας, της ίδιας της οργάνωσης που απασχολείται ο εργαζόμενος και του περιβάλλοντος εργασίας... ποσοστό αγώνα ανάμεσα σε εμάς και την εργασία μας, από τις συγκρούσεις των ρόλων που έχουμε στην εργασία και έξω από αυτήν και από το γεγονός πως δεν έχουμε ένα λογικό έλεγχο στην εργασία μας αλλά και στην ζωή μας».

Στην σχετική έκδοση του OSHA με τίτλο " Research on work-related stress" (Cox, Griggiths, Gonzalez, 2000) δίδεται ένας ακόμη ορισμός του εργασιακού άγχους:

«Το άγχος που οφείλεται στην εργασία παρουσιάζεται όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε παράγοντες εργασίας ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή (ελέγχου) της κατάστασης»

Ενώ σε παλαιότερα συγγράμματα το εργασιακό άγχος αντιμετωπιζόταν ως ατομικό πρόβλημα τα τελευταία χρόνια παρατηρείται η τάση να θεωρείται σύμπτωμα δυσλειτουργίας της οργάνωσης που απασχολείται ο εργαζόμενος και νομικά πλέον να θεωρείται η επιχείρηση υπεύθυνη για λήψη μέτρων που μειώνουν τις συνέπειες του εργασιακού άγχους αλλά και την μη βλαπτικότητα των υπαλλήλων βλ. σχετική οδηγία του Συμβουλίου της Ευρώπης (89/391). (ηλεκτρονική διεύθυνση OSHA)

Η λήψη προληπτικών μέτρων δεν είναι τυχαία επιλογή της προτεινόμενης κοινωνικής πολιτικής από την Ευρωπαϊκή Ένωση δεδομένων των μετρήσεων του κόστους των απουσιών από την εργασία των εργαζομένων, προβλήματα στην απόδοση, δαπάνες αποζημιώσεων, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης κ.λ.π. βλ. σχ. υποκεφάλαιο: Συνέπειες επαγγελματικού άγχους- εξουθένωσης.

2.1.2 Πηγές – αίτια του επαγγελματικού άγχους

Ως πηγές επαγγελματικού άγχους αναφέρονται οι παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας, τις σχέσεις του εργαζόμενου με το περιβάλλον αλλά και με παράγοντες εκτός εργασιακού περιβάλλοντος που σχετίζονται όμως άμεσα με αυτό (π.χ διασύνδεση σπιτιού και εργασίας).

Θα πρέπει να αναφερθεί πως πέρα των παραγόντων που παρουσιάζονται στην συνέχεια και σχετίζονται κυρίως με το περιβάλλον εργασίας στην σχετική διεθνή βιβλιογραφία γίνεται συχνά αναφορά και στην σημασία της προσωπικότητας του ατόμου για την ανάπτυξη και σταθερή παρουσία του επαγγελματικού άγχους. Ιδιαίτερα αναφέρεται η προσωπικότητα τύπου Α όπως περιγράφεται στο παραπάνω υποκεφάλαιο για το άγχος με τίτλο: «Η σχέση προσωπικότητας – άγχους».

Οι σύγχρονες προσεγγίσεις εστιάζουν στην αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κάθε φορά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου.

Ως προς τον ρόλο της προσωπικότητας οι αναγνώστες μπορούν να ανατρέχουν στο σχετικό υποκεφάλαιο που αναφέρεται πιο πάνω.

Ως προς το περιβάλλον εργασίας αναφέρονται ως στρεσογόνοι παράγοντες ο θόρυβος, ο φωτισμός, η θερμότητα/ ψύχος, η ακτινοβολία, (Τούντας,1999)

Ο αρθρογράφος αναφέρει ως στρεσογόνους παράγοντες τις συνθήκες απασχόλησης, την κατανομή ευθυνών, το πρόγραμμα εργασίας, το εισόδημα, τις υπερωρίες, τις τριβές με την διοίκηση τους συναδέλφους κ.λ.π.: (Τούντας,1999).

Η πλειοψηφία των επιστημόνων που ασχολούνται με το θέμα συμφωνούν στους βασικούς παράγοντες που αποτελούν πηγές επαγγελματικού άγχους όπως αποδεικνύεται και στην συνέχεια.

Ο Καντάς (1995) αναλύοντας τους στρεσογόνους παράγοντες στον χώρο εργασίας σύμφωνα με το μοντέλο επαγγελματικού άγχους Cooper et al. (Σχήμα.3), περιγράφει :

A. Εσωγενείς παράγοντες στην εργασία

- Κακές συνθήκες εργασίας: Τεχνητός κακός φωτισμός, υψηλά επίπεδα θορύβου, θερμοκρασίας, αερισμός χώρων, διαρρύθμιση χώρων, ρυθμός εργασίας.
- Βάρδιες: Η εναλλαγή μέρας νύχτας (νοσηλευτικό προσωπικό, φύλακες) έχει σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στο άτομο.
- Εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας

B. Ρόλος του ατόμου στην οργάνωση

- Φόρτος εργασίας: Αναφέρεται στις περιπτώσεις που ανατίθεται στον εργαζόμενο ποσότητα ή ποιότητα εργασίας που αδυνατεί να φέρει σε πέρας.
- Ασάφεια ρόλου
- Σύγκρουση ρόλων στον επαγγελματικό χώρο

Γ. Σχέσεις στον χώρο εργασίας

- Κακές σχέσεις στον χώρο εργασίας (με συναδέλφους και ανωτέρους) όπου χαρακτηρίζονται από έλλειψη εμπιστοσύνης, στήριξης τους ενός προς τον άλλον ή στην χειρότερη περίπτωση και από διαπροσωπικές συγκρούσεις. Ιδιαίτερα η έλλειψη υποστήριξης, φροντίδας και ανθρώπινης αντιμετώπισης από τους ανωτέρους στους υφιστάμενους αποτελεί ισχυρό αγχογόνο παράγοντα.

Αλλά και η αδυναμία εκχώρησης ευθυνών και αρμοδιοτήτων από τους προϊστάμενους στους υφισταμένους, όπως και η διαχείριση των δυσκολιών στην διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελούν αγχογόνες καταστάσεις για τους ανωτέρους στον χώρο εργασίας.

Ο Καντάς αναφέρει ως επιπρόσθετες αγχογόνες πλευρές των εργασιακών σχέσεων την ανασφάλεια του νέου εργαζόμενου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των συναδέλφων/ ή ανωτέρων (ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει η σχετική υποστήριξη), την γεινίαση ή υποχρεωτική συνεργασία με άτομα που διακατέχονται από εργασιομανία με ασφυκτικούς ρυθμούς εργασίας, αλλά και την «πυκνότητα» των εργαζομένων στον ίδιο χώρο που δεν αφήνει περιθώρια χρήσης προσωπικού χώρου.

Οι πιέσεις για συμμόρφωση του ατόμου προς τους κανόνες της ομάδας με τους οποίους δεν συμφωνεί απομονώνουν και επιφέρουν επιπρόσθετο άγχος στον εργαζόμενο.

Δ. Ανασφάλεια για την θέση εργασίας, εξέλιξη σταδιοδρομίας.

- Φόβος απόλυσης/ ανεργίας
- Οι νέοι εργαζόμενοι βιώνουν συχνά την διάψευση των προσδοκιών τους, αλλά και δυσκολίες στην συνήθεια των απαιτήσεων του νέου περιβάλλοντος
- Συναίσθημα «ξεπεράσματος» (το οποίο βιώνεται κυρίως από τους παλαιότερους σε χρόνια εργασίας, εργαζόμενους) από τις νέες τεχνολογίες ή/ και τους νέους εργαζόμενους. Παράλληλα ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός πως οι εργαζόμενοι με το πέρασμα των χρόνων και την πάροδο της ηλικίας, χρειάζονται να επενδύουν περισσότερο χρόνο στην οικογένεια τους ή στις δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο θέματα που πολλές φορές δεν λαμβάνονται υπ' όψη από τους διοικούντες στον χώρο εργασίας αλλά και συνολικά από τις ισχύουσες διατάξεις και εφαρμογές πολιτικών στον χώρο εργασίας.

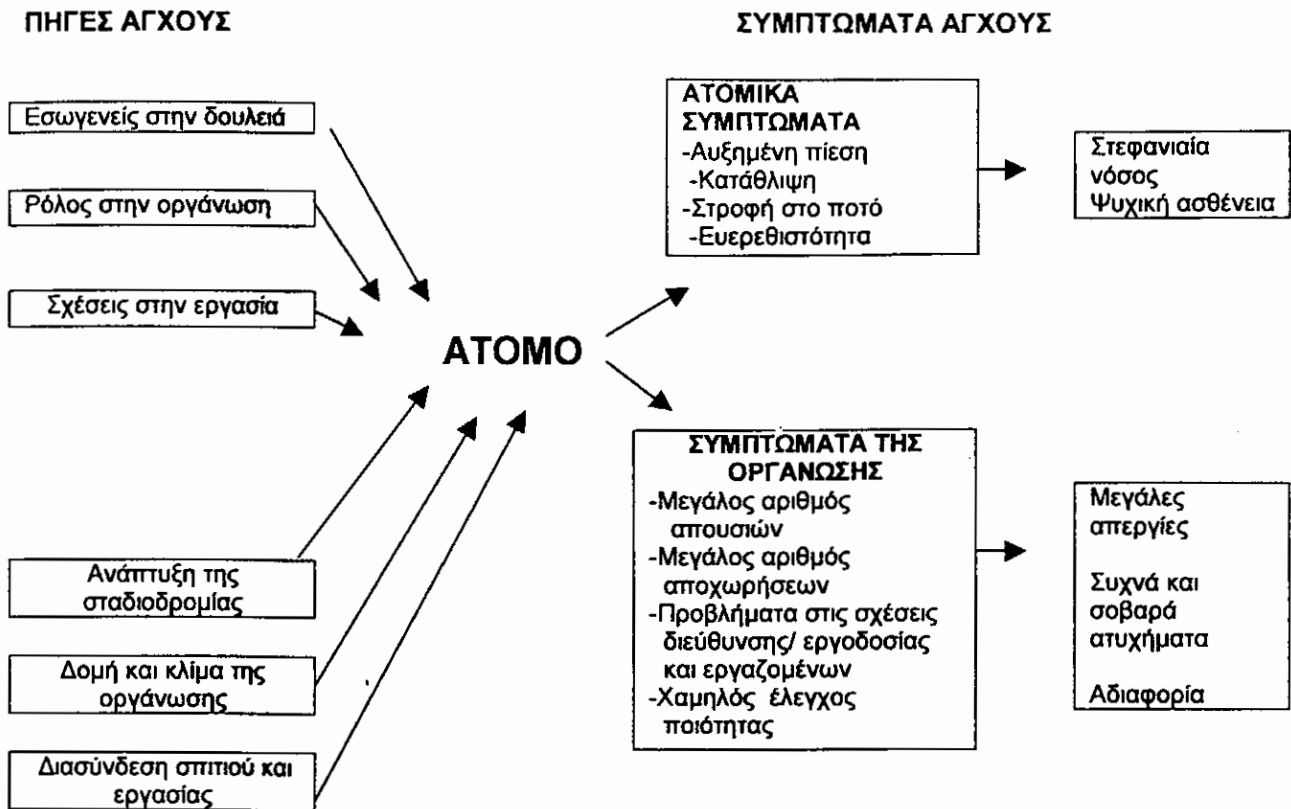
Ε. Το κλίμα και η δομή της οργάνωσης.

- Ως προς την δομή είναι σημαντική συμμετοχή ή μη των εργαζομένων στην οργάνωση της εργασίας τους και στην λήψη αποφάσεων για τον τρόπο δουλειάς.
- Αίσθημα μη ελέγχου στην ίδια την εργασία και τα αποτελέσματα της.
- Ανταγωνιστικότητα στον χώρο εργασίας, κλίμα μικροπολιτικής, δημιουργίας υποομάδων και ίντριγκας.

ΣΤ. Η διασύνδεση σπιτιού και εργασία. Τα προβλήματα στον χώρο εργασίας ή στην οικογένεια αναπόφευκτα αλληλεπιδρούν και συχνά μεταφέρονται από τον ένα χώρο στον άλλον με αποτέλεσμα να υπάρχουν διπλές πηγές άγχους για το άτομο.

- Μεταφορά προβλημάτων από τον έναν χώρο στον άλλο (σπίτι-εργασία)
- Συγκρούσεις μεταξύ των συζύγων ή/ και διαζύγια λόγω διπλής σταδιοδρομίας τους.
- Έλλειψη αμοιβαιότητας μεταξύ των συζύγων και συναισθηματικής υποστήριξης.

- Συχνές απουσίες, μετοίκηση ενός εκ των δύο ή και των δύο συζύγων για εργασιακούς λόγους.



Σχήμα 2

Μοντέλο του επαγγελματικού άγχους των Cooper et al. (Καντάς, 1995)

Το μοντέλο αυτό συναντάται συχνά στις βιβλιογραφικές αναφορές για το επαγγελματικό άγχος και δίνει σχηματικά τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν στο άτομο και το οποίο ανάλογα με τα ψυχικά του αποθέματα και τις δυνατότητες του διαντιδρά και αποκτά ή όχι κάποια από τις συμπεριφορές που αναφέρονται ως ατομικά συμπτώματα και συμπτώματα της οργάνωσης στο παραπάνω σχήμα.

Στην έκδοση του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «Πηγές εργασιακού στρες, αναφέρονται οι παρακάτω πηγές εργασιακού στρες. (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2002)

1. ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΡΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

- Απαράδεκτες εργασιακές συνθήκες
- Εργασίες σε βάρδιες
- Παρατεταμένο ωράριο εργασίας
- Πολλά ταξίδια
- Σωματικοί κίνδυνοι
- Νέα τεχνολογία
- Υπεραπασχόληση
- Υποαπασχόληση

2. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΙ ΡΟΛΟΙ

- Αμφισβήτηση ρόλου
- Σύγκρουση ρόλων
- Μεταβλητές προσωπικότητες
- Ευθύνες (για προσωπικό και εξοπλισμό)

3. ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- Με προϊσταμένους
- Με υφισταμένους
- Με συναδέλφους

4. ΠΙΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΙΕΡΑΣ

- Έλλειψη επαγγελματικής ασφάλειας
- Ασυμβατότητα θέσης
- Πρόωρη συνταξιοδότηση
- Περιορισμένες προοπτικές ανέλιξης
- Υπο-προώθηση (μη προαγωγή) και Υπερ-προώθηση

5. ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

- Ανυπαρξία αίσθησης «ανήκειν»
- Έλλειψη συμμετοχής
- Έλλειψη καθοδήγησης και επικοινωνίας
- Περιορισμός στην συμπεριφορά

6. ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ/ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αλλά και άλλες βιβλιογραφικές πηγές (Argyle,1990) αναφέρουν ως πηγές του επαγγελματικού άγχους αντίστοιχες κατηγορίες όπως:

1.Το κύρος του επαγγέλματος. Σύμφωνα με τον συγγραφέα η επαγγελματική ικανοποίηση είναι υψηλότερη στα επαγγέλματα που έχουν την σχετική οικονομική και κοινωνική αναγνώριση (καθηγητές ανώτατης εκπαίδευσης, γιατροί, managers, επιστήμονες κ.λ.π.).

Όμως κάποια επαγγέλματα σε σχετική έρευνα του 1980 αναφέρεται πως επιφέρουν περισσότερη έκκριση αδρεναλίνης και πνευματική προσπάθεια και θεωρούνται περισσότερο στρεσογόνα από άλλα. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι γιατροί, οι οδοντίατροι, οι managers και οι διευθυντές ενώ σε χαμηλότερα επίπεδα stress βρίσκονται οι εκπαιδευτικοί, επιστήμονες κ.λ.π.

Επίσης υψηλά επίπεδα άγχους παρατηρούνται στις νοσηλεύτριες/ νοσηλευτές αλλά και στις γραμματείς σε σχέση με τα επαγγέλματα που βρίσκονται στην μεσαία κατηγορία κοινωνικής αναγνώρισης.

2.Φόρτος εργασίας. Η υπερβολική εργασία σε ώρες και ποιότητα επιφέρουν υψηλά επίπεδα άγχους στον εργαζόμενο. Ιδιαίτερα όταν οι υψηλές απαιτήσεις από τον εργασιακό χώρο δεν συνοδεύονται από συμμετοχή στις αποφάσεις και την οργάνωση της εργασίας παρατηρούνται υψηλότερα επίπεδα stress από τις περιπτώσεις που υπάρχει συμμετοχικότητα στις αποφάσεις και την οργάνωση της εργασίας.

3. Έλλειψη αυτονομίας-ελέγχου. Σύμφωνα με τον Warr (1987) σε σχετική του έρευνα στις περιπτώσεις που δεν δίδεται στον εργαζόμενο η δυνατότητα να αυτενεργεί και να ορίζει ο ίδιος την εργασία του αυξάνεται το άγχος, η κατάθλιψη, καρδιολογικά προβλήματα και ψυχικές ασθένειες (στο Argyle,1990).

4. Επαναλαμβανόμενη εργασία.

5. **Κίνδυνος.** Στα επαγγέλματα που υπάρχει κίνδυνος για την σωματική ακεραιότητα (αστυνομικοί, πιλότοι) του ατόμου ο εργαζόμενος παρουσιάζει συχνότερα άγχος από εργαζόμενους σε πιο ασφαλές περιβάλλον εργασίας.

6. **Περιβαλλοντικοί στρεσογόνοι παράγοντες.** Εδώ αναφέρονται τα προβλήματα του περιβάλλοντος εργασίας όπως ο τεχνητός και κακός φωτισμός, η ζέστη ή η παγωνιά στον χώρο εργασίας, θόρυβος, έλλειψη ύπνου, χιλιομετρική απόσταση από τον χώρο εργασίας, οι περιβάλλοντες χώροι.

1. **Σύγκρουση ρόλων.** Οι μη σαφείς αρμοδιότητες στον χώρο εργασίας και η σύγκρουση των εργασιακών ρόλων συνδέονται με την χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία και την αύξηση της έντασης, της κατάθλιψης και σωματικών ενοχλημάτων. Ιδιαίτερα οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν πολλές φορές συγκρούσεις στους ρόλους εργαζόμενη-μητέρα (ιδιαίτερα οι νέες μητέρες) έχει βρεθεί πως σχετίζεται με υψηλά επίπεδα άγχους.

2. **Ευθύνη για άλλα άτομα.** Ο συγγραφέας υποστηρίζει πως η ευθύνη για άλλα άτομα στον χώρο εργασίας (αλλά και για υλικό) συνεργεί στην συχνότερη παρουσία ασθενειών στα διευθυντικά στελέχη και τους managers. Αναφέρει σχετική έρευνα των French & Carlan (1970) όπου διαπίστωσαν θετική συσχέτιση της ευθύνης για άλλα άτομα (ή υλικό) με υπέρταση, υψηλή χοληστερίνη, και κάπνισμα. Αναφέρει σχετικά πως οι θέσεις των ατόμων αυτών συνοδεύονται από πίεση για λήψη αποφάσεων, συγκρούσεις, ανάληψη ευθυνών για λάθη άλλων και ατέλειωτες συναντήσεις στον χώρο εργασίας με άλλα άτομα (στο Argyle, 1990).

3. **Η επαγγελματική εξουθένωση/burnout.** Το burnout αναφέρεται και εδώ ως μια ιδιαίτερη μορφή του stress που σχετίζεται άμεσα με την συναισθηματική εξάντληση. Ο συγγραφέας συσχετίζει άμεσα την εμφάνιση του συνδρόμου με τα ιατρικά επαγγέλματα και επαγγέλματα βοήθειας (medical & helping professions). Συγκεκριμένα αναφέρεται στους ορισμούς της Maslach για την επαγγελματική εξουθένωση (βλ. σχ. υποκεφάλαιο)

Οι Cooper & Straw (1994) τέλος, δίδουν με την σειρά τους τις κύριες πηγές επαγγελματικού άγχους:

- 1. Το περιβάλλον εργασίας.** Αναφέρεται στον θόρυβο, φως, διακόσμηση, άνεση, τάξη, απομόνωση, ρύπανση. Στην κατηγορία αυτή εντάσσει και την πυκνότητα των μετακινήσεων που απαιτούνται για τον εργαζόμενο, την τεχνολογία και τις πιέσεις. Ως προς τις πιέσεις τις διακρίνει στον φόρτο εργασίας και τις απαιτήσεις πέρα των δυνατοτήτων του εργαζόμενου.
- 2. Θέση στην οργάνωση της επιχείρησης.** Η θέση που έχει ο εργαζόμενος μπορεί να αποτελεί επιπλέον στρεσογόνο. Παράλληλα οι μη ξεκάθαροι ρόλοι και αρμοδιότητες επιβαρύνουν την κατάσταση.
- 3. Επαγγελματικές σχέσεις.** Θεωρείται σύμφωνα με τους συγγραφείς σημαντικός παράγοντας ως πηγή ικανοποίησης ή πιέσεων. Το κλίμα εμπιστοσύνης, κατανόησης και φιλίας όταν προέρχεται από ανωτέρους-συναδέλφους και υφιστάμενους είναι πηγή υποστήριξης και ικανοποίησης. Το αντίθετο αποτελεί πηγή πιέσεων.
- 4. Επαγγελματική εξέλιξη.** Η εξέλιξη του εργαζόμενου στην οργάνωση που απασχολείται με την πάροδο του χρόνου μπορεί να μην συνοδεύεται από αντίστοιχες επιβραβεύσεις, προαγωγές, αυξήσεις των μισθών ή άλλων κινήτρων. Η ανέλιξη του επαγγελματία σταδιακά μειώνεται και ίσως και να σταματήσει καθώς δεν υπάρχουν περιθώρια πραγματοποίησης των φιλοδοξιών του στον χώρο απασχόλησής του.
- 5. Αλλαγές στην οργάνωση της εργασίας.** Οι συχνές αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης, διοίκησης, καινούργια τμήματα, ή κλείσιμο παλαιότερων τμημάτων αποτελεί παράγοντα άγχους για τους εργαζόμενους.

3.Βιβλιογραφική ανασκόπηση της έννοιας επαγγελματική εξουθένωση (burnout)

3.1.1 Ορισμός της έννοιας

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberg ο οποίος περιέγραψε ένα σύνολο συμπτωμάτων που παρατήρησε σε εθελοντές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. (στα Παπαδάτου Αναγνωστόπουλος, 1999, Αδαλή, 1999)

Ακολούθησαν πλήθος ερευνών για το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης το οποίο ορίστηκε με ποικίλους τρόπους.

Ο Cherniss (1980b) ορίζει το burnout «ως μια διεργασία που περιλαμβάνει το εργασιακό άγχος, την ένταση και κούραση του εργαζόμενου και τον ψυχολογικό συμβιβασμό ή κλείσιμο.» (στο Cooper, 1996).

Περιγράφει τρία στάδια τα οποία διαδέχονται το ένα το άλλο:

Το πρώτο στάδιο αναφέρεται στην ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων της δουλειάς και των αποθεμάτων του ατόμου. Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει την συναισθηματική ανταπόκριση προς την ανισορροπία αυτή η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθήματα, άγχους, έντασης, κούρασης και εξάντλησης. Στο τρίτο στάδιο διακρίνονται οι αλλαγές στην στάση και την συμπεριφορά του εργαζόμενου ο οποίος γίνεται απαθής και κυνικός.

Οι Pines & Aronson (1988) ορίζουν το burnout «ως μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σωματική, συναισθηματική και ψυχική εξάντληση η οποία προκαλείται από την μακρόχρονη επαφή με καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή.» (στο Schaufeli, Maslach, Marek, 1993).

Περιγράφουν την σωματική εξάντληση ως αίσθημα κούρασης, αδυναμίας και χαμηλής ενεργητικότητας. Στην συνέχεια αναφέρονται στην συναισθηματική εξάντληση ως κατάσταση που κυριαρχούν συναισθήματα ανημποριάς και χωρίς ελπίδα και τέλος η ψυχική εξάντληση χαρακτηρίζεται από την σταδιακή εξέλιξη αρνητικών στάσεων του ατόμου απέναντι στον εαυτό του, την εργασία του αλλά και την ίδια την ζωή.

Η Seuntjens (1982) αναφέρεται στην επαγγελματική εξουθένωση ως «εξασθένηση της ψυχολογικής κατάστασης η οποία προκαλείται από την διάψευση των επαγγελματικών ελπίδων με αποτέλεσμα την μειωμένη αποδοτικότητα και το χαμηλό ηθικό, τα οποία οδηγούν σε απουσίες, αποχώρηση από την εργασία και ψυχοσωματικές αρρώστιες. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια απάντηση στο στρες. Είναι μια σωματική και ψυχολογική εξάντληση. Οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αναπτύσσουν επαγγελματική εξουθένωση δεν έχουν πια θετικά αισθήματα για τον εαυτό τους και τους ασθενείς και ίσως να τους συμπεριφέρονται με απάνθρωπο κυνισμό.» (στο Αδαλή, 1999)

Οι Edelwich & Brodsky (1980) αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση ως μια προοδευτική διεργασία από-ιδανικοποίησης και περιγράφουν 4 διαδοχικά στάδια ανάπτυξης του burnout (στο Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στο πρώτο στάδιο του ενθουσιασμού ο νέος επαγγελματίας υγείας έχει υψηλές προσδοκίες και στόχους, εργάζεται πολύ και επενδύει στις σχέσεις του με τους ασθενείς. Ο χώρος εργασίας αποτελεί γι' αυτόν πρωταρχική πηγή αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης.

Το δεύτερο στάδιο της αμφιβολίας και αδράνειας αρχίζει η συνειδητοποίηση από τον επαγγελματία υγείας της μη ανταπόκρισης των προσδοκιών από τον χώρο εργασίας του. Εργάζεται σκληρότερα ώστε να καλύψει την απογοήτευσή του αλλά σταδιακά από-ιδανικοποιεί το περιβάλλον εργασίας και θεωρεί τώρα σημαντικά θέματα όπως οι χαμηλές αμοιβές, εξαντλητικά ωράρια κ.λ.π. ενώ πριν δεν τον ενοχλούσαν.

Στο τρίτο στάδιο κυριαρχεί η απογοήτευση και η ματαιώση όπου ο εργαζόμενος νοιώθει συχνά κατάθλιψη και αναρωτιέται την αξία του να παραμένει σε έναν χώρο δουλειάς που του προκαλεί άγχος. Βρίσκεται σε αδιέξοδο και αισθάνεται απογοητευμένος. Το στάδιο αυτό είναι μεταβατικό καθώς σύντομα θα πρέπει να αποφασίσει αν θα αποχωρήσει από τον χώρο εργασίας του ή θα αλλάξει τις προσδοκίες του και την συμπεριφορά του.

Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο κυριαρχεί η απάθεια όπου ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα και αλλαγή, νοιώθει ανεπαρκής, επενδύει ελάχιστη ενέργεια στην εργασία του και παραμένει καθαρά για λόγους επιβίωσης.

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλο (1986) στα 2 τελευταία στάδια γίνεται αντιληπτό από τους γύρω πως ο εργαζόμενος αντιμετωπίζει κάποια προβλήματα και τα οποία εκδηλώνονται σε οργανικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο.

Ένας από τους πλέον διαδεδομένους και ευρέως αποδεκτούς ορισμούς του burnout είναι αυτός της Christine Maslach (1982) που διατυπώθηκε το 1982 και ορίζει την επαγγελματική εξάντληση «ως σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του για τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς ή πελάτες, παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.» (στα Maslach, 1996, Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999)

Ως τρεις κύριοι παράγοντες του burnout σύμφωνα με τους Maslach & Jackson (1986) θεωρούνται η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων (στα Αδαλή 1999, Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου 1999, Maslach 1996, Schaufeli, Maslach, Marek, 1993)

α) Η συναισθηματική εξάντληση θεωρείται το κύριο σημείο του συνδρόμου και το πρώτο του στάδιο. Κύρια χαρακτηριστικά της είναι η ψυχική κόπωση του εργαζόμενου, η έλλειψη ενέργειας και η αίσθηση πως έχουν εξαντληθεί τα συναισθηματικά αποθέματα του ατόμου. Ο εργαζόμενος δεν έχει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να αποδώσει στην εργασία του όπως στο παρελθόν.

β) Η αποπροσωποποίηση χαρακτηρίζεται από απόμακρη και αρνητική στάση του επαγγελματία προς τους ασθενείς ο οποίος συμπεριφέρεται πολλές φορές με κυνισμό ή αποφεύγει να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ασθενή.

γ) Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Η τρίτη παράμετρος της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρεται στην τάση του επαγγελματία να βλέπει αρνητικά τον εαυτό του και την εργασία του. Αισθάνεται αποτυχημένος και μειώνεται η απόδοσή του στην εργασία.

Μερικά κοινά χαρακτηριστικά των βασικών θεωριών για την επαγγελματική εξουθένωση μπορούν να θεωρηθούν σύμφωνα με τους Maslach & Schaufeli (Schaufeli, Maslach, Marek, 1993) τα εξής:

1^ο Υπάρχει μια διάχυτη δυσφορία που συνοδεύεται από ψυχικά κυρίως συμπτώματα όπως είναι η συναισθηματική εξάντληση, η πνευματική κούραση και η θλίψη.

- 2° Κυρίως τα συμπτώματα εκδηλώνονται σε ψυχολογικό επίπεδο και στη συμπεριφορά του ατόμου παρά σε θέματα σωματικής φύσεως (ως προς το τελευταίο υπάρχουν αρκετές μελέτες που ισχυρίζονται το αντίθετο).
- 3° Τα συμπτώματα του burnout σχετίζονται με τον εργασιακό χώρο
- 4° Τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται στα «φυσιολογικά» άτομα με την έννοια πως τα ίδια δεν είχαν ποτέ συμπτώματα ψυχοπαθολογίας
- 5° Η μειωμένη αποτελεσματικότητα στον χώρο εργασίας και η μη ολοκλήρωση της εργασίας συμβαίνουν λόγω των αρνητικών στάσεων και συμπεριφορών.

Στην παρούσα μελέτη παίρνονται υπ' όψη, όλοι οι παραπάνω ορισμοί της έννοιας με κύρια κατεύθυνση πως η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια απάντηση στο χρόνιο επαγγελματικό άγχος και πως στην ουσία πρόκειται για μια σωματική και ψυχολογική εξάντληση του/ της επαγγελματία, με συνέπειες στον ίδιο, στο περιβάλλον εργασίας, σε όλη την οργάνωση αλλά και τους αποδέκτες των υπηρεσιών του/ της.]

3.1.2 Σχέση επαγγελματικού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout)

Η σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με άλλες μεταβλητές όπως η επαγγελματική ικανοποίηση, η αλλοτρίωση της εργασίας, η κατάθλιψη κ.λ.π. έχει μελετηθεί από ερευνητές και έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες σύνδεσής τους. Ιδιαίτερη όμως σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται να υπάρχει με το επαγγελματικό άγχος/stress η οποία αποδεικνύεται από επιστήμονες που ασχολούνται επί σειρά ετών με το burnout.

Η σχέση αυτή είναι ιδιαίτερης σημασίας για την παρούσα μελέτη, όπου επιχειρείται ο σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης τους επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout). Τα όρια μεταξύ του χρόνιου επαγγελματικού stress και του burnout δεν είναι σαφώς διαχωρισμένα και πολλές φορές οι έννοιες αυτές ταυτίζονται όπως αποδεικνύεται από τις μελέτες που παρουσιάζονται, συνοπτικά στην συνέχεια.

Σύμφωνα με την Maslach (Maslach & Jackson, 1996) το burnout και το επαγγελματικό άγχος μπορεί κανείς να τα παρατηρήσει αλλά και να τα ορίσει περισσότερο ως μια εξελικτική διεργασία παρά σαν σαφή στάδια που διαχωρίζονται ξεκάθαρα το ένα από το άλλο. Η συγγραφέας υποστηρίζει ότι το χρόνιο άγχος που σχετίζεται με την εργασία μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση (burnout).

Ο Καντάς (1995) αναφέρεται στην επαγγελματική εξουθένωση ως μια μορφή επαγγελματικού άγχους. Πιο συγκεκριμένα - στηριζόμενος στην άποψη των Cordes & Dougherty (1993) - υποστηρίζει πως «αν το επαγγελματικό άγχος ορισθεί με βάση τις απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος, θα μπορούσε και η επαγγελματική εξουθένωση να ορισθεί ως μια μορφή επαγγελματικού άγχους, εφόσον η εμφάνισή της καθορίζεται από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας, και ως προς την κατεύθυνση αυτή φαίνεται να υπάρχει σήμερα κάποια σύγκλιση».

Αντίστοιχα οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999) αναφέρουν πως η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται στους επαγγελματίες υγείας με χρόνιο συσσωρευμένο άγχος οι οποίοι αισθάνονται πως τα ψυχικά τους αποθέματα δεν είναι αρκετά για να αντεπεξέλθουν στην πίεση του εργασιακού χώρου.

Οι Bruke & Richardsen (Cooper, 1996) αναφέρονται στην στενή σχέση του burnout με το stress και ιδιαίτερα με το επαγγελματικό άγχος και αναφέρουν μια σειρά από στρατηγικές που μπορούν να ακολουθήσουν οι οργανώσεις για να μειώσουν το stress και το burnout των εργαζομένων.

Οι Svenson & Maule (Argyle, 1990) ορίζουν το burnout ως μια ιδιαίτερη κατηγορία stress η οποία είναι συχνή στους επαγγελματίες υγείας και στα λεγόμενα επαγγέλματα βοήθειας (helping professions) όπου όλοι οι παραπάνω συνδιαλέγονται σε καθημερινή βάση με ανθρώπους.

Οι Cox (1990) & Leiter (1991b) υποστηρίζουν πως υπάρχει σαφής αιτιολογική σχέση (αλυσίδα) μεταξύ του stress το οποίο σταδιακά συντελεί στο burnout και με την σειρά του είναι άμεσα σχετιζόμενο με την αρνητική αντίληψη για την εργασία, τις συχνές

απουσίες από την εργασία αλλά και την έλλειψη δέσμευσης προς τον χώρο εργασίας (στο Schaufeli, Maslach, Marek, 1993).

Είναι λοιπόν εμφανής, από τα παραπάνω, η σαφής σχέση που υπάρχει μεταξύ του επαγγελματικού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout). Δεν είναι δυνατός ο σαφής/ κάθετος διαχωρισμός του ενός φαινομένου από το άλλο καθώς ακολουθείται μια εξελικτική διαδικασία όπου μεταβαίνει κανείς από το ένα στάδιο στο άλλο.

Άλλωστε όσον αφορά τα συναισθήματα και την συμπεριφορά του ανθρώπου οι σαφείς διαχωρισμοί μεταξύ των διαφόρων σταδίων στα ψυχολογικά φαινόμενα, αλλά ακόμα και οι διαχωρισμοί μεταξύ «φυσιολογικού» και «παθολογικού» είναι πάντα σχετικοί με την υπάρχουσα επιστημονική γνώση, τα στατιστικά δεδομένα του «μέσου όρου» και βέβαια τις εκάστοτε κοινωνικοπολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες.

Συμπερασματικά το χρόνιο επαγγελματικό άγχος (work-related stress), μπορεί σταδιακά να οδηγήσει στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι επιπτώσεις και στην μια και στην άλλη περίπτωση είναι επιζήμιες για τον ίδιο τον εργαζόμενο το περιβάλλον του (οικογενειακό, εργασιακό) αλλά και την ίδια την επιχείρηση/ οργάνωσή.

3.1.3 Αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι σύγχρονες προσεγγίσεις για τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης εστιάζουν στην αλληλεπίδραση ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Υπάρχουν όμως αρκετοί επιστήμονες που εστιάζουν στις αντίξοες συνθήκες εργασίας, φαινόμενο που φαίνεται να συμβαδίζει την συγκεκριμένη χρονική στιγμή με την τάση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Υγιεινής και Ασφάλειας στην Εργασία όπου σε σχετικό φυλλάδιο της ελληνικής έκδοσης (βλ. ηλεκτρονική διεύθυνση OSHA, FACT 31) απευθύνεται στους εργαζόμενους «Να θυμάστε: το εργασιακό άγχος αποτελεί σύμπτωμα κάποιου οργανωτικού προβλήματος, και όχι προσωπική αδυναμία!».

Αντίστοιχα άλλες προσεγγίσεις εστιάζουν στα ατομικά χαρακτηριστικά ως κύριους παράγοντες για την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης θα μπορούσαν σχηματικά να χωρισθούν σε τρία επίπεδα αιτιών που σχετίζονται με το άτομο, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το περιβάλλον εργασίας.

Στην βιβλιογραφία συναντάμε αντίστοιχες προσεγγίσεις που πολλές φορές εστιάζουν σε κάποιον από τους παραπάνω παράγοντες. Οι επιστήμονες όμως συμφωνούν πως πρόκειται στην ουσία για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο στο οποίο αλληλεπιδρούν οι παράγοντες που σχετίζονται με το ίδιο το άτομο, (προσωπικότητα, προσδοκίες, δημογραφικά χαρακτηριστικά κ.λ.π.) τις σχέσεις του ατόμου-εργαζόμενου (με ασθενείς και συναδέλφους/ ανωτέρους) αλλά και θέματα που αφορούν την ίδια την δομή και λειτουργία της οργάνωσης/ επιχείρησης. (Schaufeli, Maslach, Marek, 1993, Αδαλή, 1999, Cooper & Payne, 1988).

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται συνοπτικά μερικές από τις βασικές προσεγγίσεις ως προς την αιτιολογία του burnout

Οι θεωρητικοί που εστίασαν στα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων που αναπτύσσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υποστηρίζουν πως χαρακτηρίζονται από υψηλές προσδοκίες από την εργασία τους ιδεαλιστικού χαρακτήρα, και οι οποίοι είναι ιδιαίτερα αφοσιωμένοι στην εργασία τους και με υψηλό βαθμό συναισθηματική εμπλοκή. (Schaufeli, Maslach, Marek, 1993)

Παρ' όλα αυτά ο Hallsten (1988) συμπεραίνει πως δεν μπορεί κανείς να ισχυρισθεί πως τα ατομικά χαρακτηριστικά επαρκούν για να οδηγήσουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Υποστηρίζει πως στην ουσία η επαγγελματική εξουθένωση καθρεπτίζει όψεις της ίδιας της οργάνωσης/ επιχείρησης και της κοινωνίας (στο Schaufeli, Maslach, Marek, 1993).

Στα ατομικά χαρακτηριστικά εστιάζουν οι παρακάτω ερευνητές. Σύμφωνα λοιπόν με τους Cherniss, (1980b) Farber, (1983) Freudenberg & Richelson (1980) τα άτομα

που είναι ευαίσθητα, αφοσιωμένα, με υψηλή ενσυναίσθηση (empathy), με ανθρωποκεντρική αντίληψη και ιδεαλισμό και ταυτόχρονα αγχώδη, υπερενθουσιώδη, με υψηλού βαθμού συναισθηματική εμπλοκή πιθανά να οδηγηθούν στην επαγγελματική εξουθένωση (στο Cooper, 1996).

Σχετικοί συσχετισμοί δίδονται μεταξύ της προσωπικότητας του ατόμου και την ανάπτυξης του burnout. Συγκεκριμένα η προσωπικότητα τύπου A (βλ. σχ. Ο ρόλος της προσωπικότητας) συσχετίζεται σύμφωνα με τους Farber, (1983) Kirchmeyer, (1988) με την εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης (στο Cooper, 1996).

Οι Pines & Aronson (1988) υποστηρίζουν πως το burnout βιώνουν εκείνοι οι επαγγελματίες που συνδέουν την καριέρα τους με πολύ υψηλούς στόχους και προσδοκίες και παράλληλα ενταχθούν σε ένα αρνητικό εργασιακό χώρο. Θεωρούν το εργασιακό περιβάλλον ως ιδιαίτερα σημαντική παράμετρο για τους εργαζόμενους που έχουν υψηλές προσδοκίες, ώστε να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση. Ταυτόχρονα υποστηρίζουν πως όταν οι άνθρωποι προσπαθούν να βρουν νόημα στην ζωή τους μέσω της εργασίας και αποτύχουν στην προσπάθεια αυτή, τότε το αποτέλεσμα είναι το burnout (στο Schaufeli, Maslach, Marek, 1993).

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά η μελέτη των Maslach & Jackson (1981) που δημοσιεύθηκε την ίδια χρονιά και διήρκεσε πάνω από 8 χρόνια θεωρείται μια σημαντική συμβολή στην κατανόηση των παραγόντων που οδηγούν στο burnout. (στο Αδαλή, 1999)

Η μελέτη αυτή χρησιμοποίησε την κλίμακα της Maslach και συμπεριλάμβανε 1025 επαγγελματίες (γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και δασκάλους) από διάφορα σημεία των Η.Π.Α.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως τα φύλα, η εκπαίδευση, τα χρόνια προϋπηρεσίας, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε πως σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση.

Επιγραμματικά αναφέρουμε, πως άνδρες και γυναίκες διαπιστώθηκε πως έχουν παρόμοια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, όμως οι γυναίκες έχουν την τάση να βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση (βλ. κλίμακες ερωτηματολογίου

Maslach). Οι άνδρες φαίνεται να παρουσιάζουν πιο απρόσωπη στάση απέναντι στους πελάτες/ ασθενείς και αυτό συσχετίζεται πιθανά με τους ρόλους που αποδίδονται σε κάθε φύλο.

Ως προς την ηλικία οι νεώτεροι εργαζόμενοι παρουσιάζουν συχνότερα επαγγελματική εξουθένωση. Η οικογενειακή κατάσταση επίσης παίζει σημαντικό ρόλο καθώς βρέθηκε πως οι ανύπανδροι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. (Αδαλή, 1999)

Οι Buunk & Schaufeli (1990) υποστηρίζουν πως υπάρχουν δύο βασικοί παράγοντες που οδηγούν σταδιακά στην επαγγελματική εξουθένωση τους ανθρώπους που εργάζονται στα λεγόμενα επαγγέλματα βοήθειας (διαπροσωπική προσέγγιση). Ο πρώτος είναι πως η συνεχής επαφή με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα προκαλεί σταδιακά άγχος το οποίο προκύπτει από την σχέση αυτή.

Ο δεύτερος ισχυρός παράγοντας αναφέρεται στις σχέσεις των εργαζομένων με τους συναδέλφους και τους ανωτέρους. Η έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον εργασίας θεωρείται βασικός παράγοντας σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή (στο Schaufeli, Maslach, Marek, 1993).

Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (social support) αναφέρεται συχνά στην διεθνή βιβλιογραφία κυρίως ως προς τις εργασιακές σχέσεις και λιγότερο ως προς τις σχέσεις του εργαζόμενου με το οικογενειακό του περιβάλλον. (Schaufeli, Maslach, Marek, 1993, Maslach, 1996, Argyle, 1990, Καντάς, 1995).

Η συναδελφική αλληλεγγύη, η υποστήριξη από συναδέλφους και προϊστάμενους όπως και το θετικό κλίμα στις εργασιακές σχέσεις αναφέρονται σε σχετικές έρευνες ως πολύ σημαντικοί παράγοντες για την μείωση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης. Σε σχετικές έρευνες σε νοσηλευτές, από τους Leiter, (1988) Leiter & Maslach (1988) αλλά και τους Robinson et al. (1993) διαπιστώθηκε η επίδραση των αρνητικών εργασιακών σχέσεων και του αρνητικού κλίματος στην εργασία, στην επαγγελματική εξουθένωση. (στο Αδαλή, 1999).

Σημαντική είναι η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και με τους παράγοντες που σχετίζονται με την ίδια την οργάνωση, την δομή και την λειτουργία

της. Η Cherniss (1980a) συμφωνώντας με τον White (1959), υποστηρίζει την σημασία της χαμηλής οικονομικής αμοιβής ως σημαντικό παράγοντα δημιουργίας stress που μπορεί να οδηγήσει στην επαγγελματική εξουθένωση. Παράλληλα υποστηρίζει πως η γραφειοκρατία, οι υπερωρίες και η έλλειψη υποστήριξης από ανωτέρους δεν επιτρέπουν στους εργαζόμενους να αξιοποιήσουν τις ικανότητές τους. Αντίθετα όταν η δομή της οργάνωσης έχει αυτά τα χαρακτηριστικά, οδηγεί σε μη αποτελεσματικότητα της εργασίας των ανθρώπων που απασχολούνται σε αυτή. Υποστηρίζει τέλος πως υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της ελλιπούς αίσθησης της αποτελεσματικότητας του επαγγελματία με το burnout (στο Schaufeli, Maslach, Marek, 1993).

Στην ίδια πηγή δίδεται η πιθανή συσχέτιση της ανάπτυξης επαγγελματικής εξουθένωσης, στους κοινωνικούς λειτουργούς, με την μη δυνατότητα αποκατάστασης των πελατών τους. Η έλλειψη δομών κοινωνικοοικονομικής υποστήριξης για τους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες για σταδιακή ανάπτυξη του συνδρόμου, καθώς οι επαγγελματίες βιώνουν συνεχή ματαίωση λόγω της ανεπάρκειας ή έλλειψης κοινωνικής πολιτικής για τους εξυπηρετούμενους τους.

Άλλοι ερευνητές αναφέρονται τον φόρτο εργασίας ως παράγοντα που μπορεί να επιφέρει επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα οι Maslach, (1982) Pines & Kanner, (1982) Maslach & Pines (Schaufeli, Maslach, Marek, 1993) συμφωνούν πως ο φόρτος εργασίας ειδικά στον επαγγελματία νοσηλευτή σημαίνει πως ένας μεγάλος αριθμός ασθενών θα πρέπει να εξυπηρετηθεί σε λίγο χρόνο. Αυτό επιφέρει μια σειρά από αρνητικά αποτελέσματα όπως την μειωμένη επαφή του επαγγελματία με τον ασθενή, αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα και την ποσότητα της εργασίας και διαπίστωσαν θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των νοσηλευσμένων που αντιστοιχούν σε κάθε νοσηλευτή και στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης (στα Schaufeli, Maslach, Marek, 1993, Αδαλή, 1999).

Ο Winnubst (1993) υποστηρίζει πως η σωματική κούραση και η συναισθηματική εξάντληση είναι οι όψεις του ίδιου νομίσματος. Παράλληλα θεωρεί σημαντική την

δομή της οργάνωσης που απασχολείται ο επαγγελματίας καθώς επηρεάζει συνολικά την κουλτούρα και το κλίμα που κυριαρχεί (στο Schaufeli, Maslach, Marek, 1993).

Οι Cox, Kuk, Leiter (Schaufeli, Maslach, Marek, 1993) συνδέουν θετικά το επαγγελματικό άγχος και το burnout με την «υγεία της ίδιας της οργάνωσης» (organizational healthiness) που απασχολείται ο επαγγελματίας.

Οι Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος (1992,1999) στα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρονται και στις δύο τάσεις που εστιάζουν είτε στις «αντίξοες συνθήκες εργασίας», είτε στους «ατομικούς παράγοντες».

Συγκεκριμένα ως προς τις συνθήκες εργασίας τα αίτια συμπίπτουν με τις πηγές επαγγελματικού άγχους (βλ. σχ. υποκεφάλαιο). Έτσι οι συγγραφείς στηριζόμενοι στις απόψεις πλήθους επιστημόνων (Cherniss, (1980) Maslach & Jackson, (1984) Fong, (1993) Constable & Russel (1986), Cole (1992), Duxbury et el. (1984)) αναφέρουν ως αίτια: υπερβολικός φόρτος εργασίας, έλλειψη προσωπικού, ασάφεια ρόλων, άκαμπτη διοίκηση, εξαντλητικό ωράριο, έλλειψη υποστήριξης από προϊστάμενο και συναδέλφους, συνεχής έκθεση στον πόνο και στον θάνατο (στα Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1992, 1999).

Ως προς τα ατομικά χαρακτηριστικά υποστηρίζεται (σύμφωνα με τις απόψεις των Lazarus & Folkman, (1984) Vachon, (1978) Kobasa, (1982a) Wessels (1989)) πως έχει μεγάλη σημασία ο τρόπος που ερμηνεύει το άτομο τις αγχογόνες συνθήκες εργασίας, τα κίνητρα που τον ωθούν να εργαστεί στον χώρο αυτό, αλλά και η ανθεκτικότητα που έχει ως άτομο απέναντι στο στρες (στα Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1992, 1999).

Στην συγκεκριμένη μελέτη εστιάζουμε στην προσέγγιση που αναζητά τα αίτια στην δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και εργασιακού περιβάλλοντος. Ο επαγγελματίας εισέρχεται στον χώρο εργασίας μεταφέροντας ικανότητες, γνώσεις, κίνητρα (συνειδητά ή μη) αλλά και προσδοκίες και φιλοδοξίες. Αντίστοιχα ο συγκεκριμένος χώρος έχει απαιτήσεις από τον εργαζόμενο και προσφέρει τα

αντίστοιχα ανταλλάγματα. Όταν δεν συμπίπτουν τα παραπάνω εμφανίζεται ανισορροπία και αυξάνονται οι πιθανότητες για συσσώρευση χρόνιου επαγγελματικού στρες που μπορεί να οδηγήσει στην επαγγελματική εξουθένωση.

Είναι αυτονόητο πως οι πηγές επαγγελματικού άγχους που αναφέρονται σε προηγούμενο υποκεφάλαιο εντάσσονται έμμεσα στα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς έχει αποδειχθεί η σχέση επαγγελματικού άγχους με την επαγγελματική εξουθένωση.

3.1.4 *Επιπτώσεις επαγγελματικού άγχους – επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout)*

Στην ενότητα αυτή αναφέρονται οι επιπτώσεις του επαγγελματικού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης ως άμεσα συσχετιζόμενες καθώς όπως έχει ήδη επωθεί η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί στην ουσία την απάντηση του οργανισμού στο χρόνιο συσσωρευμένο επαγγελματικό άγχος.

3.1.4.2 *Επιπτώσεις επαγγελματικού άγχους*

Οι επιπτώσεις του επαγγελματικού άγχους μπορούν σχηματικά να διακριθούν σε επιπτώσεις

- Στον ίδιο τον εργαζόμενο
- Στις διαπροσωπικές του σχέσεις/ περιβάλλον
- Στην ποιότητα και ποσότητα της εργασίας του
- Στους αποδέκτες των υπηρεσιών που προσφέρει
- Σε όλο το σύστημα της οργάνωσης που ανήκει

Ως προς τις επιπτώσεις της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων οι Τούντας και Αλαμάνος αναφέρουν 2 μεγάλες κατηγορίες: τα εργατικά ατυχήματα και τα επαγγελματικά νοσήματα. Συμπληρώνουν πως τα τελευταία χρόνια μελετούνται ολοένα και περισσότερο τα νοσήματα που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την

εργασία αλλά και οι επιδράσεις του επαγγελματικού άγχους στην υγεία των εργαζομένων. (Τούντας, Αλαμάνος 1999)

Στην ίδια πηγή διακρίνονται οι επιπτώσεις του χρόνιου άγχους σε αυτές που προκαλούνται από τις διεργασίες του οργανισμού ως απάντηση στο άγχος (βλ.σχ. Ο μηχανισμός του άγχους, Αλλαγές στον οργανισμό). Οι αρθρογράφοι αναφέρουν ως επιπτώσεις σε **σωματικό επίπεδο**: Πόνο στην ράχη, ταχυπαλμίες, δερματικά εξανθήματα, κόπωση, κεφαλαλγίες, διαταραχές ύπνου.

Διάφορα νοσήματα που σχετίζονται με το χρόνιο άγχος: Καρδιαγγειακά νοσήματα, αρτηριακή υπέρταση. Αναφέρεται ακόμη η συσχέτιση που δίνουν μερικοί ερευνητές μεταξύ χρόνιου άγχους και εμφάνισης κάποιων μορφών καρκίνου και της πολλαπλής σκλήρυνσης.

Σε επίπεδο συμπεριφοράς: Αύξηση του καπνίσματος, χρήσης οινόπνευματων και ναρκωτικών ουσιών, έλλειψη σωματικής άσκησης.

Στον εργασιακό χώρο: Αναφέρονται οι συχνές απουσίες λόγω ασθένειας, οι παραιτήσεις και η αλλαγή εργασίας.

Στην Δανία σε έρευνα που έγινε σε προάστιο της Κοπεγχάγης το Osterbro από τους Tage Sondergaard-kristensen & Bo Netterstrom (η έρευνα είναι γνωστή ως έρευνα του Osterbro με την συμμετοχή 1147 ατόμων) αποδεικνύεται η επίδραση του ψυχολογικού εργασιακού περιβάλλοντος στην υγεία του εργαζόμενου. (Kompiet & Levi, 1997)

Παράγοντες όπως η οργάνωση της εργασίας, η δυνατότητα ελέγχου του εργαζόμενου πάνω στην εργασία του, η υποστήριξη που λαμβάνει από συναδέλφους και ανωτέρους και η ασφάλεια κατά την εργασία επιδρούν στην ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου. Αναφέρονται εδώ μερικές από τις επιπτώσεις που έχουν οι συνθήκες εργασίας στην υγεία του ατόμου και που απέδειξαν οι ερευνητές (Kompiet & Levi, 1997).

- **Υψηλή αρτηριακή πίεση.** Αναφέρεται στην έκθεση των Tage Sondergaard-kristensen & Bo Netterstrom πως όσο πιο χαμηλό είναι το επίπεδο προσόντων που απαιτούνται τόσο υψηλότερη είναι η πίεση του αίματος.

στον εργαζόμενο για παραγωγικότητα και όσο πιο μικρός είναι ο έλεγχος που έχει το άτομο στην εργασία του τόσο πιο συχνή είναι η εμφάνιση στηθάγχης)

- **Ψυχολογικοί παράγοντες στον χώρο εργασίας** επιδρούν στην συμπεριφορά του ατόμου όπως π.χ. αύξηση καπνίσματος
- **Υποστήριξη από εργασιακό περιβάλλον (ανωτέρους, συναδέλφους).** Οι ερευνητές διαπίστωσαν πως ο παράγοντας υποστήριξη επιδρά στην σωματική άσκηση του ατόμου, άλλες φορές αρνητικά και άλλες θετικά.

Ο OSHA ως επιπτώσεις του επαγγελματικού άγχους αναφέρει σε σχετικά του φυλλάδια και εκδόσεις: (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2002,)

- Το 3-4% κατά μέσο όρο του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) των 15 κρατών-μελών υπολογίζεται ότι διατίθεται για ασθένειες που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος και άλλες συγγενείς παθήσεις. (σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας, ILO,200)
- Ποσοστό μεταξύ 50% και 60% όλων των χαμένων ημερών εργασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχει υπολογιστεί ότι σχετίζεται με κάποιο τρόπο με το στρες.
- Το εργασιακό στρες υπολογίζεται ότι στοιχίζει στην Ευρωπαϊκή Ένωση τουλάχιστον 20 δισεκατομμύρια ευρώ κατά έτος για χαμένες ώρες εργασίας και δαπάνες υγείας.
- Στην Μεγάλη Βρετανία, 180 εκατομμύρια ημέρες εργασίας κατά έτος χάνονται εξ' αιτίας του εργασιακού στρες.
- Το 1,4% του ΑΕΠ κατά έτος στην Σουηδία διατίθεται για την κάλυψη προβλημάτων που αφορούν το στρες. Το μισό του ποσού αυτού αφορά την μειωμένη παραγωγικότητα και το άλλο μισό ανάγκες υγειονομικής και κοινωνικής ασφάλισης.

3.1.4.3 Επιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης

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 αλλά και σε επίπεδο οργάνωσης).

Σύμφωνα με τον Farber (1983) τα επαγγέλματα υγείας είναι ιδιαίτερα επιβαρημένα ως προς την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης (στο Αδαλή, 1999)

Στην ίδια πηγή αναφέρεται πως 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.

Σύμφωνα με τους Cordes & Dougherty (1993) στα άτομα με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης διακρίνονται τρία είδη επιπτώσεων (στο Καντάς 3^ο, 1995)

- **Στην σωματική και ψυχική υγεία.** Εμφανίζεται συχνά κατάθλιψη, αϋπνίες, αίσθημα κόπωσης, ευερεθιστότητα, πονοκέφαλοι.
- **Στις διαπροσωπικές σχέσεις.** Παρουσιάζονται προβλήματα στις σχέσεις με την οικογένεια, φίλους, συναδέλφους.
- **Συμπεριφορά στον χώρο εργασίας.** Συχνές απουσίες, δυσαρέσκεια προς την εργασία, επιθυμία αλλαγής χώρου απασχόλησης.

Οι Pines & Aronson (1988) περιγράφουν παράλληλα στα συμπτώματα και τις επιπτώσεις αναφερόμενοι στην «χρόνια κούραση του εργαζόμενου, χαμηλή ενεργητικότητα, αδυναμία, αίσθημα ανημποριάς και αρνητικής στάσης απέναντι στην εαυτό, την εργασία έως και στην ίδια την ζωή» (στο Schaufeli, Maslach, Marek, 1993).

Οι Maslach, Jackson & Leiter (1996) ως συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης περιγράφουν:

- **Σωματικά συμπτώματα:** Διαταραχές ύπνου, πονοκέφαλοι.

- **Προβλήματα στην συμπεριφορά:** Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (αλκοόλ, καπνός, ναρκωτικά). Ευερεθιστότητα, ανυπομονησία, συναίσθημα ανημποριάς.
- **Επιπτώσεις για την οργάνωση/ επιχείρηση:** Προβλήματα στην συμπεριφορά των εργαζομένων, συχνές απουσίες, αυξανόμενες παραιτήσεις, μειωμένη αποτελεσματικότητα στην παροχή υπηρεσιών.
- **Επιπτώσεις για τους αποδέκτες των υπηρεσιών:** Η ποιότητα όπως και η ποσότητα παρεχόμενων υπηρεσιών είναι μειωμένη.

Η Cooper (1996) ως συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης καταγράφει:

- **Συχνές απουσίες από την εργασία**
- **Παρατήσεις από την εργασία**
- **Συμπεριφορά του ατόμου στην εργασία ή στο σπίτι που φέρει δυσλειτουργικά στοιχεία**
- **Συνολικά η υγεία του ατόμου:** Σωματική και ψυχική κόπωση ή εξάντληση, δυσκολίες στον ύπνο, κεφαλαλγίες, στομαχικές διαταραχές, αυξημένη χρήση αλκοόλ, καπνίσματος και ναρκωτικών, υψηλή αρτηριακή πίεση, κατάθλιψη, ενοχές, άγχος.
- **Χαμηλής ποιότητας ζωή.** Η επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με τον συγγραφέα επηρεάζει συνολικά την ζωή του ατόμου. Οι εργαζόμενοι που εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση, σύμφωνα με σχετικές έρευνες κατά την δεκαετία του '80 των Burke, (1987) Burke et al., (1984) Zedeck et al., (1988) Maslach & Jackson, (1982) φέρουν πολύ συχνά τα προβλήματα της εργασίας τους στο σπίτι, παραπονούνται, υπάρχει ένταση και δυσκολίες στην οικογενειακή ζωή (στο Cooper, 1996)

Η Αδαλή (1999) στηριζόμενη στις απόψεις των Seuntjens (1982) και Matrynola (1996) αναφέρει ως μερικές από τις συνέπειες στα νοσοκομεία την αργοπορία και απουσίες του προσωπικού. Οι συμπεριφορές αυτές δυσχεραίνουν συνολικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ενώ παράλληλα το υπόλοιπο προσωπικό

επιφορτίζεται με επιπλέον φόρτο εργασίας. Συνολικά οι συχνές απουσίες έχουν αρνητικές επιδράσεις σε όλη την δομή και λειτουργία του οργανισμού .

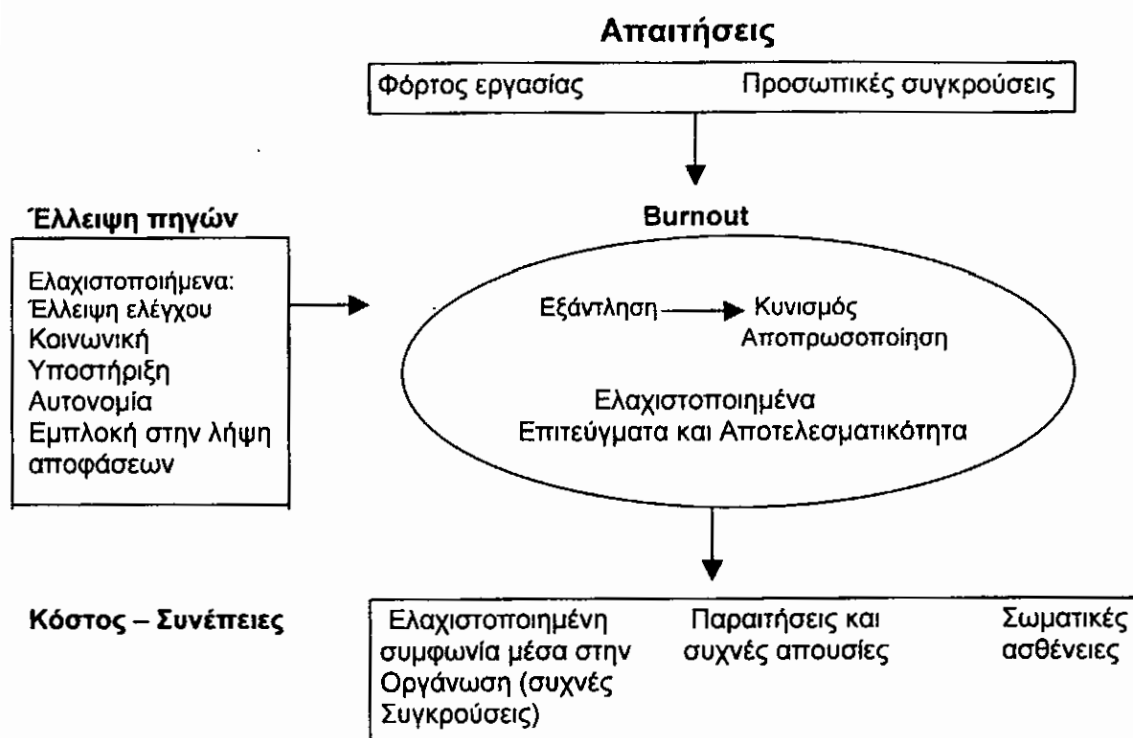
Συμπερασματικά, η επαγγελματική εξουθένωση ως μια απάντηση του ατόμου στο χρόνιο επαγγελματικό stress επιφέρει πλήθος συνεπειών για το ίδιο, το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, τις σχέσεις στον εργασιακό χώρο αλλά και για τον ίδιο τον οργανισμό που απασχολείται.

Το κόστος των συνεπειών αυτών όπως φαίνεται και στην προηγούμενη υποενότητα (βλ. σχ. Συνέπειες επαγγελματικού άγχους) είναι αρκετά μεγάλο από όποια πλευρά και αν το εξετάσει κανείς (κοινωνική, ατομική, οικονομική κ.λ.π.)

Για τους λόγους αυτούς τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια συντονισμένη προσπάθεια σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης για την έρευνα αλλά και την αντιμετώπιση του συνδρόμου burnout και άλλων σχετιζόμενων με την εργασία αρνητικών παραγόντων όπως του συνδρόμου mobbing⁴ και φυσικά του εργασιακού άγχους.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά τα αίτια, οι ενδείξεις και οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) βάσει του «δομικού μοντέλου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout)» των Maslach, Jackson, Leiter (1996)

⁴ Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (OSHA) ορίζεται ως: « η άσκηση, στο πλαίσιο των σχέσεων μεταξύ συναδέλφων ή μεταξύ ανωτέρου και κατωτέρου στην ιεραρχία, μιας συστηματικής και διαρκούς επίθεσης σε βάρος ενός προκαθορισμένου θύματος προκειμένου να ωθηθεί στο να εγκαταλείψει την θέση εργασίας του» (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2002)



Σχήμα 3

Δομικό Μοντέλο burnout (Maslach, 1996)

4. Επαγγελματικό άγχος/ εξουθένωση (burnout) και επαγγελματίες υγείας

Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πλέον πλήθος ερευνών που συνδέουν την επαγγελματική εξουθένωση με συγκεκριμένους χώρους εργασίας. Ένας από τους πιο βασικούς χώρους όπου συχνά αποδεικνύεται η σχέση αυτή είναι ο χώρος της υγείας. (σωματικής και ψυχικής)

Η μελέτη του burnout έγινε για πρώτη φορά από τον Freudenberg (1974) σε εθελοντές και επαγγελματίες στον χώρο παροχής υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας όπου και έγινε η πρώτη περιγραφή του συνδρόμου (στο Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Οι συγγραφείς αναφέρουν τις ιδιαιτερότητες των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα αναφέρονται στον μύθο που επικρατεί περί «λειτουργήματος» όταν αναφέρεται κανείς στην παροχή ιατρικών και

νοσηλευτικών υπηρεσιών και στο αίσθημα «παντοδυναμίας» που προσδίδεται στα σχετικά επαγγέλματα. Τα παραπάνω υποστηρίζεται, πως καθιστούν ιδιαίτερα ευάλωτους τους επαγγελματίες υγείας στην επαγγελματική εξουθένωση καθώς δεν υπάρχει σχετική προστασία και φροντίδα των εργαζομένων στον χώρο αυτό.

Παράλληλα ισχυρίζονται πως δεν είναι δυνατή η ποιοτική φροντίδα των ασθενών χωρίς αντίστοιχη φροντίδα των ανθρώπων που βρίσκονται καθημερινά πολύ κοντά στον σωματικό, ψυχικό πόνο και τον θάνατο.

Οι Maslach, Schaufeli & Marek (1993) αναφέρουν την συνήθη σύνδεση της έρευνας για το burnout με τα λεγόμενα «επαγγέλματα βοήθειας» και την άμεση συσχέτιση των δύο παραγόντων. Παρά του ότι η έρευνα για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει διευρυνθεί και σε άλλους επαγγελματικούς χώρους, (εκπαίδευσης, management, κ.λ.π.) η πιο συχνή αναφορά γίνεται στους χώρους παροχής ιατρικών, νοσηλευτικών και κοινωνικών υπηρεσιών.

Οι Svenson & Mayle (Argyle, 1990) περιγράφουν τις διαβαθμίσεις των επαγγελμάτων σε τρία επίπεδα κοινωνικής αναγνώρισης και τα επίπεδα stress που παρουσιάζουν. Στο πρώτο επίπεδο αναφέρουν τους γιατρούς, οδοντιάτρους, managers, καθηγητές πανεπιστημίου κ.λ.π. Σε ένα μέσο επίπεδο κοινωνικής αναγνώρισης αναφέρονται οι αστυνομικοί, οι νοσηλεύτριες/ νοσηλευτές, οι γραμματείς κ.λ.π. Συνεχίζει συσχετίζοντας χειρωνακτικά επαγγέλματα ανειδίκευτων και μη με τα επίπεδα stress που παρουσιάζουν και την επαγγελματική ικανοποίηση που όλοι οι παραπάνω έχουν. Σε σχετική έρευνα των Jenner et al. (1980) αναφέρει η ίδια πηγή (Argyle, 1990), διαπιστώθηκε πως στο πρώτο επίπεδο το ιατρικό επάγγελμα όπως και αυτό των οδοντιάτρων και των manager έχουν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες (καθηγητές πανεπιστημίων, επιστήμονες, κ.λ.π.). Ως προς το δεύτερο επίπεδο αναφέρονται με τα υψηλότερα επίπεδα stress οι νοσηλεύτριες/ νοσηλευτές, οι γραμματείς, οι αστυνομικοί, και οι ελεγκτές εναέριας κυκλοφορίας. Αντίστοιχα τα χειρωνακτικής φύσης επαγγέλματα που υποχρεούνται σε επαναλαμβανόμενη εργασία, έχουν υψηλού βαθμού stress.

Η Maslach (1996) αναφέρει «πως οι εργαζόμενοι στα λεγόμενα επαγγέλματα βοήθειας βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση με τα προβλήματα των πελατών/

ασθενών τους (σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά), τα οποία συνοδεύονται συχνά από συναισθήματα θυμού, ντροπής, φόβου ή/ και απελπισίας. Παράλληλα ο/ η επαγγελματίας βρίσκεται συχνά σε καταστάσεις όπου δεν υπάρχουν άμεσες λύσεις στα προβλήματα των πελατών/ ασθενών και αυτό επιφέρει επιπλέον άγχος στους ίδιους. Το χρόνιο άγχος των εργαζομένων αυτών που δουλεύουν κάτω από τέτοιες συνθήκες μπορεί να οδηγήσει στην επαγγελματική εξουθένωση.»

Ο Καντάς (Καντάς 3^ο, 1995) στηριζόμενος στις σχετικές μελέτες των Cooper & Eaker (1988) περιγράφει ανάμεσα σε άλλα ως ιδιαίτερα αγχογόνα τα επαγγέλματα υγείας (γιατροί, οδοντίατροι, νοσηλεύτριες/ νοσηλευτές) και τα επαγγέλματα κοινωνικών υπηρεσιών (δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί) (στο Καντάς 3^ο, 1995).

5. Πρόληψη και αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout)

Το φαινόμενο του επαγγελματικού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) αποτελούν πολυπαραγοντικά φαινόμενα, η αντιμετώπιση των οποίων δεν μπορεί παρά να είναι πολυεπίπεδη.

Σχηματικά τα μέτρα που προτείνονται στην σχετική βιβλιογραφία για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των φαινομένων αυτών μπορούν να διαχωριστούν σε:

- Διοικητικά – Οργανωτικά μέτρα
- Ατομικά μέτρα

Οι Παπαδάτου Αναγνωστόπουλος (1999) αναφέρουν για την πρόληψη και αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) πλήθος παρεμβάσεων σε ατομικό και διοικητικό επίπεδο :

Σε οργανωτικό διοικητικό επίπεδο οι συγγραφείς προτείνουν:

- Δημοκρατική διοίκηση. Οι προϊστάμενοι των τμημάτων χρειάζεται να διατηρούν τον ηγετικό ρόλο τους αλλά παράλληλα να ενδιαφέρονται για τις απόψεις των εργαζομένων τους, τις διαφορετικές γνώμες, να ακούν και να αναζητούν μαζί εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματα. Στα τμήματα που καλλιεργείται ο ανταγωνισμός και κρίνονται αυστηρά τα λάθη και οι παραλείψεις το προσωπικό υγείας σύμφωνα με τους ερευνητές είναι ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση.
- Αποσαφήνιση ρόλων και καθηκόντων. Είναι σημαντικό ο κάθε επαγγελματίας να έχει σαφείς αρμοδιότητες οι οποίες να τηρούνται κατά τις ώρες εργασίας του, γεγονός που οδηγεί στην μείωση του επαγγελματικού άγχους.
- Η συμμετοχή του επαγγελματία στην λήψη αποφάσεων σε συνάρτηση με την αποσαφήνιση ρόλων οδηγούν στον αυτοέλεγχο και υπευθυνότητα του εργαζόμενου ενώ παράλληλα τον κάνουν λιγότερο ευάλωτο σε στρεσογόνες συνθήκες στον χώρο εργασίας.
- Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση. Το μέτρο αυτό θεωρείται σημαντικό και για την παροχή ποιοτικής παροχής υπηρεσιών στον χώρο της υγείας. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν πως η προσεκτική

επιλογή των ανθρώπων που θα εργαστούν σε συγκεκριμένους χώρους μπορούν να λειτουργήσουν θετικά για τους ίδιους αλλά και συνολικά για την απόδοση του τμήματος.

- Δυνατότητα «διαλειμμάτων από την εργασία» και «ειδικών αδειών». Με το μέτρο αυτό δίδεται η δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να αποστασιοποιηθούν για λίγο από τον χώρο εργασίας πριν εμφανισθούν τα πρώτα σημάδια επαγγελματικής εξουθένωσης είτε και όταν εμφανίζονται.
- Δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης ως σημαντικό κίνητρο και πηγή ανανέωσης.
- Πολυμορφία στην εργασία. Ιδιαίτερα για τα τμήματα του νοσοκομείου όπου το προσωπικό υγείας αντιμετωπίζει ασθενείς με κακή πρόγνωση, χρόνια βαριά περιστατικά, ή ασθενείς που πεθαίνουν, η δυνατότητα για επιμόρφωση, η ενασχόληση με γραφειοκρατικά θέματα, η διδασκαλία μπορούν να αποβούν χρήσιμες διέξοδοι εκτόνωσης άγχους και πηγές ανατροφοδότησης.
- Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης. Μέσω των ομάδων αυτών δίδεται η δυνατότητα στο προσωπικό υγείας να μοιρασθεί τα «βαριά» συναισθήματα για την αρρώστια, τον θάνατο και τον φόβο που αντιμετωπίζει καθημερινά και που πολλές φορές δρουν συσσωρευτικά ως προς την εμφάνιση χρόνιου άγχους. Παράλληλα σύμφωνα με τους συγγραφείς ενισχύεται η επικοινωνία και η αλληλοστήριξη μεταξύ των μελών του προσωπικού υγείας και μειώνεται η αποξένωση μεταξύ των εργαζομένων, στοιχείο που μπορεί να συμβάλει στην επαγγελματική εξουθένωση.
- Συμβουλευτική εποπτεία όπου ο επόπτης λειτουργεί συνεργατικά και υποστηρικτικά προς τους συμβουλευόμενους, σεβόμενος τα όρια τους και παρέχοντας την «τρίτη» ματιά στην αντιμετώπιση των περιστατικών.
- Διεπιστημονική συνεργασία. Η συνεργασία μεταξύ όλων των ειδικοτήτων που ασχολούνται με τον άρρωστο (νοσηλευτές, γιατροί, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, κ.λ.π.) απαιτεί σεβασμό και γνώση της κάθε ειδικότητας από τους λοιπούς συνεργάτες και ολιστική προσέγγιση της υγείας του ασθενή. Πέρα της αποτελεσματικής αντιμετώπισης της ασθένειας (σε όλα τα επίπεδα), η συνεργασία μεταξύ του προσωπικού υγείας εξασφαλίζει καλύτερο «κλίμα» στον χώρο εργασίας, μειώνονται οι εντάσεις και βελτιώνονται οι διαπροσωπικές σχέσεις.

- Συνεχιζόμενη επιμόρφωση και εκπαίδευση. Ως τελευταίο από τα μέτρα που αναφέρονται στο οργανωτικό επίπεδο οι συγγραφείς προτείνουν την εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού υγείας σε θέματα όπως η αναγνώριση των συμπτωμάτων του άγχους, εκμάθηση τρόπων αντιμετώπισης και διαχείρισης του άγχους, αλλά και θέματα που αφορούν την προσέγγιση του ασθενούς ως μοναδικό άτομο, γνώσεις για την ψυχολογία του ίδιου και της οικογένειάς του και μια ολιστική προσέγγιση της ασθένειας.

Σε ατομικό επίπεδο, τα μέτρα που οι συγγραφείς (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999) προτείνουν είναι:

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας.
- Αναγνώριση και πιθανή αναθεώρηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών
- Γνώση των στρατηγικών διαχείρισης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout).
- Ενασχόληση με προσωπικά ενδιαφέροντα
- Διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης (σωματική άσκηση, διατροφή)
- Αναζήτηση πηγών υποστήριξης (φίλοι, σύμβουλοι, συνάδελφοι κ.λ.π.)
- Επιλογή της θέσης εργασίας ή/ και αλλαγή της

Οι Ross & Altmaier, (1994), όπως παραθέτει ο Καντάς (3^ο, 1995) παρουσιάζει την κοινωνική υποστήριξη (social support) ως ιδιαίτερα σημαντική παράμετρο για τον επαγγελματία, που μπορεί να προέρχεται είτε από τον προσωπικό του περίγυρο (οικογένεια, φίλοι) είτε από το περιβάλλον εργασίας (συνάδελφοι, ομάδες υποστήριξης κ.λ.π.).

Ως προς τα ατομικά μέτρα αναφέρονται οι τεχνικές χαλάρωσης (ρύθμιση αναπνοών, μυϊκή χαλάρωση κ.λ.π.), οι γνωστικού τύπου τεχνικές για αντιμετώπιση του άγχους (π.χ. εκλογίκευση) αλλά και πιο εξειδικευμένους τομείς εκπαίδευσης για την αντιμετώπιση του άγχους από το άτομο. Συγκεκριμένα δίδονται οι όροι «εκπαίδευση για απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills training) και εκπαίδευση για την απόκτηση αυτοπεποίθησης στις σχέσεις και δοσοληψίες (assertiveness training)» (Καντάς 3^ο, 1995)

Ο Murphy (1995), ο οποίος αντικρούει τα «ατομικά μέτρα» αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους υποστηρίζοντας πως τα μέτρα αυτά είναι ιδιαίτερα προσφιλή στις διοικήσεις των οργανισμών, λόγω του ότι δεν απαιτούνται αλλαγές στην δομή της οργάνωσης και από την άλλη απαιτούνται αλλαγές μόνο από τον ίδιο τον εργαζόμενο (στο Καντάς 3^ο, 1995).

Σύμφωνα με τον Murphy (1995) το επαγγελματικό άγχος είναι πρόβλημα της ίδιας της οργάνωσης και απαιτούνται αλλαγές τόσο σε επίπεδο δομής της οργάνωσης, όσο και στο επίπεδο του κάθε συγκεκριμένου έργου (job) (στο Καντάς 3^ο, 1995).

Έτσι προτείνεται:

- Διασαφήνιση του ρόλου του κάθε εργαζόμενου προς αποφυγή σύγκρουσης ρόλων.
- Οριζόντια μετακίνηση των εργαζομένων για επιλογή εργασίας από τους ίδιους, στα πλαίσια των δυνατοτήτων τους
- Δημιουργία επιτροπών εργαζομένων και διοίκησης με στόχο την επίλυση προβλημάτων
- Εκπαίδευση των επαγγελματιών ως προς την εισαγωγή νέων τεχνολογιών στον χώρο εργασίας, ή / και νέων τεχνικών
- Επανασχεδιασμό του χώρου εργασίας με γνώμονα την εργονομία, προς αποφυγή μυοσκελετικών προβλημάτων και κόπωσης.
- Χώροι μέριμνας για τα παιδιά των εργαζομένων
- Αναθεώρηση των δεικτών αξιολόγησης της απόδοσης των εργαζομένων, όταν αυτοί οδηγούν σε εξαντλητικούς ρυθμούς εργασίας.

Η Αδαλή (1999) αναφερόμενη σε πλήθος ερευνητών εξετάζει τα προληπτικά και τα μέτρα αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές. Οι Kramer & Schmalenberg (1979), προτείνει στις νοσηλευτικές διοικήσεις να ακολουθήσουν μια σειρά μέτρων ώστε να μειωθούν οι διαπροσωπικές συγκρούσεις στον νοσοκομειακό οργανισμό και να επιτευχθεί αποκέντρωση στην λήψη αποφάσεων. Συγκεκριμένα προτείνεται: (στο Αδαλή, 1999)

- Η νοσηλευτική διοίκηση του νοσοκομειακού οργανισμού να αποσαφηνίσει τις πολιτικές και τις διαδικασίες, που αποθαρρύνουν και αποξενώνουν τους νοσηλευτές από την συμμετοχή τους στην λήψη αποφάσεων.

- Να εμπλουτίσουν το πρόγραμμα εργασίας με στόχο την μεγαλύτερη ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία.
- Να ξεκαθαρίσουν τον ρόλο του κάθε νοσηλευτή/ τριας. Τι ακριβώς ζητείται και από ποιόν ώστε να επιτευχθεί το απαιτούμενο έργο.

Ως προς την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) προτείνονται ατομικά και διοικητικά μέτρα:

Ατομικά μέτρα πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης: (Αδαλή, 1999)

- Μείωση των ρυθμών εργασίας και αποφυγή ανάληψης νέων αρμοδιοτήτων
- Εφαρμογή διαλειμμάτων και μικρών αδειών από την εργασία
- Επαναπροσδιορισμός ατομικών στόχων και προσδοκιών του νοσηλευτή/ τριας.
- Εντόπιση θετικών πλευρών της εργασίας
- Μη συναισθηματική εξάρτηση από τους ασθενείς
- Αναγνώριση και ανάλυση προβλημάτων και συναισθημάτων για την εργασία

Οι Constable & Russel (1986) και Cronin- Stubbs & Rooks (1985) εστιάζει στην κοινωνική υποστήριξη (social support) ως σημαντικό παράγοντα μείωσης του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout): (στο Αδαλή, 1999)

Στοιχεία της κοινωνικής υποστήριξης:

- Χιούμορ, αστεία (όταν δεν είναι εις βάρος των ασθενών)
- Ομάδες υποστήριξης
- Συναισθηματική υποστήριξη από συναδέλφους
- Επιβράβευση από τους συναδέλφους ως προς τα θετικά στοιχεία του νοσηλευτή/ τριας στην εργασία του.

Ως προς τα διοικητικά μέτρα προτείνεται: (Αδαλή, 1999)

- Σύμφωνα με τον Robinson (1991), οι προϊστάμενοι θα πρέπει να παρέχουν περισσότερη υποστήριξη και ενθάρρυνση στο προσωπικό, αφού προηγηθεί η σχετική τους εκπαίδευση. (στο Αδαλή, 1999)
- Οι διοικήσεις των νοσοκομείων να δημιουργήσουν κατάλληλες διαδικασίες ώστε να αυξηθεί, πραγματικά, η αίσθηση συμμετοχής των εργαζομένων στην λήψη αποφάσεων

- Οι νοσηλευτικές διοικήσεις να προσδιορίσουν τις πηγές άγχους και να καθορίσουν οργανωτικές παρεμβάσεις για την μείωση του.
- Βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος (μείωση φόρτου εργασίας, εφαρμογή καινοτομιών)

Ο Freudenberg (1974) ως προς την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), προτείνει: (στο Αδαλή, 1999)

- Απομάκρυνση του επαγγελματία από τον χώρο εργασίας για αρκετό χρονικό διάστημα
- Υποστήριξη του επαγγελματία από την ομάδα η οποία αναφέρεται ως ιδιαίτερα σημαντική για τον επαγγελματία είτε όταν διαφεύδονται οι προσδοκίες του είτε όταν δεν έχει πια κίνητρο για την συγκεκριμένη εργασία.

Ο Murphy (Cooper & Payne, 1988) αναφέρεται σε/ και αξιολογεί τρεις συνήθεις τομείς παρεμβάσεων για την πρόληψη ή/ και αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους:

- Τα Προγράμματα Βοήθειας των Εργαζομένων (EAPs – Employee Assistance Programs) τα οποία αναφέρονται συνήθως σε προγράμματα που εφαρμόζονται στον χώρο εργασίας, για τους επαγγελματίες που αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα (π.χ. αλκοολισμό, χρήση ναρκωτικών ή άλλα ιδιαίτερα προβλήματα του ατόμου)
- Τα Προγράμματα Διαχείρισης του Άγχους (Stress Management Training) τα οποία εφαρμόζονται αρκετά συχνά και στοχεύουν:
 - α) Στην αναγνώριση των συμπτωμάτων του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) από τους ίδιους τους επαγγελματίες αλλά και της διατήρησης της καλής υγείας τους.
 - β) Στην ανάπτυξη δεξιοτήτων (skills) για την μείωση του άγχους.
- Στις Παρεμβάσεις για Μείωση των Αγχογόνων Παραγόντων (Stressor Reduction Interventions). Οι παρεμβάσεις αυτές θεωρούνται ως άμεσες ως προς τους αγχογόνους παράγοντες στον χώρο εργασίας και αφορούν παρεμβάσεις και αλλαγές στην δομή και λειτουργία του οργανισμού. (π.χ. συμμετοχή των εργαζομένων στην λήψη αποφάσεων, αυτονομία στην εργασία του, ευέλικτα σχήματα εργασίας, αλλαγές στις «κακές» συνθήκες εργασίας.

ή/ και πρόληψη του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout). Ο ίδιος, αναφέρεται στον όρο με την έννοια που έχει ήδη περιγραφεί παραπάνω, δίδει ένα ενδιαφέρον επιπλέον στοιχείο για το είδος της υποστήριξης στον χώρο εργασίας. Συγκεκριμένα αναφέρεται στην συναισθηματική υποστήριξη από προϊστάμενους και συναδέλφους αλλά και την έμμεση υποστήριξη που παρέχεται από την παροχή πληροφόρησης. Ιδιαίτερα σε μεγάλους οργανισμούς (όπως π.χ. νοσοκομεία) πολλές φορές οι πληροφορίες δεν φθάνουν έγκαιρα στους εργαζόμενους ή/ και ποτέ. Για τον συγγραφέα λοιπόν, είναι σημαντική η σταθερή παροχή πληροφόρησης και συναισθηματικής υποστήριξης για την πρόληψη και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout)

Οι συγγραφείς Svenson & Maule (Argyle, 1990) αναφέρουν μια σειρά από παρεμβάσεις σε ατομικό και διοικητικό – οργανωτικό επίπεδο για την πρόληψη του επαγγελματικού άγχους:

- Τεχνικές χαλάρωσης
- Απόκτηση δεξιοτήτων για διαχείριση του άγχους
- Σωματική άσκηση και άλλες «υγιείς» συνήθειες
- Αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης (social support) στον χώρο εργασίας

Οργανωτικές αλλαγές όπως:

- α) Βελτίωση της ίδιας της εργασίας (βελτίωση περιβάλλοντος- θόρυβος, φωτισμός, θερμοκρασία- μείωση φόρτου εργασίας, μείωση ωρών εργασίας)
- β) Αλλαγές στην ίδια την δομή και λειτουργία της οργάνωσης (ευελιξία, αποκέντρωση στην λήψη αποφάσεων, παρεμβάσεις για την μείωση της σύγκρουσης των ρόλων μεταξύ των επαγγελματιών και του ανταγωνισμού, περισσότερη αυτονομία στην εργασία, επανασχεδιασμός του περιβάλλοντος για αύξηση στην εργονομία)
- γ) Αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης στον χώρο εργασίας
- δ) Μεγαλύτερη συμμετοχή των εργαζομένων στην λήψη αποφάσεων
- ε) Επιλογή και τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στον συγκεκριμένο πόστο εργασίας
- στ) Εκπαίδευση στην διαχείριση του επαγγελματικού άγχους
- ζ) Rotation

η) Ημιαπασχόληση, για μικρό χρονικό διάστημα, στις ειδικότητες που είναι επιφορτισμένες με εργασία και άγχος.

θ) Δυνατότητα συμβουλευτικής στον χώρο εργασίας από ειδικό σύμβουλο σε θέματα επαγγελματικού άγχους και τακτικές ιατρικές εξετάσεις.

Η Cherniss (Schaufeli, Maslach, Marek, 1993) αναφέρεται σε συγκεκριμένους τρόπους αποφυγής ανάπτυξης επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout).

- Προτείνει προετοιμασία του νέου επαγγελματία πριν την εισαγωγή του στον νέο χώρο εργασίας. Πέρα της εκπαίδευσης επί του τεχνικού μέρους της εργασίας, θεωρεί σημαντική την εκπαίδευση στις διαπροσωπικές επαφές, την επικοινωνία αλλά και παροχή πληροφοριών για το περιβάλλον εργασίας και συνολικά το κλίμα και την φιλοσοφία της οργάνωσης.
- Συμβουλευτική υπηρεσία. Λειτουργία συμβουλευτικής υπηρεσίας προς τους εργαζόμενους σε σταθερή βάση και όχι αποσπασματικά, μέσω σεμιναρίων για το επαγγελματικό άγχος/ εξουθένωση (burnout).
- Σαφείς ξεκάθαροι ρόλοι
- Σαφείς ξεκάθαροι στόχοι στην εργασία. Παράλληλα θεωρεί σημαντικό οι στόχοι αυτοί να είναι εφικτοί και συγκεκριμένοι με θετική ανατροφοδότηση, όταν επιτυγχάνονται.

Μια σειρά από μέτρα προτείνονται από τον NIOSH (αντίστοιχος οργανισμός για την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων στις ΗΠΑ) ειδικά για τον χώρο των νοσοκομείων. Συγκεκριμένα, στηριζόμενοι στις απόψεις των Huckabay & Jagla (1979), Baileu et al. (1980) Koran et al (1983) για την αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους προτείνεται: (στο NIOSH, 2003)

- Επαρκές προσωπικό
- Λογικό και ευέλικτο πρόγραμμα – ωράριο – που να επιτρέπει τις απαραίτητες ώρες ύπνου και ξεκούρασης στο προσωπικό
- Ευελιξία και αύξηση της συμμετοχή των εργαζομένων στην λήψη αποφάσεων
- Οργανωμένη και ικανοποιητική λειτουργία του περιβάλλοντος εργασίας

- Τακτές συναντήσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού υγείας με στόχο την συζήτηση και έκφραση συναισθημάτων, την παροχή υποστήριξης, και την ανταλλαγή σκέψεων και ιδεών
- Προγράμματα για την διαχείριση του άγχους
- Παροχή υποστήριξης και συμβουλευτικής από άτομο/ άτομα χωρίς επικριτική/ κριτική διάθεση
- Ευελιξία και διάθεση εισαγωγή καινοτομιών από πλευράς των ανωτέρων/ προϊστάμενων ώστε να προχωρούν σε εναλλακτικού τύπου συμφωνίες με τους εργαζόμενους ως προς την ολοκλήρωση του απαιτούμενου έργου
- Λειτουργία θεραπευτικών ομάδων για το προσωπικό που εργάζεται σε «βαριά» τμήματα και αντιμετωπίζει χρόνια περιστατικά, ασθενείς με καρκίνο, συχνούς θανάτους κ.λ.π.
- Αναγνώριση και δράση για τα παράπονα που εκφράζονται συνήθως από το ιατρικό προσωπικό προς τους ανωτέρους
- Ατομικού τύπου προσεγγίσεις για μείωση του επαγγελματικού άγχους όπως χαλάρωση, ασκήσεις αναπνοής κ.λ.π. για το μεσοδιάστημα έως ότου μειωθούν ή/ και εξαλειφθούν οι αγχογόνοι παράγοντες
- Δυνατότητες στο προσωπικό για εκπαίδευση στο αντικείμενο και βελτίωση των δεξιοτήτων τους

Συμπερασματικά η πρόληψη και η αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) είναι μία σύνθετη διαδικασία που απαιτεί πολυεπίπεδες παρεμβάσεις. Πολύ συχνά οι παρεμβάσεις παραμένουν μόνο στο επίπεδο του ατόμου με «προγράμματα διαχείρισης του άγχους» σε προσωπικό επίπεδο. Ο Murphy (Murphy & Schoenborn, 1987) αναφέρει χαρακτηριστικά πως οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο είναι σαν να ρίχνεις την ευθύνη στο θύμα "blame the victim", ζητώντας του να αλλάξει αυτός/ αυτή ενώ παράλληλα οι αγχογόνοι παράγοντες παραμένουν ως έχου̣ν.

Λόγω του κόστους, αλλά και της συχνά σφοδρής αντίστασης των διοικήσεων των οργανισμών, οι υπεύθυνοι της εφαρμογής παρόμοιων προγραμμάτων αποφεύγουν ή/ και αδυνατούν παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο.

Παράλληλα όπως αναφέρει σχετικά και ο Adams (Murphy & Schoenborn, 1987) από την μια πλευρά οι διοικήσεις χρησιμοποιούν ως «άλλοθι» τα προγράμματα αυτά θέλοντας να δώσουν το μήνυμα πως «κάνουν κάτι» για τα προβλήματα και από την άλλη, ο σχεδιασμός και η λειτουργία τέτοιων προγραμμάτων λειτουργούν ως «χρήσιμη» εμπειρία για το βιογραφικό των υπευθύνων των προγραμμάτων.

Σε σχετική έρευνα των Adams et al. (1983,1984) ελέγχθηκαν οι εργαζόμενοι 6 μήνες μετά την εφαρμογή προγράμματος ατομικής προσέγγισης. Διαπιστώθηκε πως αν και οι εργαζόμενοι μπορεί π.χ. να ασκούνται συστηματικότερα ή/ και να διατρέφονται πιο υγιεινά αισθάνονταν όμως, λιγότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους και με λιγότερη κοινωνική υποστήριξη (social support) από το περιβάλλον εργασίας (στο Murphy & Schoenborn, 1987).

Όπως είναι εμφανές από τα παραπάνω μια αποτελεσματική παρέμβαση για την μείωση του επαγγελματικού άγχους αλλά και πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) δεν μπορεί παρά να στοχεύει σε ατομικό αλλά και οργανωτικό επίπεδο.

Οι επιστήμονες που ασχολούνται επί σειρά ετών με το συγκεκριμένο θέμα συμφωνούν στην πλειοψηφία τους, πως οι παράλληλες παρεμβάσεις στο άτομο αλλά και στην λειτουργία και δομή της οργάνωσης μπορούν όχι μόνο να μειώσουν ή /και να λειτουργήσουν προληπτικά ως προς το επαγγελματικό άγχος/ εξουθένωση (burnout), αλλά στην ουσία αυξάνεται και η ποιότητα παροχής υπηρεσιών καθώς επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερη συνεργασία μεταξύ όλων των ειδικοτήτων και μείωση της δυσλειτουργίας του συστήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Σκοπός έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. και παράλληλα η διερεύνηση των στάσεων τους ως προς ένα πιθανό πρόγραμμα πρόληψης/ αντιμετώπισης επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout).

Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι της έρευνας είναι:

- Η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) μέρους των επαγγελματιών υγείας του συγκεκριμένου νοσοκομείου.
- Η διερεύνηση των αναγκών και επιθυμιών των ερωτώμενων (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) ως προς ένα πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout).

1.1 Υποθέσεις

Βασικές υποθέσεις της έρευνας ήταν:

- Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υπαρκτό στον χώρο του νοσοκομείου.
- Υπάρχει ανάγκη δημιουργίας και λειτουργίας προγράμματος που να στοχεύει στην μείωση ή/ και πρόληψη του επαγγελματικού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout).

1.2 Πληθυσμός – Δείγμα έρευνας

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσε το επιστημονικό προσωπικό που ανήκει στην ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία⁵ (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί). Τα τμήματα που επιλέχθηκαν προέρχονται από τους δύο βασικούς κορμούς της ιατρικής υπηρεσίας (Παθολογικός, Χειρουργικός)⁶ και αποτελούν τμήματα που βρίσκονται

⁵ Βλ. Παράρτημα «Οργανόγραμμα Περιφερειακής Συγκρότησης Εθνικού Συστήματος Υγείας Δυτικής Ελλάδας». Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί πως παρά του ότι προβλέπεται από τον σχ. νόμο για την ίδρυση και λειτουργία των Π.Ε.Σ.Υ. , η ένταξη της κοινωνικής υπηρεσίας των νοσοκομείων στην ιατρική υπηρεσία μέχρι την σύνταξη του συγκεκριμένου κειμένου δεν έχει εφαρμοσθεί, λόγω επικείμενων αλλαγών στην οργάνωση του Π.Ε.Σ.Υ.

⁶ Βλ. Παράρτημα

στην «πρώτη γραμμή» στον χώρο του νοσοκομείου. Αναλυτικά τα τμήματα στα οποία διεξάχθηκε η έρευνα είναι:

1. Παθολογικές κλινικές (Α, Β, Γ, Βραχεία νοσηλεία)
2. Ογκολογικό Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας
3. Νεφρολογικό κέντρο (Κλινική)
4. Μονάδα Τεχνητού Νεφρού)
5. ΜΕΘ – ΜΑΦ
6. Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας
7. Χειρουργικές κλινικές (Α, Β)
8. Καρδιολογική
9. Μονάδα Εμφραγμάτων
10. Νευροχειρουργική
11. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
12. Ορθοπαιδική (Α, Β)
13. Κοινωνική Υπηρεσία

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό που εργάζεται στα τμήματα αυτά.

Το σύνολο του προσωπικού στα τμήματα σύμφωνα με τα στοιχεία του νοσοκομείου τον Ιούνιο του 2002 ήταν:

Πληθυσμός νοσηλευτών: 334 άτομα

Πληθυσμός ιατρών: 187 άτομα

Πληθυσμός κοινωνικών λειτουργών: 8 άτομα (αντιστοιχεί στο σύνολο των κοινωνικών λειτουργών)

Σύνολο πληθυσμού: 529 άτομα

Δείγμα της μελέτης αποτέλεσε το 20% των νοσηλευτών και γιατρών των παραπάνω τμημάτων. Ως προς τους κοινωνικούς λειτουργούς συμμετείχαν όλοι στην έρευνα (πλην ενός που συμμετείχε στην πιλοτική), λόγω του μικρού αριθμού των εργαζόμενων στην υπηρεσία αυτή.

Ακολουθήθηκε η μέθοδος της αναλογικής δειγματοληψίας κατά στρώματα ώστε να «αυξηθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος». (Κυριαζή, 2001, σελ.113).

Επιλέχθηκε το 20% της κάθε ειδικότητας από αλφαβητικό κατάλογο ονομάτων που σχηματίσθηκε από την ερευνήτρια. Η στρωματοποίηση έγινε με βασικό κριτήριο την συγκεκριμένη κατηγορία επαγγελματία. Οι κατηγορίες που υφίστανται είναι:

- Γιατροί ΔΕΠ
- Γιατροί ΕΣΥ
- Ειδικευόμενοι Γιατροί
- Νοσηλευτές Π.Ε.
- Νοσηλευτές Τ.Ε.Ι.
- Νοσηλευτές Τ.Ε.Λ./ διετούς φοίτησης
- Κοινωνικοί λειτουργοί

Τυπικά το 20% του πληθυσμού της έρευνας είναι το 105,8 δηλ. 109 άτομα. Στην συγκεκριμένη έρευνα το δείγμα αποτέλεσαν 126 άτομα από όλες τις παραπάνω ειδικότητες. Η αύξηση αυτή έγινε λόγω των δεκαδικών ψηφίων που προέκυπταν από το ποσοστό του 20% σε κάθε ειδικότητα. Στις περιπτώσεις που υπήρχαν δεκαδικά ψηφία, επιλέχθηκε ο αμέσως μεγαλύτερος αριθμός με αποτέλεσμα να υπάρχει μια σχετική αύξηση στο δείγμα.

1.3 Εργαλείο μέτρησης

1.3.1. Το ερωτηματολόγιο

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από τρεις κύριους άξονες.

Στο Α μέρος του ερωτηματολογίου καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων και θέματα σχετικά με το ωράριο και τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Στο Β μέρος χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης των Maslach & Jackson (1986) όπως αναφέρουν σχετικά οι (Αδαλή, 1999, Παπαδάτου Αναγνωστόπουλος, 1992, Maslach, 1996).

Το Γ μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 21 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 6 ανοιχτές. Στο τρίτο μέρος διερευνώνται οι απόψεις του προσωπικού για την ύπαρξη

ή όχι επαγγελματικού άγχους ή/ και εξουθένωσης, καθώς και οι ανάγκες, επιθυμίες και απόψεις για το είδος του προγράμματος που επιθυμούν.

1.3.2 Το ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης των Maslach & Jackson

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις που αντιστοιχούν στις τρεις βασικές παραμέτρους της επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με τους Maslach & Jackson (1986). Οι παράμετροι αυτοί είναι (όπως έχει αναφερθεί και στο κεφάλαιο 3.1.1. που αναφέρεται στην επαγγελματική εξουθένωση) η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωπιοποίηση και η μειωμένη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. (Αδαλή 1999, Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου 1999, Maslach 1996, Schaufeli, Maslach, Marek, 1993).

Το ερωτηματολόγιο των Maslach & Jackson (1986) έχει εφαρμοσθεί σε πλήθος ερευνών σε παγκόσμια κλίμακα και θεωρείται αξιόπιστο, έγκυρο και σχετικά εύκολο στην χρήση του. (Καντάς, 3^ο 1995, Παπαδάτου Αναγνωστόπουλος, 1992, Schaufeli, Maslach, Marek, 1993).

Στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκε από τους Παπαδάτου και συν. (1994), και εφαρμόσθηκε σε σχετική έρευνα των Παπαδάτου Αναγνωστόπουλο οι οποίοι καταλήγουν στο συμπέρασμα της εγκυρότητας της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου Maslach και το θεωρούν ένα «σύντομο, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο όργανο καταγραφής των συναισθημάτων του ατόμου απέναντι στην εργασία του και της στάσης του απέναντι σε όσους παρέχουν υπηρεσίες» (Παπαδάτου Αναγνωστόπουλος, 1992, Αδαλή, 1999).

Η βαθμολογία των 22 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου υπολογίζεται με διαβάθμιση 7 σημείων της κλίμακας Likert, από το 0 (που αντιστοιχεί στο «ποτέ») έως το 6 («κάθε μέρα»). (βλ. παράρτημα).

Θα πρέπει να αναφερθεί πως όπως υποστηρίζει και η Maslach, (1996) οι τιμές που προκύπτουν για τον βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης δεν έχουν διαγνωστικό

χαρακτήρα αλλά κυρίως ενδεικτικό ως προς την μη ικανοποίηση των εργαζόμενων και την αναγκαιότητα η μη λήψης μέτρων πρόληψης. (Maslach, 1996)

Να σημειωθεί επίσης, πως οι Παπαδάτου Αναγνωστόπουλος (1992), στην σχετική έρευνα που έκαναν για την αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου δημοσιεύουν τις σχετικές οριακές τιμές για τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης τουλάχιστον στον νοσηλευτικό χώρο. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης μελέτης όσον αφορά τους νοσηλευτές/ τριες γίνεται στην συνέχεια βάσει των τιμών αυτών (Παπαδάτου Αναγνωστόπουλος, 1992).

Σχετική έρευνα δεν έχει υλοποιηθεί σε γιατρούς και κοινωνικούς λειτουργούς στον Ελλαδικό χώρο (ή τουλάχιστον δεν κατέστη δυνατό να γίνει γνωστή στην ερευνήτρια) που να ελέγχει την αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης, παρά μόνο σχετικές έρευνες που στηρίζονται στις οριακές τιμές που δίδει η ίδια η Maslach. Για τον λόγο αυτό στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων δίδονται οι σχετικοί πίνακες και των Παπαδάτου Αναγνωστόπουλο (1992), αλλά και της Maslach (1996). Θα πρέπει να σημειωθεί πως καθώς για τους γιατρούς και νοσηλευτές η Maslach (1996) δίδει ταυτόσημες τιμές, πιθανά να ισχύει κάτι τέτοιο και στον Ελλαδικό χώρο.⁷ Ιδιαίτερα όμως για τους κοινωνικούς λειτουργούς οι συγκρίσεις θα γίνουν με τις τιμές που δίδει η Maslach (1996) (Παπαδάτου Αναγνωστόπουλος, 1992, Maslach, 1996).

1.4 Η μελέτη πιλότος

Η μελέτη πιλότος εφαρμόσθηκε μετά από τις σχετικές άδειες της Επιτροπής Δεοντολογίας του Π.Γ.Ν.Π., του Επιστημονικού Συμβουλίου, και του Συμβουλίου Διοίκησης. (βλ. παράρτημα)

Από τις 10/10/02 έως τις 23/10/02 πραγματοποιήθηκε προκαταρκτική μελέτη (pilot study) σε 15 άτομα όλων των προαναφερθέντων ειδικοτήτων με σκοπό να εκτιμηθούν η σαφήνεια των ερωτήσεων, ο χρόνος συμπλήρωσης και οι ελλείψεις τυχόν βασικών παραμέτρων για το προσωπικό. Από την μελέτη πιλότο προέκυψαν αλλαγές στην διατύπωση μέρους των ερωτήσεων, προστέθηκε η παράμετρος του

⁷ Την άποψη αυτή ισχυρίσθηκε και η κα Παπαδάτου σε σχετική επικοινωνία της ερευνήτριας μαζί της.

αριθμού των εφημεριών και των συνολικών ωρών συνεχόμενης εφημερίας και εκτιμήθηκε ο χρόνος συμπλήρωσης που κυμαινόταν από 15 λεπτά το ελάχιστο έως 40 λεπτά το μέγιστο. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης που απαιτούνταν ήταν 30 λεπτά και η συμπλήρωσή του γινόταν είτε σε νυχτερινή βάρδια, είτε σε ιδιωτικό χώρο των ερωτώμενων.

1.5 Η κυρίως έρευνα

Η έναρξη του κυρίως ερευνητικού μέρους της μελέτης έγινε στις 6/11/02 και η λήξη στις 23/01/03/.

Η ερευνήτρια απευθυνόταν στο κάθε προεπιλεγμένο άτομο του δείγματος προσωπικά δίδοντας το ερωτηματολόγιο και σχετική ενημερωτική επιστολή. Στην πλειοψηφία των τμημάτων υπήρξε και προσωπική επαφή με τους διευθυντές των κλινικών/ τμημάτων.

Η προσωπική επαφή με τους ερωτώμενους θεωρήθηκε απαραίτητη τόσο για τυχόν επεξηγήσεις, όσο και για ορισμό συγκεκριμένης ημερομηνίας επιστροφής του ερωτηματολογίου στην έρευνήτρια. Θα πρέπει να σημειωθεί πως η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν συνήθως στο σπίτι του κάθε ερωτώμενου ή σε προσωπικό χρόνο καθώς δεν ήταν εφικτή η συμπλήρωση εν ώρα εργασίας. Η διαδικασία αυτή επέφερε πολλές καθυστερήσεις στην επιστροφή των ερωτηματολογίων καθώς σε πολλές περιπτώσεις δεν είχε συμπληρωθεί στην προσυμφωνημένη ημερομηνία.

Διανεμήθηκαν συνολικά 126 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν τα 114. Συνολικά αρνήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο 12 άτομα τα οποία κατανέμονται ως εξής: 5 αρνήσεις από το νοσηλευτικό προσωπικό, 6 από το ιατρικό και 1 από την κοινωνική υπηρεσία. Το ιατρικό προσωπικό των χειρουργικών κλινικών είχε τις περισσότερες αρνήσεις ενώ στα ΤΕΠ υπήρξαν σχετικά αυξημένες αρνητικές απαντήσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό. Να σημειωθεί τέλος πως 2 άτομα που συμπεριλαμβάνονται στις αρνήσεις στην ουσία πήραν την άδειά τους την περίοδο της επιστροφής των ερωτηματολογίων και δεν ήταν εφικτή η επιστροφή.

Η διαδικασία της συλλογής των ερωτηματολογίων έδωσε σε πολλές περιπτώσεις αφορμή για πλήθος συζητήσεων ως προς το επαγγελματικό άγχος και τις απόψεις του επιστημονικού προσωπικού.

1.6 Η στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το Πακέτο Στατιστικής Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών SPSS 11. (Statistical Package for Social Science)

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στο α και γ μέρος του ερωτηματολογίου κωδικοποιήθηκαν για τις μεν κλειστές, ενώ έγινε ανάλυση περιεχόμενου αρχικά στις ανοιχτές και μετά ακολούθησε η κωδικοποίηση των απαντήσεων.

Η μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης προκύπτει από τις αθροίσεις συγκεκριμένων μεταβλητών του ερωτηματολογίου της Maslach που αντιστοιχούν στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπρωσοποίησης και της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων.

2. Αποτελέσματα έρευνας

ΑΞΟΝΑΣ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

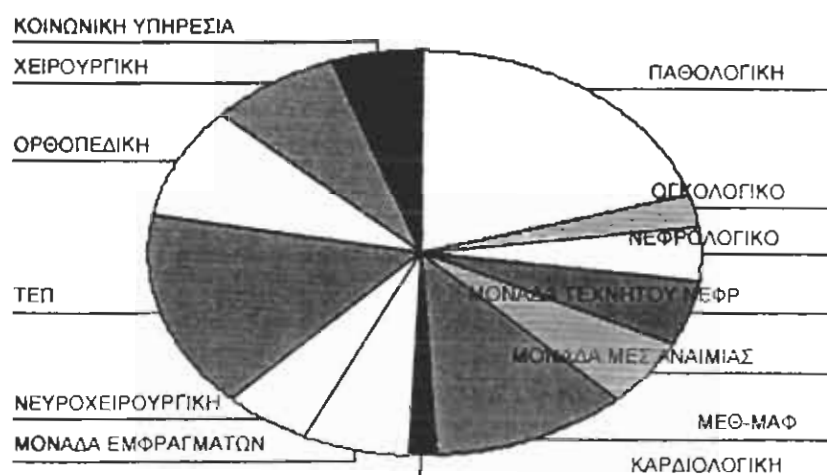
ΕΡΩΤΗΣΗ Α1: Τμήμα/ Μονάδα εργασίας

ΤΜΗΜΑ/ ΜΟΝΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	Frequency	Percent	Valid	Cumulative Percent
Valid ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	23	20,2	20,2	20,2
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	3	2,6	2,6	22,8
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	5	4,4	4,4	27,2
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	6	5,3	5,3	32,5
ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣ. ΑΝΑΙΜΙΑΣ	6	5,3	5,3	37,7
ΜΕΘ-ΜΑΦ	13	11,4	11,4	49,1
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	2	1,8	1,8	50,9
ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	7	6,1	6,1	57,0
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	6	5,3	5,3	62,3
ΤΕΠ	18	15,8	15,8	78,1
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	10	8,8	8,8	86,8
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	9	7,9	7,9	94,7
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	6	5,3	5,3	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 1

ΤΜΗΜΑ/ΜΟΝΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα προέρχονται από τις παθολογικές κλινικές σε ποσοστό 20,2%. Ακολουθούν τα ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων

Περιστατικών) σε ποσοστό 15,8% και η ΜΕΘ-ΜΑΦ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας-Μονάδα Αφαιμαξομεταγγίσεων) σε ποσοστό 11,4%. Μέρος του ιατρικού προσωπικού (ΕΣΥ – Ειδικευόμενοι) από όλα τα τμήματα στα οποία εφαρμόσθηκε η έρευνα συμπεριλαμβάνεται στα ΤΕΠ με αποτέλεσμα να εμφανίζεται σχετικά υψηλό το ποσοστό των συμμετεχόντων (είναι ευνόητο πως οι συμμετέχοντες στα ΤΕΠ δεν συμπεριλαμβάνονται στα ποσοστά των άλλων κλινικών/ τμημάτων). Θα πρέπει να αναφερθεί πως το ιατρικό προσωπικό που εργάζεται στα ΤΕΠ ανήκει σε κάποια από τις κλινικές/ τμήματα του νοσοκομείου και βρίσκεται στα ΤΕΠ κατά τις ημέρες εφημερίας του νοσοκομείου.

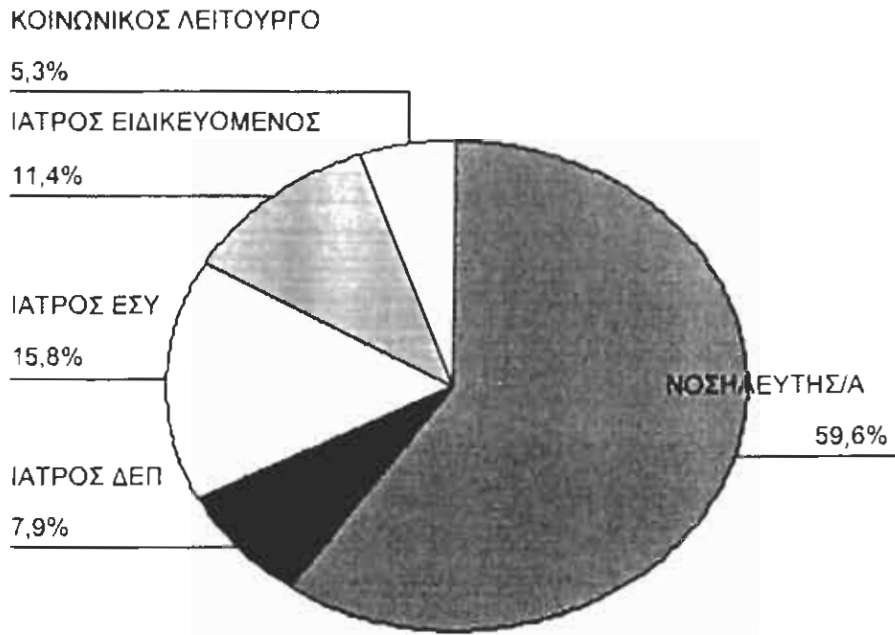
Παράλληλα το ιατρικό προσωπικό της καρδιολογικής και της μονάδας εμφραγμάτων είναι αντίστοιχα το ίδιο και έχει συμπεριληφθεί μία φορά. Το ποσοστό 1,8% της καρδιολογικής αναφέρεται στο νοσηλευτικό προσωπικό. Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί πως οι κοινωνικοί λειτουργοί συμμετείχαν σε ποσοστό μεγαλύτερο του 20% επί του συνόλου των απασχολούμενων στην κοινωνική υπηρεσία ώστε η εξαγωγή συμπερασμάτων για το τμήμα αυτό να είναι σχετικά ασφαλής.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Ειδικότητα

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	68	59,6	59,6	59,6
ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	9	7,9	7,9	67,5
ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	18	15,8	15,8	83,3
ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	13	11,4	11,4	94,7
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	6	5,3	5,3	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 2 ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό 59,6%. Ακολουθούν οι γιατροί που ανήκουν στο ΕΣΥ σε ποσοστό 15,8% και οι ειδικευόμενοι γιατροί σε ποσοστό 11,4%. Οι ΔΕΠ όπως και οι κοινωνικοί λειτουργοί βρίσκονται σε χαμηλά ποσοστά γεγονός που αντικατοπτρίζει και τον μικρότερο αριθμό εργαζομένων των συγκεκριμένων κατηγοριών στα τμήματα στα οποία εφαρμόσθηκε η έρευνα.

ΕΡΩΤΗΣΗ Α3: Ιεραρχία

ΙΕΡΑΡΧΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ	16	14,0	100,0	100,0
Missing	System	98	86,0		
Total		114	100,0		

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στην μεταβλητή αυτή η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν απάντησε. Πιο συχνά απαντούσαν οι γιατροί ΔΕΠ και οι προϊσταμένες των τμημάτων. Για τον

λόγο αυτό καταγράφηκαν μόνο οι προϊσταμένες των τμημάτων όπου όλες απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση.

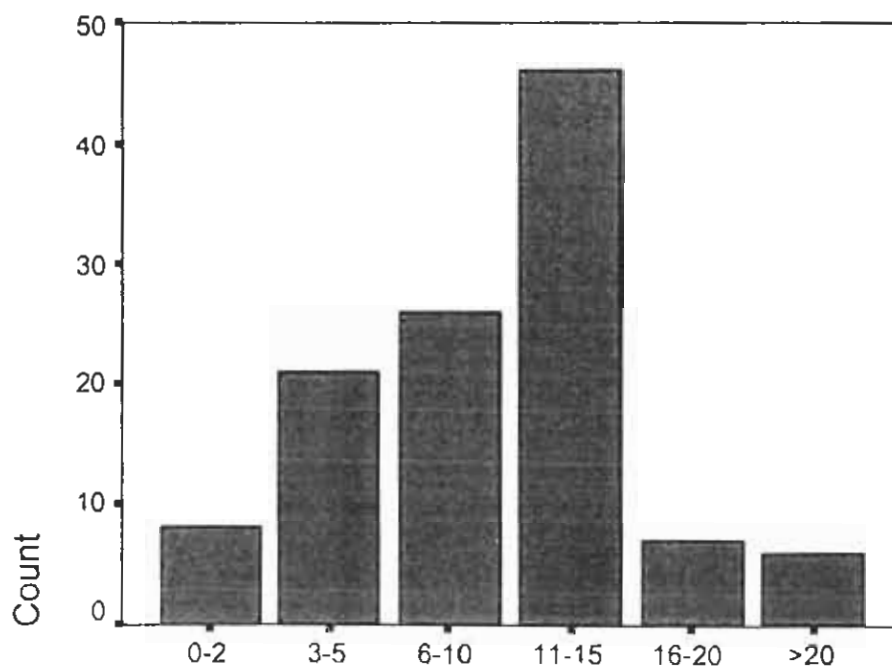
ΕΡΩΤΗΣΗ Α4: Χρόνια εργασίας στο Π.Γ.Ν.Π.

ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-2	8	7,0	7,0	7,0
3-5	21	18,4	18,4	25,4
6-10	26	22,8	22,8	48,2
11-15	46	40,4	40,4	88,6
16-20	7	6,1	6,1	94,7
>20	6	5,3	5,3	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 3

ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΠΓΝΠ



ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Το 40,4% των ερωτηθέντων εργάζεται στο Π.Γ.Ν.Π. από 11-15 έτη. Ακολουθούν οι εργαζόμενοι με 6-10 έτη με ποσοστό 22,8% και μεταξύ 3-5 ετών το 18,4%. Οι υπόλοιποι μοιράζονται σε αυτούς που εργάζονται μεταξύ 16-20 χρόνια πάνω από 20 χρόνια και από 0-2 χρόνια.

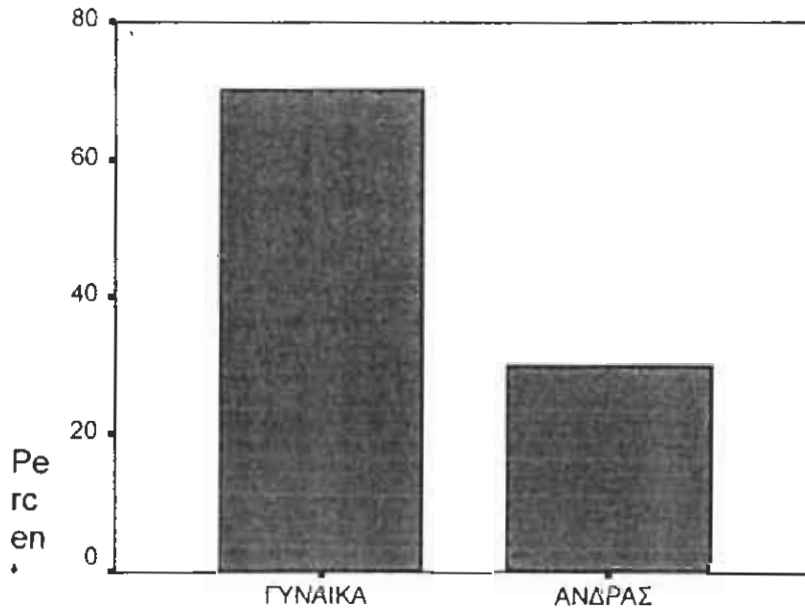
ΕΡΩΤΗΣΗ Α5:Φύλο

ΦΥΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΓΥΝΑΙΚΑ	80	70,2	70,2	70,2
	ΑΝΔΡΑΣ	34	29,8	29,8	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 4

ΦΥΛΟ



ΦΥΛΟ

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν γυναίκες σε ποσοστό 70,2% γεγονός που δικαιολογείται από την πλειοψηφική συμμετοχή των ερωτηθέντων από τον νοσηλευτικό χώρο, στην συγκεκριμένη έρευνα. (59,6%)

ΕΡΩΤΗΣΗ Α6: Ηλικία

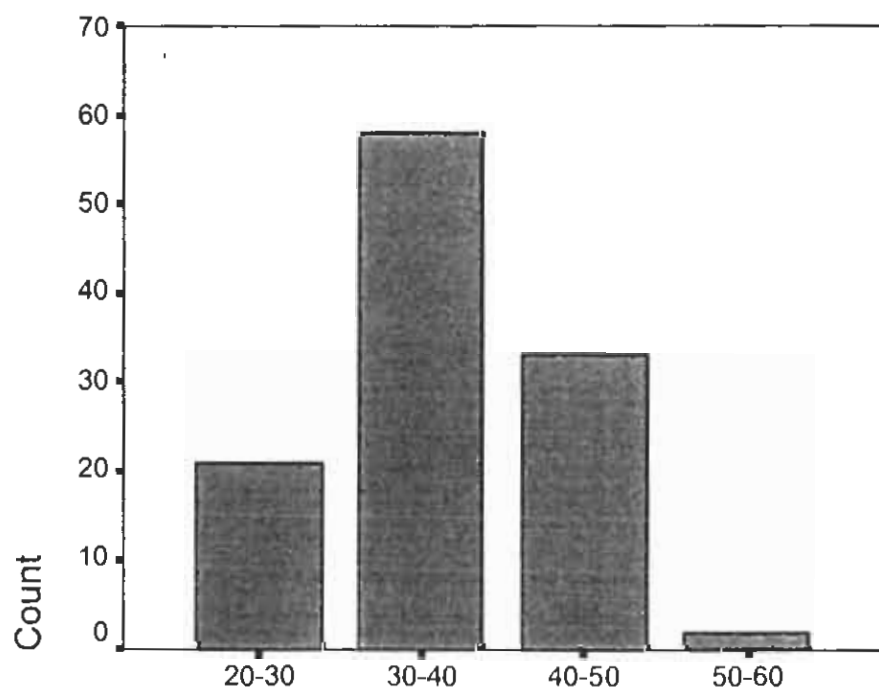
ΗΛΙΚΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20-30	21	18,4	18,4	18,4
30-40	58	50,9	50,9	69,3
40-50	33	28,9	28,9	98,2
50-60	2	1,8	1,8	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων βρίσκεται μεταξύ 30-40 ετών σε ποσοστό 50,9%. Το 28,9% διανύει την 4^η δεκαετία της ζωής του και το 18,4% βρίσκεται μεταξύ των 20-30 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6

ΗΛΙΚΙΑ



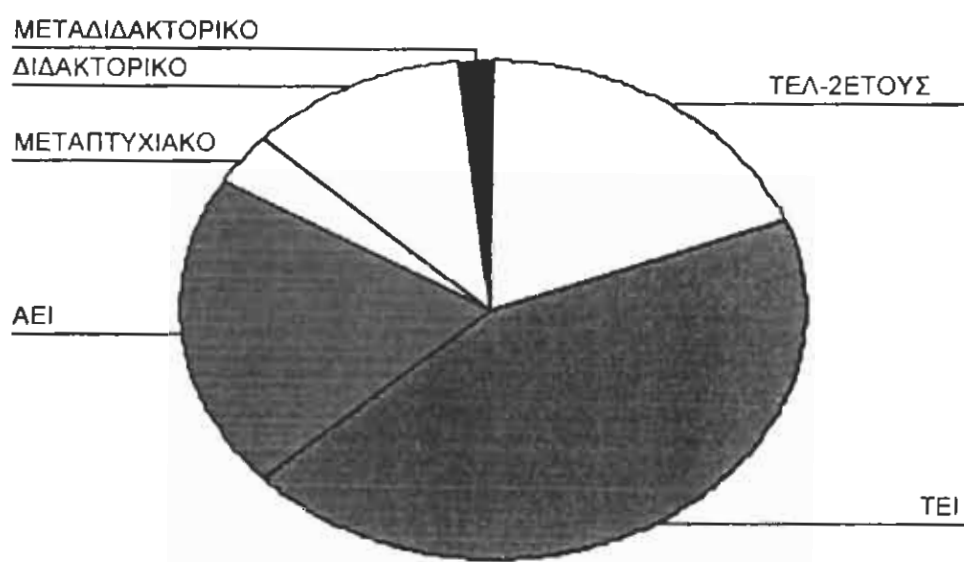
ΗΛΙΚΙΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ Α7: Εκπαίδευση

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΤΕΛ-2ΕΤΟΥΣ	22	19,3	19,3	19,3
ΤΕΙ	50	43,9	43,9	63,2
ΑΕΙ	23	20,2	20,2	83,3
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	4	3,5	3,5	86,8
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	13	11,4	11,4	98,2
ΜΕΤΑΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	2	1,8	1,8	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 7
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Σε ποσοστό 43,9% οι συμμετέχοντες στην έρευνα έχουν τελειώσει Τ.Ε.Ι. Αμέσως μετά οι απόφοιτοι των ΑΕΙ εμφανίζονται σε ποσοστό 20,2% με μικρή διαφορά από την τρίτη κατηγορία που έχουν τελειώσει ΤΕΛ ή κάποια άλλη σχολή διετούς φοίτησης. Η πρώτη κατηγορία είναι σαφές πως ανήκει ως επί το πλείστον στο νοσηλευτικό προσωπικό και στην συνέχεια στους κοινωνικούς λειτουργούς. Στους απόφοιτους των ΑΕΙ ανήκουν κυρίως οι γιατροί όπως και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού, διδακτορικού και μεταδιδακτορικού τίτλου.

ΕΡΩΤΗΣΗ Α8: Οικογενειακή κατάσταση

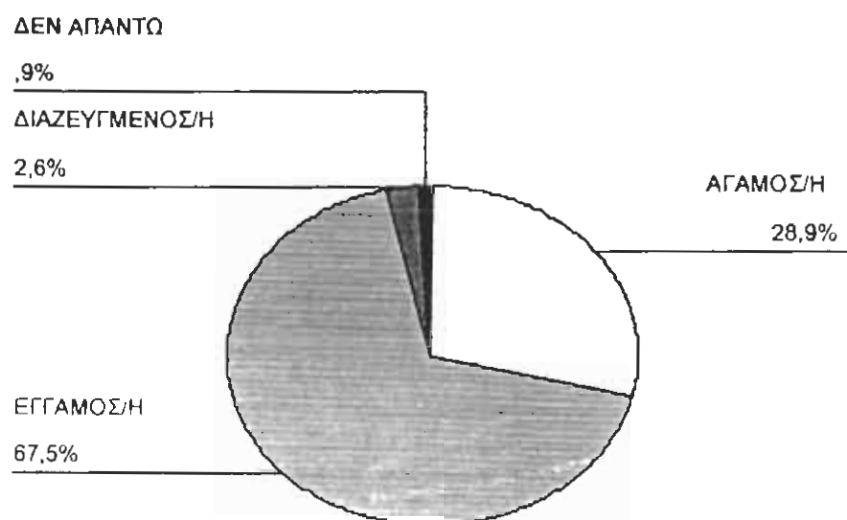
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΓΑΜΟΣ/Η	33	28,9	28,9	28,9
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	77	67,5	67,5	96,5
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	3	2,6	2,6	99,1
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	,9	,9	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι έγγαμοι σε ποσοστό 67,5%. Ακολουθούν οι άγαμοι με ποσοστό 28,9% και σε ποσοστό 2,6% οι διαζευγμένοι.

ΓΡΑΦΗΜΑ 8

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



ΕΡΩΤΗΣΗ Α9: Βάρδιες**ΜΟΝΟ ΠΡΩΙ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	27	23,7	23,7	23,7
	ΟΧΙ	87	76,3	76,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	45	39,5	39,5	39,5
	ΟΧΙ	69	60,5	60,5	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΚΥΛΙΟΜΕΝΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	52	45,6	45,6	45,6
	ΟΧΙ	62	54,4	54,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στην ερώτηση αυτή επί των 114 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα το 23,7% εργάζεται μόνο πρωί. Το 39,5% κάνει εφημερίες και το 45,6% έχει κυλιόμενες βάρδιες (πρωί- απόγευμα - νύχτα). Είναι σαφές πως στο κυλιόμενο ωράριο ανήκει μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού και στις εφημερίες μέρος του ιατρικού προσωπικού. Ως προς τις εφημερίες θα πρέπει να αναφερθεί πως ένα μικρό ποσοστό των νοσηλευτριών κυρίως των προϊστάμενων των κλινικών συμπεριλαμβάνεται και στις εφημερίες εκτός από την κατηγορία «μόνο πρωί».

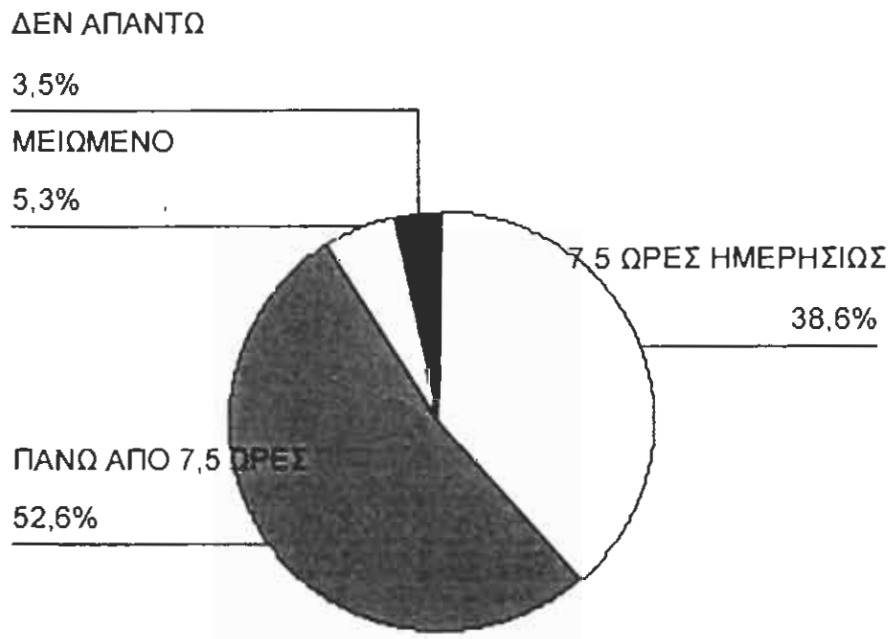
ΕΡΩΤΗΣΗ Α10: Ωράριο

ΩΡΑΡΙΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7,5 ΩΡΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ	44	38,6	38,6	38,6
	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 7,5 ΩΡΕΣ	60	52,6	52,6	91,2
	ΜΕΙΩΜΕΝΟ	6	5,3	5,3	96,5
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3,5	3,5	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 9

ΩΡΑΡΙΟ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Ως προς το ωράριο η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 52,6% αναφέρει πως εργάζεται πάνω από 7,5 ώρες την ημέρα. Το 38,6% εργάζεται 7,5 ώρες την ημέρα και το 5,3% έχει μειωμένο ωράριο. Στην πρώτη κατηγορία όπως είναι εμφανές δεν ανήκει μόνο το ιατρικό προσωπικό, όπου θα μπορούσε κανείς να υποθέσει πως έχουν εφημερίες, αλλά μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΦΗΜΕΡΙΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	3,5	10,0	10,0
	2	18	15,8	45,0	55,0
	3	5	4,4	12,5	67,5
	4	1	,9	2,5	70,0
	8	2	1,8	5,0	75,0
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	10	8,8	25,0	100,0
	Total	40	35,1	100,0	
Missing	System	74	64,9		
Total		114	100,0		

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Η συγκεκριμένη παράμετρος της μεταβλητής A10 απευθυνόταν κυρίως στο ιατρικό προσωπικό. Το 15,8% έχει συνήθως 2 εφημερίες την εβδομάδα. Το 8,8% δεν απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση και το 3,5% αναφέρει 1 εφημερία την εβδομάδα.

ΩΡΕΣ ΣΥΝΕΧΟΜΕΝΗΣ ΕΦΗΜ.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	1	,9	2,6	2,6
	12	1	,9	2,6	5,1
	15	1	,9	2,6	7,7
	16	2	1,8	5,1	12,8
	17	1	,9	2,6	15,4
	24	6	5,3	15,4	30,8
	25	1	,9	2,6	33,3
	30	1	,9	2,6	35,9
	32	4	3,5	10,3	46,2
	35	1	,9	2,6	48,7
	36	3	2,6	7,7	56,4
	48	3	2,6	7,7	64,1
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	14	12,3	35,9	100,0
	Total	39	34,2	100,0	
Missing	System	75	65,8		
Total		114	100,0		

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Και η παράμετρος αυτή απευθυνόταν κυρίως στο ιατρικό προσωπικό. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 12,3% δεν απάντησε. Το 5,3% αναφέρει 24 ώρες συνεχόμενης εφημερίας ενώ το 3,5% αναφέρει 32 ώρες συνεχόμενης εφημερίας.

ΑΞΟΝΑΣ Β

Ο άξονας Β αντιστοιχεί στο ερωτηματολόγιο της Maslach με τις συγκεκριμένες υποκλίμακες μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Εξετάζονται οι τιμές ανά ειδικότητα συγκρινόμενες με τις οριακές τιμές που δίδονται στην συνέχεια στην Αμερικάνικη και στην Ελληνική έκδοση.

Categorization of MBI Scores

MBI Subscales	Range of Experienced Burnout		
	Low	Average	High
Social Services			
EE ⁸	≤ 16	17-27	≥ 28
DP	≤ 5	6-10	≥ 11
PA	≥ 37	36-30	≤ 29
Medicine			
EE	≤ 18	19-26	≥ 27
DP	≤ 5	6-9	≥ 10
PA	≥ 40	39-34	≤ 33

Σχήμα 3⁹

⁸ (EE) Emotional Exhaustion – Συναισθηματική εξάντληση
 (DP) Depersonalization – Αποπροσωποποίηση
 (PA) Personal Accomplishment – Προσωπικά Επιτεύγματα

⁹ Το παραπάνω σχήμα αποτελεί αναδημοσίευση του πίνακα της Maslach (1996) στον οποίο δίδονται οι οριακές τιμές της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) ανά ειδικότητα.

Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout)

Υποκλίμακα	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική εξάντληση	≤ 20	21-30	≥ 31
Προσωπικά Επιτεύγματα	≥ 42	41-36	≤ 35
Αποπροσωποποίηση	≤ 5	6-10	≥ 11

Σχήμα 4¹⁰

Στους πίνακες που ακολουθούν γίνεται στατιστική επεξεργασία¹¹ των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης ανά ειδικότητα.

¹⁰ Το συγκεκριμένο σχήμα αποτελεί αναδημοσίευση του πίνακα που δημοσιεύθηκε από τους Παπαδάτου Αναγνωστόπουλο (1992) σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Ελλαδικό χώρο για την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου της Maslach (1986) (Παπαδάτου Αναγνωστόπουλος, 1992)

¹¹ Std.error= Στατιστικό σφάλμα

Mean=Μέσος

Confidence Interval=Διάστημα εμπιστοσύνης

Median= Διάμεσος

Variance=Διασπαρά

Std. Deviation=Τυπική απόκλιση

Range= Εύρος

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ = ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α

Descriptives^a

			Statistic	Std. Error
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	Mean		27,3971	1,45539
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	24,4921	
		Upper Bound	30,3020	
	5% Trimmed Mean		27,1569	
	Median		27,0000	
	Variance		144,034	
	Std. Deviation		12,00142	
	Minimum		7,00	
	Maximum		52,00	
	Range		45,00	
	Interquartile Range		19,5000	
	Skewness		,276	,291
	Kurtosis		-,737	,574
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΜΑΤΑ	Mean		36,0588	,88219
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	34,2980	
		Upper Bound	37,8197	
	5% Trimmed Mean		36,7647	
	Median		38,0000	
	Variance		52,922	
	Std. Deviation		7,27474	
	Minimum		12,00	
	Maximum		46,00	
	Range		34,00	
	Interquartile Range		7,7500	
	Skewness		-1,623	,291
	Kurtosis		2,527	,574
ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	Mean		9,0000	,84771
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,3080	
		Upper Bound	10,6920	
	5% Trimmed Mean		8,6405	
	Median		7,5000	
	Variance		48,866	
	Std. Deviation		6,99040	
	Minimum		,00	
	Maximum		27,00	
	Range		27,00	
	Interquartile Range		12,5000	
	Skewness		,609	,291
	Kurtosis		-,606	,574

a. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ = ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ = ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ

Descriptives^a

			Statistic	Std. Error
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	Mean		17,2222	3,10366
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	10,0652	
		Upper Bound	24,3793	
	5% Trimmed Mean		16,7469	
	Median		15,0000	
	Variance		86,694	
	Std. Deviation		9,31099	
	Minimum		7,00	
	Maximum		36,00	
	Range		29,00	
	Interquartile Range		14,0000	
	Skewness		1,133	,717
	Kurtosis		,804	1,400
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΜΑΤΑ	Mean		37,7778	2,54284
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	31,9140	
		Upper Bound	43,6416	
	5% Trimmed Mean		37,9198	
	Median		41,0000	
	Variance		58,194	
	Std. Deviation		7,62853	
	Minimum		25,00	
	Maximum		48,00	
	Range		23,00	
	Interquartile Range		12,0000	
	Skewness		-,738	,717
	Kurtosis		-,415	1,400
ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	Mean		4,7778	1,68142
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,9004	
		Upper Bound	8,6551	
	5% Trimmed Mean		4,4753	
	Median		3,0000	
	Variance		25,444	
	Std. Deviation		5,04425	
	Minimum		,00	
	Maximum		15,00	
	Range		15,00	
	Interquartile Range		7,0000	
	Skewness		1,325	,717
	Kurtosis		1,030	1,400

a. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ = ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ = ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ

Descriptives^a

			Statistic	Std. Error
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	Mean		19,2778	2,24745
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14,5361	
		Upper Bound	24,0195	
	5% Trimmed Mean		19,0309	
	Median		18,0000	
	Variance		90,918	
	Std. Deviation		9,53511	
	Minimum		6,00	
	Maximum		37,00	
	Range		31,00	
	Interquartile Range		16,0000	
	Skewness		,426	,536
	Kurtosis		-,872	1,038
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΜΑΤΑ	Mean		41,2778	1,04414
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	39,0748	
		Upper Bound	43,4807	
	5% Trimmed Mean		41,5309	
	Median		42,5000	
	Variance		19,624	
	Std. Deviation		4,42992	
	Minimum		31,00	
	Maximum		47,00	
	Range		16,00	
	Interquartile Range		6,5000	
	Skewness		-,729	,536
	Kurtosis		,080	1,038
ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	Mean		3,9444	1,03366
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,7636	
		Upper Bound	6,1253	
	5% Trimmed Mean		3,6049	
	Median		2,0000	
	Variance		19,232	
	Std. Deviation		4,38543	
	Minimum		,00	
	Maximum		14,00	
	Range		14,00	
	Interquartile Range		5,2500	
	Skewness		1,435	,536
	Kurtosis		1,350	1,038

a. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ = ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ = ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ

Descriptives^a

			Statistic	Std. Error
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	Mean		30,9231	2,27433
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	25,9677	
		Upper Bound	35,8784	
	5% Trimmed Mean		30,9701	
	Median		32,0000	
	Variance		67,244	
	Std. Deviation		8,20022	
	Minimum		18,00	
	Maximum		43,00	
	Range		25,00	
	Interquartile Range		13,5000	
	Skewness		-,385	,616
	Kurtosis		-,931	1,191
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΜΑΤΑ	Mean		34,6154	1,09508
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	32,2294	
		Upper Bound	37,0014	
	5% Trimmed Mean		34,5726	
	Median		34,0000	
	Variance		15,590	
	Std. Deviation		3,94838	
	Minimum		29,00	
	Maximum		41,00	
	Range		12,00	
	Interquartile Range		6,0000	
	Skewness		,358	,616
	Kurtosis		-,955	1,191
ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	Mean		11,6154	1,81708
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,6563	
		Upper Bound	15,5745	
	5% Trimmed Mean		11,2949	
	Median		11,0000	
	Variance		42,923	
	Std. Deviation		6,55157	
	Minimum		3,00	
	Maximum		26,00	
	Range		23,00	
	Interquartile Range		8,5000	
	Skewness		,784	,616
	Kurtosis		,609	1,191

a. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ = ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ = ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Descriptives ^a

		Statistic	Std. Error	
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ	Mean	14,0000	2,72029	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,0073	
		Upper Bound	20,9927	
	5% Trimmed Mean	13,9444		
	Median	14,0000		
	Variance	44,400		
	Std. Deviation	6,66333		
	Minimum	4,00		
	Maximum	25,00		
	Range	21,00		
	Interquartile Range	6,0000		
	Skewness	,335	,845	
	Kurtosis	2,500	1,741	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΜΑΤΑ	Mean	43,1667	,83333	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	41,0245	
		Upper Bound	45,3088	
	5% Trimmed Mean	43,1852		
	Median	43,5000		
	Variance	4,167		
	Std. Deviation	2,04124		
	Minimum	40,00		
	Maximum	46,00		
	Range	6,00		
	Interquartile Range	3,0000		
	Skewness	-,333	,845	
	Kurtosis	,516	1,741	
ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	Mean	2,3333	1,02198	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,2938	
		Upper Bound	4,9604	
	5% Trimmed Mean	2,2593		
	Median	1,0000		
	Variance	6,267		
	Std. Deviation	2,50333		
	Minimum	,00		
	Maximum	6,00		
	Range	6,00		
	Interquartile Range	4,5000		
	Skewness	,926	,845	
	Kurtosis	-1,429	1,741	

a. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ = ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ Β ΑΞΟΝΑ: Για τους/ τις νοσηλευτές/ τριες η επαγγελματική εξουθένωση του δείγματος και στις τρεις υποκλίμακες κυμάνθηκε στα μέτρια επίπεδα. (βλ. τιμές Μέσου (Mean) σχ. πίνακα) Η σύγκριση έγινε τόσο με τα ελληνικά δεδομένα (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1992) όσο και με τα Αμερικάνικα πρότυπα (Maslach, 1996).

Οι γιατροί ΔΕΠ εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και μέτρια επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων. Η σύγκριση και εδώ έγινε και με τις τιμές που αντιστοιχούν στον Ελλαδικό χώρο αλλά και με τις αντίστοιχες τιμές της Αμερικάνικης έκδοσης. Και στην περίπτωση αυτή υπάρχει πλήρης συμφωνία και στις δύο εκδοχές των τιμών των υποκλιμάκων.

Οι γιατροί ΕΣΥ εμφανίζουν μέτρια επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης συγκρινόμενοι με τις τιμές των δεδομένων της Maslach (1996), ενώ ως προς τα ελληνικά δεδομένα (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1992) παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης.

Ως προς τις δύο άλλες υποκλίμακες της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων οι τιμές βρίσκονται στα χαμηλά επίπεδα συγκρινόμενες και με τις δύο εκδοχές των ερωτηματολογίων.

Οι ειδικευόμενοι γιατροί εμφανίζουν συναισθηματική εξάντληση σε υψηλά επίπεδα συγκρινόμενοι με τα δεδομένα της Αμερικής και μέτρια επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σύμφωνα με τα Ελληνικά δεδομένα.

Ως προς την αποπροσωποποίηση εμφανίζεται υψηλή συγκρινόμενη με τα δεδομένα και των δύο χωρών. Η αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα σύμφωνα με τα δεδομένα της Maslach (1996), και υψηλή σύμφωνα με τα ελληνικά δεδομένα.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης. Παράλληλα όμως τα επίπεδα των προσωπικών επιτευγμάτων βρίσκονται και αυτά σε χαμηλά επίπεδα, ενώ στην συγκεκριμένη υποκλίμακα οι υψηλές τιμές υποδεικνύουν θετική σχέση του εργαζόμενου με την

εργασία του, τον εαυτό του και αίσθημα επιτυχίας. (βλ. σχ. Ορισμός έννοιας επαγγελματική εξουθένωση (burnout).

ΑΞΟΝΑΣ Γ:

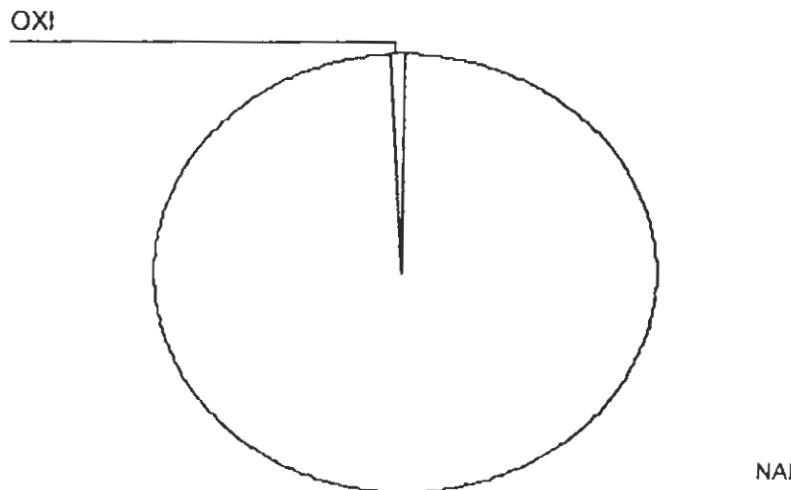
ΕΡΩΤΗΣΗ Γ1: Νομίζω πως στον χώρο υγείας οι εργαζόμενοι έχουν επαγγελματικό άγχος ή/ και εξάντληση (burnout).

ΧΩΡΟΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΑΓΧΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	113	99,1	99,1	99,1
	ΟΧΙ	1	,9	,9	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 10

ΕΠ.ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν θετικά σε ποσοστό 99,1%.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ2: Νομίζω πως παράγοντες που συντελούν στον χώρο που εργάζομαι στην ύπαρξη επαγγελματικού άγχους ή/ και εξάντλησης (burnout) είναι:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η ερώτηση Γ2 ήταν «ανοιχτού τύπου». Οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν κάτω από ένα τίτλο που κάθε φορά αντιπροσωπεύει όσο το δυνατόν περισσότερο τις απαντήσεις των ερωτηθέντων.

Πιο συγκεκριμένα δίδονται στην συνέχεια οι τίτλοι των υποκατηγοριών και οι απαντήσεις που περιέχονται κάτω από αυτόν. Στις περιπτώσεις που δεν καταγράφεται σχετική αναφορά υπάρχει πλήρης ταύτιση του τίτλου με το περιεχόμενο των απαντήσεων

ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	73	64,0	64,0	64,0
ΟΧΙ	37	32,5	32,5	96,5
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3,5	3,5	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Φόρτος εργασίας: Περιλαμβάνει τις απαντήσεις «φόρτος εργασίας- υπεράριθμοι ασθενείς-φύση περιστατικών-άγχος ανταπόκρισης»

ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ-ΚΑΘΕΤΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	31	27,2	27,2	27,2
ΟΧΙ	79	69,3	69,3	96,5
	4	3,5	3,5	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Δύσκολες εργασιακές σχέσεις: Περιλαμβάνει τις απαντήσεις «συνεργασία όλων των ειδικοτήτων- μη υποστήριξη αναγνώριση από προϊστάμενους και ανώτερους- κακή νοοτροπία εργαζομένων»

ΚΑΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	50	43,9	43,9	43,9
	ΟΧΙ	60	52,6	52,6	96,5
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3,5	3,5	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Κακές συνθήκες εργασίας: Περιλαμβάνει τις απαντήσεις «εξαντλητικό ωράριο- βάρδιες - έλλειψη διαλειμμάτων - προβληματικοί χώροι - έντονη σωματική κούραση»

ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	46	40,4	40,4	40,4
	ΟΧΙ	64	56,1	56,1	96,5
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3,5	3,5	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Έλλειψη προσωπικού: Συνήθως αναφέρεται ως έλλειψη προσωπικού και πολλές φορές προστίθενται οι παρατηρήσεις «κατάλληλο εξειδικευμένο- όχι συμβάσεις»

ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΚ/ΣΗΣ-ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	18	15,8	15,8	15,8
	ΟΧΙ	92	80,7	80,7	96,5
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3,5	3,5	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΑΣΑΦΕΙΑ ΡΟΛΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	13	11,4	11,4	11,4
	ΟΧΙ	97	85,1	85,1	96,5
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3,5	3,5	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΚΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ/ΥΛΙΚΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	35	30,7	30,7	30,7
	ΟΧΙ	75	65,8	65,8	96,5
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3,5	3,5	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Κακή οργάνωση-εξοπλισμός/ υλικό: Περιλαμβάνει τις απαντήσεις « έλλειψη μηχανοργάνωσης-ανεπάρκεια, έλλειψη μηχανολογικού εξοπλισμού-έλλειψη υλικού, οργάνωση εργασίας»

ΜΗ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	3	2,6	2,6	2,6
OXI	107	93,9	93,9	96,5
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	3,5	3,5	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Μη επαρκείς αποδοχές: Αναφέρεται επίσης η «έλλειψη κινήτρων»

Αναφέρθηκαν σε μεμονωμένες περιπτώσεις οι απαντήσεις:

«Αναχρονιστικοί κανονισμοί – επισκεπτήριο, συγγενείς- έλλειψη παιδείας ασθενών, ενημέρωση- ορθοστασία- ανεπάρκεια ΕΣΥ- πίεση να γίνουν όλα τα χειρουργεία- απαιτήσεις προσωπικής ζωής- έλεγχος- μη υποστήριξη τεχνικής υπηρεσίας- έλλειψη γενικότερων παροχών κοινωνικής πολιτικής- μη ύπαρξη δικτύων αποκατάστασης ασθενών»

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Πλειοψηφούσα απάντηση με ποσοστό 64% αναφέρεται ο φόρτος εργασίας ως βασικός παράγοντας ύπαρξης επαγγελματικού άγχους ή/ και εξουθένωσης. Ακολουθεί το 43,9% στις συνθήκες εργασίας και το 40,4% αναφέρεται στην έλλειψη προσωπικού. Τα υπόλοιπα ποσοστά κατανέμονται ως εξής: Κακή οργάνωση/ εξοπλισμός/ έλλειψη υλικού 30,7%, δύσκολες εργασιακές σχέσεις οριζόντια-κάθετα 27,2%, έλλειψη εκπαίδευσης-υποστήριξης 15,8%, ασάφεια ρόλων 11,4% και μη επαρκείς αποδοχές 2,6%.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ3: Νομίζω πως με διακατέχει επαγγελματικό άγχος ή/ και εξάντληση (burnout).

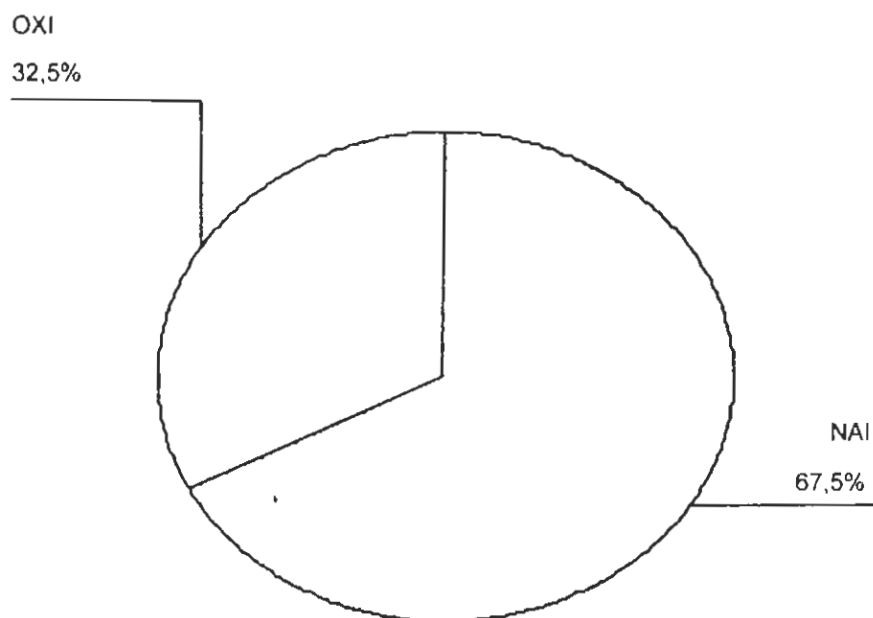
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΕΠ.ΑΓΧΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	77	67,5	67,5	67,5
OXI	37	32,5	32,5	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 67,5% θεωρεί πως έχει επαγγελματικό άγχος ή και εξάντληση (burnout). Στην συνέχεια παρατίθεται ο σχετικός πίνακας στον οποίο καταγράφεται ανά ειδικότητα η απάντηση στην συγκεκριμένη ερώτηση.

ΓΡΑΦΗΜΑ 11

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ Α ΕΠ. ΑΓΧΟΣ/ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ



ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΕΠ.ΑΓΧΟΣ Crosstabulation

Count		ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΕΠ.ΑΓΧΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	48	20	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	5	4	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	11	7	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	11	2	13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	2	4	6
Total		77	37	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Μέσω της σύγκρισης των απαντήσεων ανά ειδικότητα διαπιστώνεται πως οι νοσηλεύτριες, γιατροί του ΕΣΥ και ειδικευόμενοι πιστεύουν στην

πλειοψηφία τους πως διακατέχονται από επαγγελματικό άγχος. Οι γιατροί ΔΕΠ με μικρή διαφορά απαντούν θετικά και μόνο η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών απαντά αρνητικά.

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ * ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΕΠ.ΑΓΧΟΣ
Crosstabulation

Count		ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΕΠ.ΑΓΧΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΤΜΗΜΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	17	6	23
ΜΟΝΑΔΑ	ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	3		3
ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	4	1	5
	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	3	3	6
	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ	5	1	6
	ΜΕΘ-ΜΑΦ	7	6	13
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ		2	2
	ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	6	1	7
	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4	2	6
	ΤΕΠ	14	4	18
	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	6	4	10
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	6	3	9
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	2	4	6
Total		77	37	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στον πίνακα αυτό καταγράφονται οι θετικές και αρνητικές απαντήσεις των εργαζομένων ανά τμήμα, ως προς το επαγγελματικό άγχος/ εξάντληση. Στην πλειοψηφία των τμημάτων οι εργαζόμενοι απαντούν πως διακατέχονται από επαγγελματικό άγχος ή/ και εξάντληση (burnout). Αρνητικά απαντά η πλειοψηφία των εργαζομένων στην καρδιολογική κλινική και στην κοινωνική υπηρεσία. Στην μονάδα τεχνητού νεφρού οι απαντήσεις μοιράζονται, ενώ στην ΜΕΘ-ΜΑΦ είναι κατά μία μονάδα περισσότερες οι θετικές απαντήσεις ως προς το επαγγελματικό άγχος/ εξάντληση.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ4: ΕΑΝ ΝΑΙ, νομίζω πως οφείλεται στα εξής:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Στην ερώτηση αυτή απαντούν μόνο όσοι έχουν απαντήσει θετικά στην προηγούμενη μεταβλητή. Συγκρίνοντας τα missing στις δύο ερωτήσεις παρατηρείται να έχει απαντήσει ένα άτομο παραπάνω στην Γ4 ενώ στην προηγούμενη ερώτηση απάντησε αρνητικά.

Η ερώτηση Γ4 είναι και αυτή «ανοιχτού τύπου». Οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν κάτω από ένα τίτλο που κάθε φορά αντιπροσωπεύει όσο το δυνατόν περισσότερο τις απαντήσεις των ερωτηθέντων και σχεδόν ταυτίζονται με τους τίτλους των απαντήσεων της Γ2.

Πιο συγκεκριμένα δίδονται στην συνέχεια οι τίτλοι των υποκατηγοριών και οι απαντήσεις που περιέχονται κάτω από αυτόν. Στις περιπτώσεις που δεν καταγράφεται σχετική αναφορά υπάρχει πλήρης ταύτιση του τίτλου με το περιεχόμενο των απαντήσεων

ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ/ΦΥΣΗ ΔΟΥΛΕΙΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	54	47,4	47,4	47,4
ΟΧΙ	22	19,3	19,3	66,7
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	38	33,3	33,3	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Φόρτος εργασίας/ φύση δουλειάς: Συμπεριλαμβάνονται οι απαντήσεις «φόρτος εργασίας-υπεράριθμοι ασθενείς- σωματική κούραση- φύση περιστατικών»

ΚΑΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	38	33,3	33,3	33,3
ΟΧΙ	38	33,3	33,3	66,7
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	38	33,3	33,3	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Κακές συνθήκες εργασίας: Περιλαμβάνει τις απαντήσεις «συνεχείς εξουθενωτικές βάρδιες – εφημερίες-κακές συνθήκες εργασίας-έλλειψη χώρων για το προσωπικό- έντονη σωματική κόπωση»

ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	34	29,8	29,8	29,8
	ΟΧΙ	42	36,8	36,8	66,7
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	38	33,3	33,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	23	20,2	20,2	20,2
	ΟΧΙ	53	46,5	46,5	66,7
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	38	33,3	33,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Δύσκολες εργασιακές σχέσεις οριζόντια/ κάθετα: Μη αναγνώριση – υποστήριξη από τους ανωτέρους- πίεση- κακή συνεργασία με συναδέλφους- ανταγωνισμός- μη αντικειμενικό σύστημα αξιολόγησης»

ΜΗ ΤΗΡΗΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΟΥ/ΣΑΦΟΥΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	10	8,8	8,8	8,8
	ΟΧΙ	66	57,9	57,9	66,7
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	38	33,3	33,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Μη τήρηση καθηκοντολογίου/ σαφούς πλαισίου εργασίας

ΧΑΜΗΛΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	2	1,8	1,8	1,8
	ΟΧΙ	74	64,9	64,9	66,7
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	38	33,3	33,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΕΛΛΕΙΨΗ ΥΛΙΚΟΥ/ΟΡΓΑΝΩΣΗ/ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	14	12,3	12,3	12,3
ΟΧΙ	62	54,4	54,4	66,7
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	38	33,3	33,3	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Έλλειψη υγειονομικού υλικού/ κακή οργάνωση/ ανεπάρκεια μηχανολογικού εξοπλισμού.

Αναφέρθηκαν επίσης σε μεμονωμένες περιπτώσεις οι απαντήσεις: « Προβληματική λειτουργία του συστήματος-έλλειψη ενημέρωσης πολιτών- μη υποστήριξη τεχνικής υπηρεσίας- οικογενειακές υποχρεώσεις (2 άτομα)- επαγγελματική συνείδηση»

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Σε ποσοστό 48,2% επιλέγεται ο φόρτος εργασίας ως παράγοντας που οδηγεί στο επαγγελματικό άγχος/ εξάντληση (επί των 78 ατόμων που συμπλήρωσαν την ερώτηση Γ4). Ως δεύτερος παράγοντας αναφέρονται οι κακές συνθήκες εργασίας σε ποσοστό 33,3% και αμέσως μετά δηλώνεται η έλλειψη προσωπικού σε ποσοστό 29,8%.

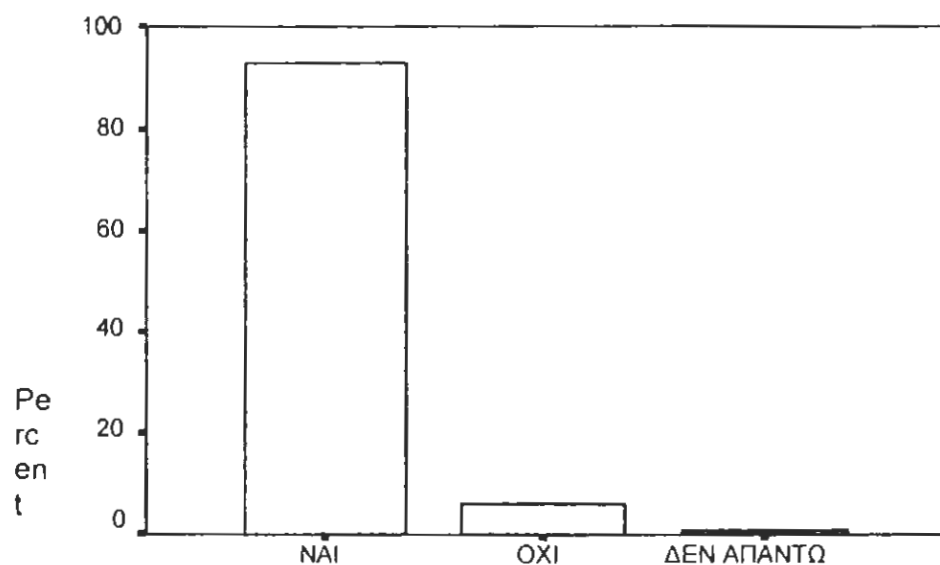
ΕΡΩΤΗΣΗ Γ5: Νομίζω πως η υπηρεσία που εργάζομαι χρειάζεται να συμβάλει στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας:

ΑΝΑΓΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	106	93,0	93,0	93,0
ΟΧΙ	7	6,1	6,1	99,1
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	,9	,9	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 12

ΑΝΑΓΚΗ ΑΛΛΑΓΩΝ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑ



ΑΝΑΓΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Σε ποσοστό 93% οι συμμετέχοντες στην έρευνα θεωρούν πως η υπηρεσία θα πρέπει να συμβάλει στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Το 6,1% απαντά αρνητικά.

ΑΝΑΓΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑ * ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

Count

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ					Total
		ΝΟΣΗΛ ΥΠΗΡΣΙΑ	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟ ΜΕΝΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΑΝΑΓΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΝΑΙ	63	8	18	12	5	106
	ΟΧΙ	5	1		1		7
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ					1	1
Total		68	9	18	13	6	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στον παραπάνω πίνακα καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερ. Γ5 ανά ειδικότητα. Καθώς ειδικότητες όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι γιατροί ΔΕΠ είχαν μικρό ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα θα ήταν δυνατό μία ολόκληρη ειδικότητα να έχει απαντήσει αρνητικά.

Η ανάγνωση του πίνακα όμως αποδεικνύει πως οι αρνητικές απαντήσεις κατανέμονται στις διάφορες ειδικότητες και δεν ισχύει η παραπάνω υπόθεση.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ6: ΕΑΝ ΝΑΙ, νομίζω πως η υπηρεσία που εργάζομαι θα μπορούσε να κάνει τα εξής:

(Παρακαλώ περιγράψτε συνοπτικά τι νομίζετε πως θα βοηθούσε)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η ερώτηση Γ6 είναι «ανοιχτού τύπου». Οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν και σε αυτή την περίπτωση όπως και στις προηγούμενες «ανοιχτού τύπου» μεταβλητές. Στις περιπτώσεις που πέρα του τίτλου που δίδεται σε κάθε πίνακα εμπεριέχονται και άλλες απαντήσεις, καταγράφονται στην συνέχεια.

ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	73	64,0	65,2	65,2
	ΟΧΙ	28	24,6	25,0	90,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9,6	9,8	100,0
	Total	112	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		114	100,0		

ΑΥΞΗΣΗ ΜΙΣΘΩΝ/ΚΙΝΗΤΡΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	9	7,9	8,0	8,0
	ΟΧΙ	92	80,7	82,1	90,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9,6	9,8	100,0
	Total	112	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		114	100,0		

ROTATION

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	11	9,6	9,8	9,8
	ΟΧΙ	90	78,9	80,4	90,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9,6	9,8	100,0
	Total	112	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		114	100,0		

ΕΚ/ΣΗ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ/ΕΚ/ΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	14	12,3	12,5	12,5
	ΟΧΙ	87	76,3	77,7	90,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9,6	9,8	100,0
	Total	112	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		114	100,0		

ΣΑΦΕΙΣ ΡΟΛΟΙ/ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	19	16,7	17,0	17,0
	ΟΧΙ	82	71,9	73,2	90,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9,6	9,8	100,0
	Total	112	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		114	100,0		

ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	47	41,2	42,0	42,0
	ΟΧΙ	54	47,4	48,2	90,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9,6	9,8	100,0
	Total	112	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		114	100,0		

Αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας: Περιλαμβάνονται επιπλέον οι απαντήσεις «μη υπεράριθμοι ασθενείς- ωράρια, βάρδιες, εφημερίες- χώροι για το προσωπικό (ξεκούρασης, διαλειμμάτων)»

ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗ/ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	29	25,4	25,9	25,9
	ΟΧΙ	72	63,2	64,3	90,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9,6	9,8	100,0
	Total	112	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		114	100,0		

ΕΠΑΡΚΕΣ ΥΛΙΚΟ/ΜΗΧ/ΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	14	12,3	12,5	12,5
	ΟΧΙ	87	76,3	77,7	90,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9,6	9,8	100,0
	Total	112	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		114	100,0		

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΛ΄ ΥΠΗΡΕΣΙΑ/ΔΙΑΛΟΓΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	21	18,4	18,8	18,8
	ΟΧΙ	80	70,2	71,4	90,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9,6	9,8	100,0
	Total	112	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		114	100,0		

Υποστήριξη από υπηρεσία/ Διάλογος: Συμπεριλαμβάνονται επιπλέον οι απαντήσεις «η υπηρεσία να ακούει τα προβλήματά μας – να έχει πιο ανθρώπινη συμπεριφορά»

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΒΑΘΜΙΔΩΝ/ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	9	7,9	8,0	8,0
	ΟΧΙ	92	80,7	82,1	90,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	9,6	9,8	100,0
	Total	112	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		114	100,0		

Αντικειμενική αξιολόγηση όλων των βαθμίδων/ έλεγχος ποιότητας: Γίνεται συχνή αναφορά για «αντικειμενική αξιολόγηση όλων των βαθμίδων (συμπεριλαμβανομένων ανωτέρων και διευθυντών).»

Σε μεμονωμένες περιπτώσεις στην ερ. Γ6, αναφέρθηκαν οι απαντήσεις: «επάνδρωση χειρουργείων, τήρηση νόμων για αναισθησιολόγους – τα επείγονται χειρουργεία να αντιμετωπίζονται με προτεραιότητα - λήξη νυχτερινής βάρδιας μετά από χρόνια – όχι συμβάσεις- φυσούνα για εργαστηριακά (Γ παθολογική) – τήρηση κανόνων, θεσμοθέτηση-λειτουργία Α/θμιας φροντίδας υγείας- συντονισμός για εξετάσεις- παύση λειτουργίας αναχρονιστικών κανονισμών – ψυχαγωγία»

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Η πρόσληψη προσωπικού όλων των βαθμίδων είναι και σε αυτή την μεταβλητή η πλειοψηφούσα απάντηση σε ποσοστό 64%. Ακολουθούν οι αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας 41,2% και στην συνέχεια η μηχανογράφηση/ καλύτερη οργάνωση σε ποσοστό 25,4%. Οι απαντήσεις των εργαζομένων και σε αυτή την ερώτηση είναι ταυτόσημες με τις απαντήσεις σε προηγούμενες. Αναφέρονται και εδώ θέματα όπως η υποστήριξη από τους ανωτέρους, η καλύτερη οργάνωση, η ύπαρξη μηχανογράφησης, οι σαφείς ρόλοι/ αρμοδιότητες του κάθε εργαζόμενου, το rotation, αύξηση μισθών, αντικειμενική αξιολόγηση.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ7: Νομίζω πως στο περιβάλλον εργασίας μου χρειάζεται βελτίωση:

ΦΩΤΙΣΜΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	19	16,7	16,7	16,7
	ΟΧΙ	82	71,9	71,9	88,6
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	13	11,4	11,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΕΞΑΕΡΙΣΜΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	32	28,1	28,1	28,1
	ΟΧΙ	69	60,5	60,5	88,6
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	13	11,4	11,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑΤΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	53	46,5	46,5	46,5
	ΟΧΙ	48	42,1	42,1	88,6
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	13	11,4	11,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΑΛΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	50	43,9	43,9	43,9
	ΟΧΙ	51	44,7	44,7	88,6
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	13	11,4	11,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στην συγκεκριμένη μεταβλητή επιλέχθηκε η παράμετρος «άλλο» ως πλειοψηφούσα 43,9%. Στην παράμετρο αυτή αναφέρεται κυρίως το θέμα των χώρων για τους εργαζόμενους όπως έλλειψη χώρων για διάλειμμα, ξεκούραση, φαγητό, καπνιστών και μη καπνιστών, χώροι για μελέτη, (βιβλιοθήκη), αποδυτήρια. Επίσης η καθαριότητα των υπαρχόντων χώρων όπως και η συντήρησή τους είναι αρκετά συχνή. Άλλα θέματα που συμπεριλαμβάνονται είναι η στολή (ενδυμασία) των

εργαζομένων, η εκπαίδευση του προσωπικού, ο μηχανολογικός και ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός, ο κλιματισμός.

Ακολουθεί ως δεύτερη επιλογή η παράμετρος χώροι διαλειμμάτων με ποσοστό 46,5%, καθώς ταυτίζεται εν μέρει με την επιλογή «άλλο».

Ακολουθεί ο εξαερισμός με 28,1% και τέλος ο φωτισμός με ποσοστό 16,7%.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ8: Γενικά πιστεύω πως θα βοηθούσε να κάνει η υπηρεσία τα εξής:

ΜΕΙΩΣΗ ΦΟΡΤΟΥ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	60	52,6	52,6	52,6
OXI	54	47,4	47,4	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΡΟΛΩΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	62	54,4	54,4	54,4
OXI	52	45,6	45,6	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΙΘΑΝΩΤΕΡΟΥΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	47	41,2	41,2	41,2
OXI	67	58,8	58,8	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	42	36,8	36,8	36,8
OXI	72	63,2	63,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	58	50,9	50,9	50,9
	ΟΧΙ	56	49,1	49,1	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	101	88,6	88,6	88,6
	ΟΧΙ	13	11,4	11,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΑΛΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	11	9,6	9,6	9,6
	ΟΧΙ	103	90,4	90,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΑΛΛΟ: Στην παράμετρο αυτή δόθηκαν οι απαντήσεις «καλύτερο μισθολόγιο-εξαφάνιση ράντζων – να παραιτηθεί η νοσηλευτική υπηρεσία – μηχανογράφηση-αμοιβές, καλύτερο μισθολόγιο - εκσυγχρονισμός κανονισμών- πρόσληψη βοηθητικού προσωπικού-απαγόρευση καπνίσματος- rotation»

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στην συγκεκριμένη μεταβλητή απάντησε το 100% του δείγματος των συμμετεχόντων στην έρευνα, καθώς ήταν ερώτηση «κλειστού τύπου» με καταγεγραμμένες τις πιθανές επιλογές. Οι ερωτώμενοι σε πολλές περιπτώσεις επέλεξαν σχεδόν όλες τις απαντήσεις με αποτέλεσμα να εμφανίζονται υψηλά ποσοστά σε αρκετές παραμέτρους.

Η πρόσληψη προσωπικού σε ποσοστό 88,6% θεωρείται ως πρώτη ανάγκη που θα πρέπει να καλύψει η υπηρεσία. Ακολουθεί η αποσαφήνιση των ρόλων με ποσοστό 54,4% και στην συνέχεια η μείωση του φόρτου εργασίας με ποσοστό 52,6%.

Σημαντικά ποσοστά παρατηρούνται και στις άλλες παραμέτρους όπως οι ευκαιρίες για κατάρτιση στο αντικείμενο εργασίας 50,9%, η υποστήριξη από τους ανωτέρους σε ποσοστό 41,2% και η μεγαλύτερη συμμετοχή των εργαζομένων, ανά τμήμα, στον

προγραμματισμό της δουλειάς με ποσοστό 36,8. Η παράμετρος «άλλο» βρίσκεται στο 9.6%.

ΜΕΙΩΣΗ ΦΟΡΤΟΥ * ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ Crosstabulation

Count	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ					Total
	ΝΟΣΗΛΕ ΥΤΗΣ/Α	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟ ΜΕΝΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΜΕΙΩΣΗ ΦΟΡΤΟ ΝΑΙ	41	2	8	8	1	60
ΟΧΙ	27	7	10	5	5	54
Total	68	9	18	13	6	114

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΙ ΑΝΩΤΕΡΟΥΣ * ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ Crosstabulation

Count	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ					Total
	ΝΟΣΗΛΕ ΥΤΗΣ/Α	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟ ΜΕΝΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΚ ΝΑΙ ΑΝΩΤΕΡΟΥΣ	33	2	5	5	2	47
ΟΧΙ	35	7	13	8	4	67
Total	68	9	18	13	6	114

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ * ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ Crosstabulation

Count	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ					Total
	ΝΟΣΗΛΕ ΥΤΗΣ/Α	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟ ΜΕΝΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΝΑΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ	21	6	8	5	2	42
ΟΧΙ	47	3	10	8	4	72
Total	68	9	18	13	6	114

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ * ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ Crosstabulation

Count	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ					Total
	ΝΟΣΗΛΕ ΥΤΗΣ/Α	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟ ΜΕΝΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΝΑΙ	38	2	9	7	2	58
ΟΧΙ	30	7	9	6	4	56
Total	68	9	18	13	6	114

ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ * ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ Crosstabulation

Count		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ					Total
		ΝΟΣΗΛΕ ΥΤΗΣ/Α	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟ ΜΕΝΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΠΡΟΣΛΗΨΗ	ΝΑΙ	60	7	17	12	5	101
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΟΧΙ	8	2	1	1	1	13
Total		68	9	18	13	6	114

ΑΛΛΟ * ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ Crosstabulation

Count		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ					Total
		ΝΟΣΗΛΕ ΥΤΗΣ/Α	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟ ΜΕΝΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΑΛΛΟ	ΝΑΙ	6	2	3			11
	ΟΧΙ	62	7	15	13	6	103
Total		68	9	18	13	6	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στους παραπάνω πίνακες γίνονται εμφανείς οι επιλογές των ερωτώμενων στην Γ8 ερώτηση σε συνάρτηση με την ειδικότητά τους. Οι πληροφορίες αυτές καταδεικνύουν τις ανάγκες της κάθε ειδικότητας καθώς είναι ευνόητο πως οι αρμοδιότητες και οι συνθήκες εργασίας δεν είναι ίδιες για όλες τις ειδικότητες. Παρατηρείται πως όλες οι ειδικότητες στην πλειοψηφία τους συμφωνούν στην πρόσληψη προσωπικού. Την μείωση φόρτου εργασίας ζητούν κυρίως οι νοσηλευτές και οι ειδικευόμενοι γιατροί, με τους γιατρούς του ΕΣΥ να ακολουθούν αμέσως μετά. Η υποστήριξη από τους ανωτέρους επιλέγεται κυρίως από νοσηλευτές, αλλά και ένα μέρος των άλλων ειδικοτήτων.

Ως προς την συμμετοχή των εργαζομένων στον προγραμματισμό η πλειοψηφία των γιατρών ΔΕΠ το επιλέγει ως βοηθητική ενέργεια από πλευράς υπηρεσίας, όπως και ένας σημαντικός αριθμός των γιατρών του ΕΣΥ. Σχεδόν οι μισοί νοσηλευτές επιλέγουν την συγκεκριμένη παράμετρο ενώ μειώνονται τα ποσοστά στους ειδικευόμενους γιατρούς και στους κοινωνικούς λειτουργούς.

Οι ευκαιρίες για κατάρτιση στο αντικείμενο εργασίας επιλέγεται από τους περισσότερους νοσηλευτές/ τριες. Οι ειδικευόμενοι επίσης κατά έναν περισσότερο επιλέγουν την συγκεκριμένη παράμετρο ενώ μοιράζονται ακριβώς στην μέση οι γιατροί του ΕΣΥ. Οι γιατροί ΔΕΠ σε μικρό αριθμό (2 από τους 9) επιλέγουν την

συγκεκριμένη παράμετρο (προφανώς γιατί καλύπτεται η ανάγκη αυτή). Τέλος οι 2 από τους 6 κοινωνικούς λειτουργούς θεωρούν σημαντική και αυτή την παράμετρο.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ9: Εμένα προσωπικά νομίζω πως για την πρόληψη/ αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους, θα με βοηθούσε η υπηρεσία να κάνει τα εξής: (Παρακαλώ περιγράψτε συνοπτικά τι νομίζετε πως θα σας βοηθούσε)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η ερώτηση Γ9 είναι «ανοιχτού τύπου». Οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν και σε αυτή την περίπτωση όπως και στις προηγούμενες «ανοιχτού τύπου» μεταβλητές. Στις περιπτώσεις που πέρα του τίτλου που δίδεται σε κάθε πίνακα εμπεριέχονται και άλλες απαντήσεις, καταγράφονται.

ΜΕΙΩΣΗ ΦΟΡΤΟΥ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	26	22,8	22,8	22,8
ΟΧΙ	73	64,0	64,0	86,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	15	13,2	13,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Μείωση φόρτου εργασίας: Περιλαμβάνει τις απαντήσεις «μείωση φόρτου- μη υπεράριθμοι ασθενείς- όχι ράντζα»

ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	64	56,1	56,1	56,1
ΟΧΙ	35	30,7	30,7	86,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	15	13,2	13,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Πρόσληψη προσωπικού: Εδώ αναφέρεται συχνά το προσωπικό που θα προσληφθεί να είναι κατάλληλο εξειδικευμένο και όχι με συμβάσεις.

ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	37	32,5	32,5	32,5
ΟΧΙ	62	54,4	54,4	86,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	15	13,2	13,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας: Περιλαμβάνονται εκτός του τίτλου οι απαντήσεις «μείωση ωρών εργασίας- βάρδιες, εφημερίες- καλύτεροι και περισσότεροι χώροι»

ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΡΟΛΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	30	26,3	26,3	26,3
	ΟΧΙ	69	60,5	60,5	86,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	15	13,2	13,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Αποσαφήνιση ρόλων: Εκτός του τίτλου συμπεριλαμβάνονται οι απαντήσεις «τήρηση ρόλων και αρμοδιοτήτων- καθηκοντολόγιο- σαφές πλαίσιο εργασίας»

ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	25	21,9	21,9	21,9
	ΟΧΙ	74	64,9	64,9	86,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	15	13,2	13,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	15	13,2	13,2	13,2
	ΟΧΙ	84	73,7	73,7	86,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	15	13,2	13,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ROTATION

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	5	4,4	4,4	4,4
	ΟΧΙ	94	82,5	82,5	86,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	15	13,2	13,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΟΡΓΑΝΩΣΗ/ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	28	24,6	24,6	24,6
	ΟΧΙ	71	62,3	62,3	86,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	15	13,2	13,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΕΚΣΗ-ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	21	18,4	18,4	18,4
ΟΧΙ	78	68,4	68,4	86,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	15	13,2	13,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

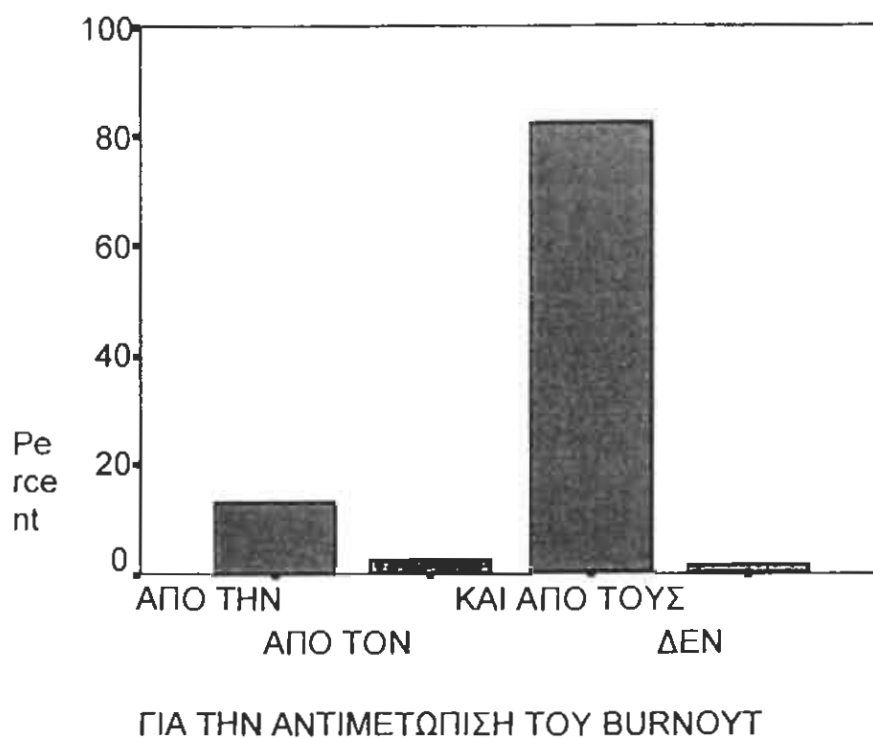
ΕΡΩΤΗΣΗ Γ10: Πιστεύω πως για την πρόληψη/ αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους χρειάζεται προσπάθεια:

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΥΡΝΟΥΤ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	15	13,2	13,2	13,2
ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ	3	2,6	2,6	15,8
ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΔΥΟ	94	82,5	82,5	98,2
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	1,8	1,8	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 13

ΑΠΟ ΠΟΙΟΥΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ



ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΒΥΡΝΟΥΤ

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 82,5% θεωρεί πως χρειάζεται προσπάθεια από τους εργαζόμενους και την υπηρεσία για την αντιμετώπιση και πρόληψη του επαγγελματικού άγχους. Σε ποσοστό 13,2% επιλέγεται μόνο η υπηρεσία και σε 2,6% μόνο από τον εργαζόμενο

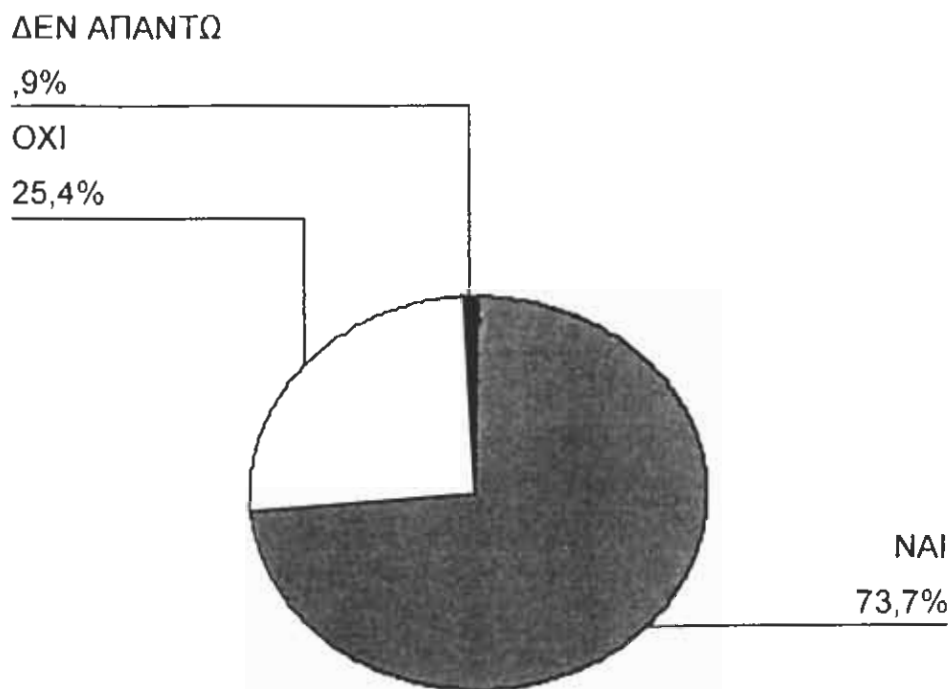
ΕΡΩΤΗΣΗ Γ11: Νομίζω πως η συμμετοχή μου σε ένα πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους θα μου ήταν βοηθητική

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	84	73,7	73,7	73,7
ΟΧΙ	29	25,4	25,4	99,1
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1	,9	,9	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 14

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Σε ποσοστό 73,7% οι συμμετέχοντες στην έρευνα θεωρούν πως η συμμετοχή τους σε πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους θα τους ήταν βοηθητική. Το 24,6% απαντά αρνητικά. Στην συνέχεια καταγράφονται οι απαντήσεις ανά ειδικότητα ώστε να είναι ακριβείς οι επιθυμίες και οι ανάγκες ανά ειδικότητα.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ Crosstabulation

Count		ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	57	10	1	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	3	6		9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	9	9		18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	10	3		13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	5	1		6
Total		84	29	1	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Η πλειοψηφία των νοσηλευτών, ειδικευόμενων και κοινωνικών λειτουργών θεωρούν βοηθητική την συμμετοχή τους σε πρόγραμμα. Οι γιατροί του ΕΣΥ μοιράζονται ακριβώς στην μέση ενώ η πλειοψηφία των γιατρών ΔΕΠ απαντά αρνητικά.

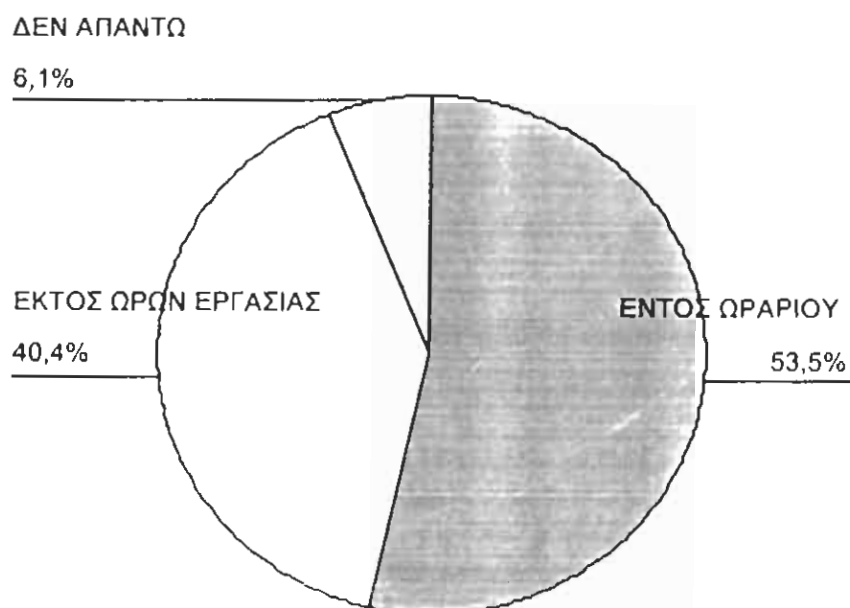
ΕΡΩΤΗΣΗ Γ12: Νομίζω πως ένα τέτοιο πρόγραμμα θα πρέπει να γίνεται

ΩΡΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΝΤΟΣ ΩΡΑΡΙΟΥ	61	53,5	53,5	53,5
	ΕΚΤΟΣ ΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	46	40,4	40,4	93,9
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	7	6,1	6,1	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 15

ΩΡΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Το 53,5% θεωρεί πως ένα πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους θα πρέπει να γίνεται εντός ωραρίου. Ένα επίσης σημαντικό ποσοστό 40,4% υποστηρίζει το αντίθετο.

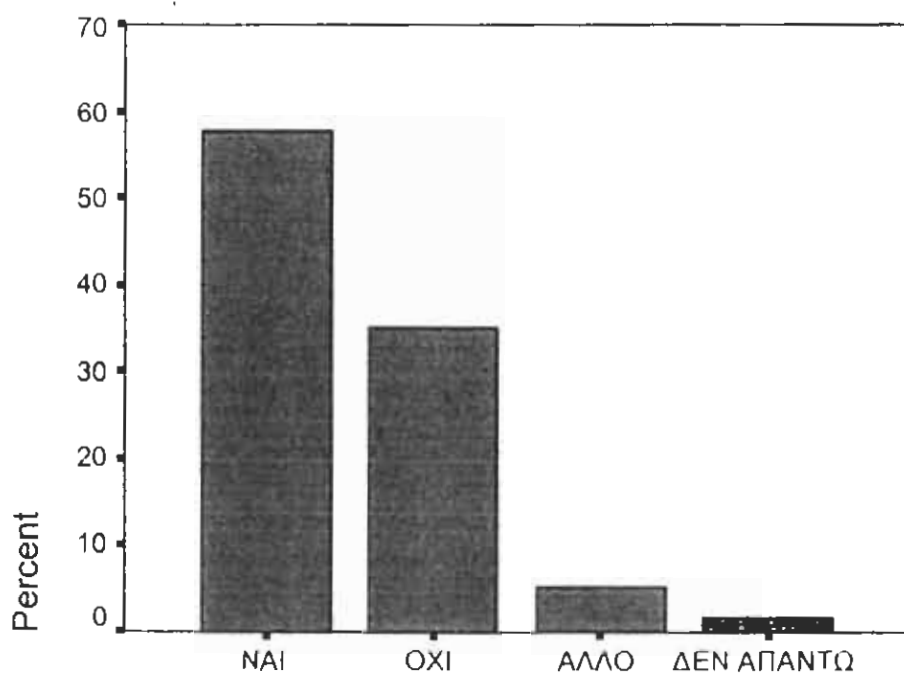
ΕΡΩΤΗΣΗ Γ13: Αν γινόταν εντός ωραρίου θα συμμετείχα

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΝΤΟΣ ΩΡΑΡΙΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	66	57,9	57,9	57,9
	ΟΧΙ	40	35,1	35,1	93,0
	ΑΛΛΟ	6	5,3	5,3	98,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	1,8	1,8	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 16

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΝΤΟΣ ΩΡΑΡΙΟΥ



ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΝΤΟΣ ΩΡΑΡΙΟΥ

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Το 57,9% θα συμμετείχε σε πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους εντός ωραρίου εργασίας. Αρνητικά απαντά το 35,1%. Η παράμετρος «άλλο» περιλαμβάνει τις απαντήσεις: « δεν θα είχα τον χρόνο να συμμετέχω εντός ωραρίου – πιθανόν»

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ14: Εκτός ωρών θα συμμετείχα σε ένα πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του burnout:

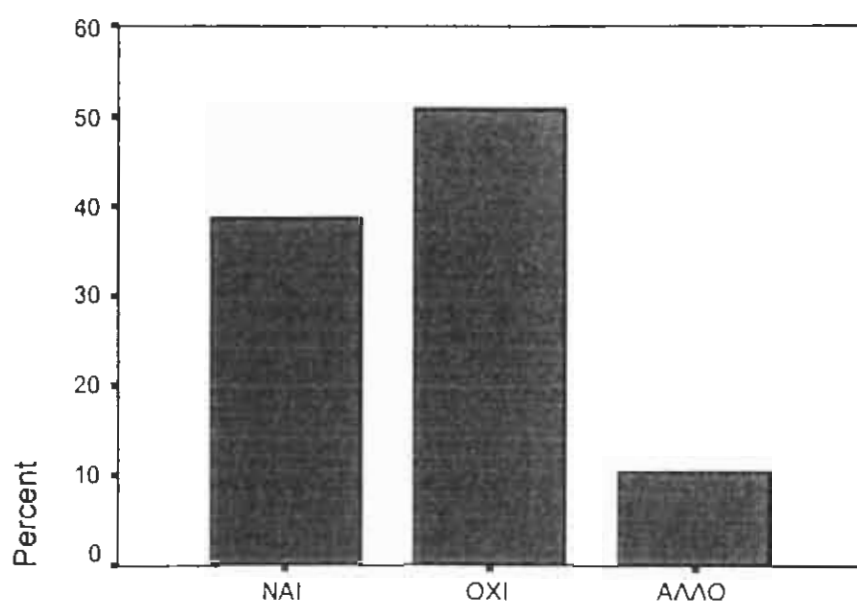
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΚΤΟΣ ΩΡΑΡΙΟΥ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	44	38,6	38,6	38,6
OXI	58	50,9	50,9	89,5
ΑΛΛΟ	12	10,5	10,5	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Η παράμετρος «άλλο» περιλαμβάνει τις απαντήσεις: «Πιθανόν – αν είχα ελεύθερο χρόνο – εξαρτάται – αν δεν ήταν σε μέρες που είμαι πρωί και νύχτα»

ΓΡΑΦΗΜΑ 17

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΚΤΟΣ ΩΡΑΡΙΟΥ



ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΚΤΟΣ ΩΡΑΡΙΟΥ

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Σε ποσοστό 50,9% οι συμμετέχοντες στην έρευνα απαντούν πως θα συμμετείχαν εκτός ωραρίου σε ένα πρόγραμμα. Το ποσοστό των ατόμων που θα συμμετείχαν σε πρόγραμμα εκτός ωραρίου εδώ φαίνεται να αυξάνεται σε σχέση με τα όχι της προηγούμενης μεταβλητής (38,6%). Θα πρέπει να αναφερθεί πως πολλά από τα άτομα που απάντησαν θετικά στην ερώτηση εάν θα συμμετείχαν σε πρόγραμμα εντός ωραρίου απάντησαν θετικά και στην περίπτωση που το πρόγραμμα γινόταν εκτός ωραρίου.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ15: Ένα τέτοιο πρόγραμμα περιμένω να με βοηθήσει

ΕΚΦΡΑΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	35	30,7	30,7	30,7
	ΟΧΙ	70	61,4	61,4	92,1
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9	7,9	7,9	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	38	33,3	33,3	33,3
	ΟΧΙ	67	58,8	58,8	92,1
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9	7,9	7,9	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΤΡΟΠΩΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	59	51,8	51,8	51,8
	ΟΧΙ	46	40,4	40,4	92,1
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9	7,9	7,9	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠ.ΑΓΧΟΥΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	44	38,6	38,6	38,6
	ΟΧΙ	61	53,5	53,5	92,1
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9	7,9	7,9	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΑΛΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	11	9,6	9,6	9,6
	ΟΧΙ	94	82,5	82,5	92,1
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9	7,9	7,9	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Η παράμετρος «άλλο» περιλαμβάνει τις απαντήσεις «όταν μόνο η υπηρεσία πληρεί τις προϋποθέσεις- πρόσληψη προσωπικού- όχι υπεράριθμοι ασθενείς- δεν γνωρίζω- δεν λύνεται με προγράμματα- δεν θα βοηθούσε»

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Ως πρώτη επιλογή 51,8% είναι η παράμετρος της εύρεσης τρόπων βελτίωσης των συνθηκών εργασίας. Αμέσως μετά επιλέγεται η εκπαίδευση στην διαχείριση του επαγγελματικού άγχους με ποσοστό 38,6%. Ακολουθεί ο εντοπισμός των προβλημάτων και τρόποι αντιμετώπισής τους με 33,3% και η έκφραση δυσκολιών με ποσοστό 30,7%.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ16: Θα ήθελα στον χώρο εργασίας μου να αλλάζαν τα εξής:
(Παρακαλώ σημειώστε έως τρία θέματα)

ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	36	31,6	31,6	31,6
	ΟΧΙ	55	48,2	48,2	79,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	23	20,2	20,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	26	22,8	22,8	22,8
	ΟΧΙ	65	57,0	57,0	79,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	23	20,2	20,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΡΟΛΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	19	16,7	16,7	16,7
	ΟΧΙ	72	63,2	63,2	79,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	23	20,2	20,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	63	55,3	55,3	55,3
	ΟΧΙ	28	24,6	24,6	79,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	23	20,2	20,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΟΡΓΑΝΩΣΗ/ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	26	22,8	22,8	22,8
	ΟΧΙ	65	57,0	57,0	79,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	23	20,2	20,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠ.ΑΓΧΟΥΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	5	4,4	4,4	4,4
	ΟΧΙ	86	75,4	75,4	79,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	23	20,2	20,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	12	10,5	10,5	10,5
	ΟΧΙ	79	69,3	69,3	79,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	23	20,2	20,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΕΚΣΗ/ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	21	18,4	18,4	18,4
	ΟΧΙ	70	61,4	61,4	79,8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	23	20,2	20,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στην μεταβλητή αυτή συχνότερα επιλέγονται οι καλύτερες συνθήκες εργασίας σε ποσοστό 55,3%. Ακολουθεί η επάρκεια του προσωπικού με 31,6% και σε ποσοστό 22,8% επιλέγονται παράλληλα οι καλύτερες εργασιακές σχέσεις και η καλύτερη οργάνωση και ο εξοπλισμός του νοσοκομείου. Ακολουθεί η εκπαίδευση – κατάρτιση με ποσοστό 18,4%, η αποσαφήνιση των ρόλων στο 16,7% και οι οικονομικές αποδοχές στ 10,5%. Τέλος καταγράφονται τα προγράμματα διαχείρισης επαγγελματικού άγχους με ποσοστό 4,4%

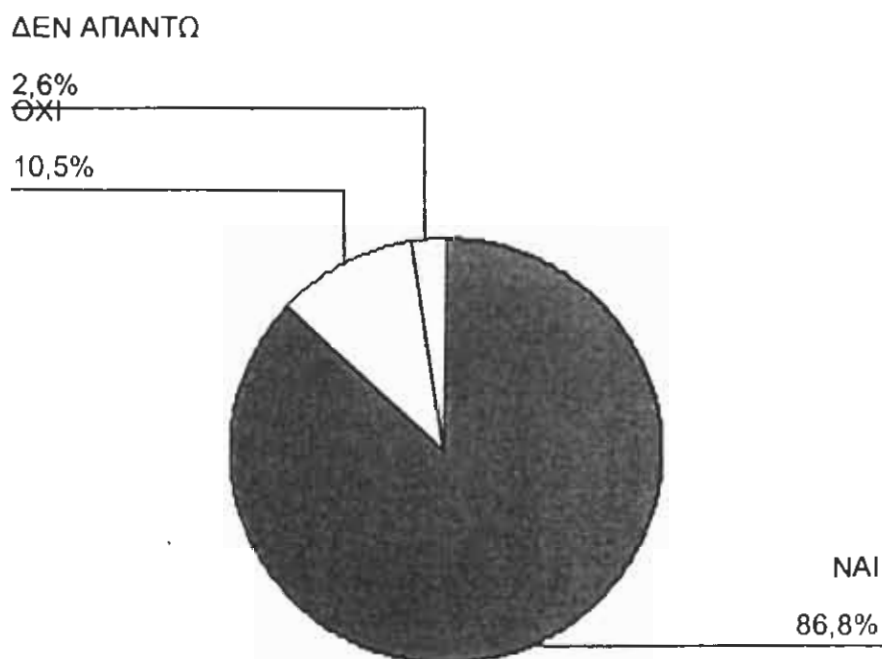
ΕΡΩΤΗΣΗ Γ17: Θα μου ήταν χρήσιμο να μάθω τρόπους εκτόνωσης του εργασιακού άγχους:

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΓΝΩΣΗ ΤΡΟΠΩΝ ΕΚΤΟΝΩΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	99	86,8	86,8	86,8
	ΟΧΙ	12	10,5	10,5	97,4
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3	2,6	2,6	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 18

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΓΝΩΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠ. ΑΓΧΟΥΣ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 86,8% πιστεύει πως θα του ήταν χρήσιμη η γνώση τρόπων εκτόνωσης του επαγγελματικού άγχους. Το 10,5% απάντησε αρνητικά ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 2,6% δεν απάντησε.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΓΝΩΣΗ ΤΡΟΠΩΝ ΕΚΤΟΝΩΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ Crosstabulation

Count		ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΓΝΩΣΗ ΤΡΟΠΩΝ ΕΚΤΟΝΩΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	65	2	1	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	5	4		9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	12	4	2	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	11	2		13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	6			6
Total		99	12	3	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στην συγκεκριμένη μεταβλητή θετική ήταν η απάντηση της πλειοψηφίας των νοσηλευτών, των ιατρών ΕΣΥ, των ειδικευόμενων γιατρών, των κοινωνικών λειτουργών. Οι γιατροί ΔΕΠ απάντησαν στην πλειοψηφία τους θετικά με διαφορά ενός μόνο ατόμου μεταξύ των θετικών και αρνητικών απαντήσεων.

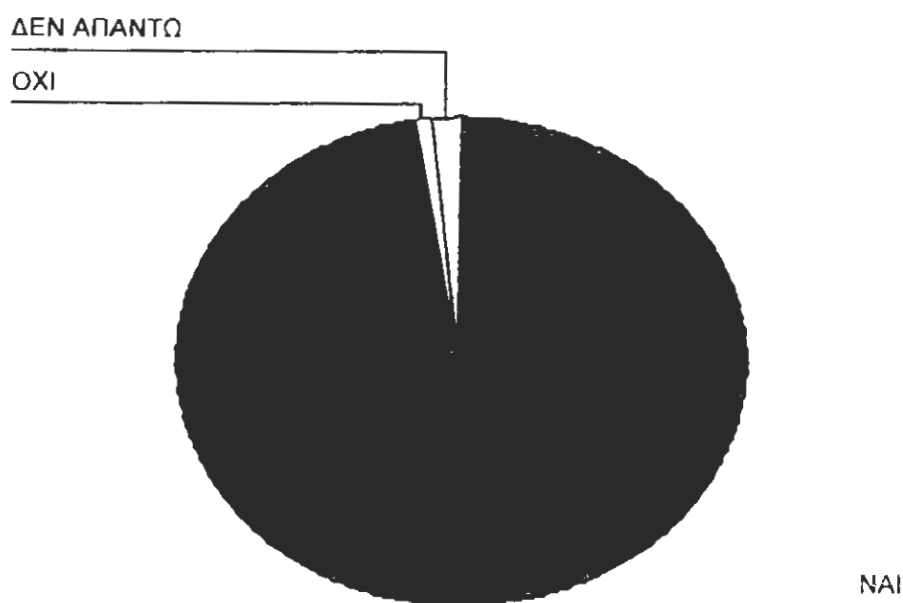
ΕΡΩΤΗΣΗ Γ18: Πιστεύω πως χρειάζεται να διεκδικώ περισσότερο για την βελτίωση των συνθηκών στον χώρο που εργάζομαι

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	111	97,4	97,4	97,4
	ΟΧΙ	1	,9	,9	98,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	1,8	1,8	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 19

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Το 97,4% των ερωτώμενων πιστεύει πως χρειάζεται να διεκδικεί περισσότερο για την βελτίωση των συνθηκών στον χώρο εργασίας του. Το 0,9% απαντά αρνητικά όπως και 1,8% δεν απάντησε.

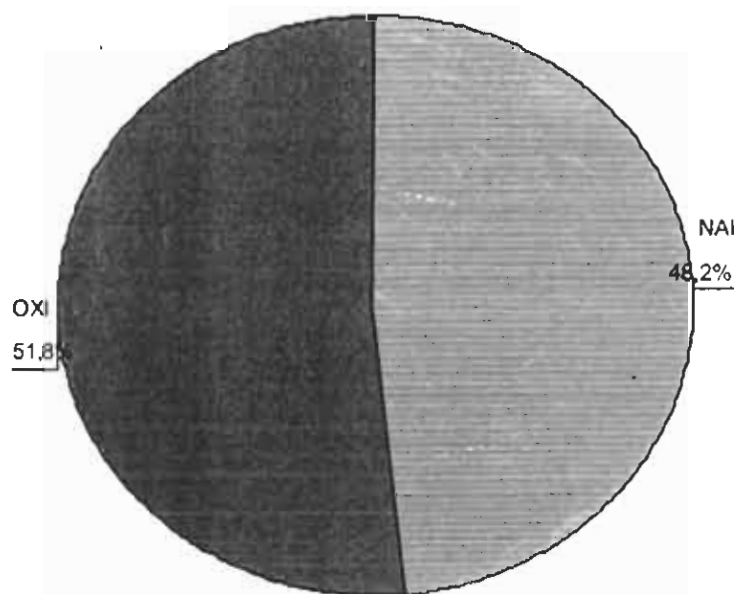
ΕΡΩΤΗΣΗ Γ19:Πιστεύω πως η αλλαγή τμήματος/ μονάδας βοηθά στην αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους.

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	55	48,2	48,2	48,2
OXI	59	51,8	51,8	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 20

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στην συγκεκριμένη μεταβλητή πλειοψηφούν οι αρνητικές απαντήσεις με ποσοστό 51,8%. Το 48,2% απαντά θετικά

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	40	28	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	1	8	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	5	13	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	3	10	13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	6		6
Total		55	59	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Οι απαντήσεις ανά ειδικότητα καταδεικνύουν τις ανάγκες ως προς το συγκεκριμένο θέμα. Έτσι είναι εμφανές πως η πλειοψηφία των νοσηλευτών θεωρεί πως η αλλαγή τμήματος βοηθά στην αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους, όπως και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Οι τελευταίοι μάλιστα απαντούν θετικά με απόλυτη πλειοψηφία. Αντίθετα είναι τα αποτελέσματα στο ιατρικό προσωπικό που κλίνει κυρίως προς την αρνητική απάντηση.

Τα παραπάνω αποτελέσματα είναι εν μέρει αναμενόμενα καθώς οι ειδικότητες των γιατρών δεν επιτρέπουν στην ουσία και πολλές αλλαγές τμημάτων, αντίθετα με τον χώρο της νοσηλευτικής και των κοινωνικών λειτουργών.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ20: ΕΑΝ ΝΑΙ, νομίζω πως η αλλαγή τμήματος/ μονάδας εργασίας είναι καλό να γίνεται:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Στην ερώτηση αυτή απαντούν όσοι απάντησαν θετικά στην μεταβλητή Γ19.

ΧΡΟΝΟΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ANA 2 ΕΤΗ	3	2,6	4,7	4,7
	ANA 3-5 ΕΤΗ	13	11,4	20,3	25,0
	ANA 5-10 ΕΤΗ	12	10,5	18,8	43,8
	ΟΤΑΝ ΤΟ ΖΗΤΑ Ο ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	33	28,9	51,6	95,3
	ΑΛΛΟ	3	2,6	4,7	100,0
	Total	64	56,1	100,0	
Missing	System	50	43,9		
Total		114	100,0		

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στα 64 άτομα που απάντησαν στην παραπάνω μεταβλητή το 28,9% θεωρεί πως η αλλαγή τμήματος είναι καλό να γίνεται όταν το ζητά ο/ η εργαζόμενος/ η. Το 11,4% επιλέγει το διάστημα μεταξύ 3-5 ετών και το 10,5% μεταξύ 5-10 ετών.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ21: Θα επιθυμούσα στην παρούσα φάση να αλλάξω τμήμα/ μονάδα εργασίας που απασχολούμαι

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	27	23,7	23,7	23,7
	ΟΧΙ	85	74,6	74,6	98,2
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	1,8	1,8	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Η πλειοψηφία των ερωτώμενων 74,6% δεν επιθυμεί να αλλάξει τμήμα/ μονάδα εργασίας. Καταφατικά απαντά το 23,7% ενώ δεν απάντησε το 1,8%.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count

	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ			Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	21	47		68
ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ		9		9
ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	1	16	1	16
ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	2	10	1	13
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	3	3		6
Total	27	85	2	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Τα 21 από τα 27 άτομα που απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα/ μονάδα εργασίας προέρχονται από τον νοσηλευτικό χώρο τις γίνεται φανερό από τον παραπάνω πίνακα. Τα υπόλοιπα άτομα προέρχονται από τον χώρο των κοινωνικών λειτουργών των ειδικευόμενων και των γιατρών του ΕΣΥ. Οι μισοί από τις κοινωνικούς λειτουργούς που συμμετείχαν στην έρευνα επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα/ μονάδα εργασίας.

ΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ * ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ Crosstabulatic

Count		ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΤΜΗΜΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	11	12		23
ΜΟΝΑΔΑ	ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	1	2		3
ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ		5		5
	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	1	5		6
	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ		5	1	6
	ΜΕΘ-ΜΑΦ	3	10		13
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ		2		2
	ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ		7		7
	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ		6		6
	ΤΕΠ	3	14	1	18
	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	1	9		10
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4	5		9
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	3	3		6
Total		27	85	2	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στον παραπάνω πίνακα καταγράφονται οι θετικές και οι αρνητικές απαντήσεις στην ερώτηση Γ21 ως τις το τμήμα εργασίας. Αρκετά από τα άτομα που επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας προέρχονται από τις παθολογικές κλινικές (11 άτομα τις 23 ερωτηθέντες). Από τις χειρουργικές θετικά απαντούν 4 από τα 9 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, 1 τις 3 στο ογκολογικό, 1 τις 6 στην μονάδα τεχνητού νεφρού, 3 τις 10 στην ΜΕΘ-ΜΑΦ, 3 τις 18 από τα ΤΕΠ, 1 τις 10 από την ορθοπεδική, κα 3 τις 6 από τις κοινωνικούς λειτουργούς. Τα τμήματα στα οποία δεν ανιχνεύθηκε επιθυμία αλλαγής είναι το νεφρολογικό, η μονάδα μεσογειακής αναιμίας, η καρδιολογική, η μονάδα εμφραγμάτων και η νευροχειρουργική.

Τις είναι εμφανές οι παθολογικές κλινικές έχουν τον μεγαλύτερο αριθμό εργαζομένων που επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας. Αντίθετα παρά τις βαρύτητας των

περιστατικών των ΜΕΘ-ΜΑΦ, μόνο 3 από τα 13 άτομα επιθυμούν αλλαγή μονάδας εργασίας.

Μικρό είναι και το ποσοστό των εργαζομένων στα ΤΕΠ που δηλώνουν επιθυμία αλλαγής τμήματος, χωρίς να μπορεί να αξιολογηθεί το αποτέλεσμα αυτό λόγω του ότι πέρα των νοσηλευτών/τριων και 2 σταθερών γιατρών το υπόλοιπο προσωπικό δεν ανήκει μόνιμα στα ΤΕΠ.

Αξιοσημείωτη τέλος είναι η επιθυμία των μισών από τις ερωτηθέντες κοινωνικούς λειτουργούς, να αλλάξουν τμήμα/ μονάδα εργασίας.

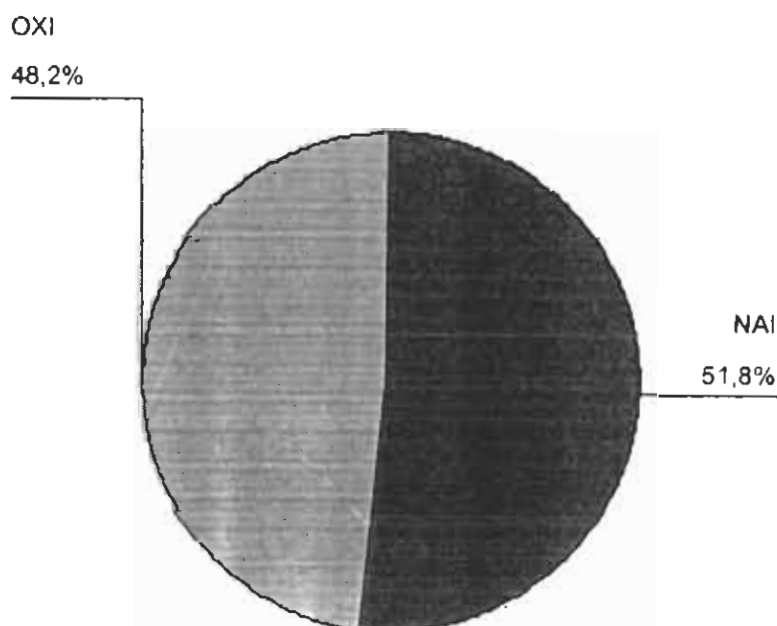
ΕΡΩΤΗΣΗ Γ22: Η υπηρεσία που εργάζομαι μου παρέχει δυνατότητες εκπαίδευσης

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΚ-ΣΗΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	59	51,8	51,8	51,8
ΟΧΙ	55	48,2	48,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 21

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΚ/ΣΗΣ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Το 51,8% απαντά θετικά και το 48,2% αρνητικά ως προς τις δυνατότητες που παρέχονται για εκπαίδευση.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΚ-ΣΗΣ Crosstabulation

Count		ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΚ-ΣΗΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	23	45	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	8	1	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	14	4	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	11	2	13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	3	3	6
Total		59	55	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Ο παραπάνω πίνακας φανερώνει τις δυνατότητες που δηλώνει που έχει κάθε ειδικότητα για εκπαίδευση. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών απαντούν αρνητικά (45 από τα 68 άτομα). Στο ιατρικό προσωπικό είναι λίγες οι αρνητικές απαντήσεις, ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί μοιράζονται ισόποσα στην θετική και αρνητική απάντηση.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ23: Χρησιμοποιώ τις δυνατότητες τις υπηρεσίας μου για εκπαίδευση

ΧΡΗΣΗ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΕΚ-ΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	60	52,6	52,6	52,6
	ΟΧΙ	48	42,1	42,1	94,7
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	6	5,3	5,3	100,0
Total		114	100,0	100,0	

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Το 52,6% απαντά αρνητικά στην ερώτηση και το 42,1% θετικά. Τα ποσοστά αυτά συμφωνούν με τις αντίστοιχες απαντήσεις στην ερώτηση Γ22. Τα άτομα που απάντησαν πως δεν έχουν δυνατότητες εκπαίδευσης απαντούν και αρνητικά στην χρήση των δυνατοτήτων εκπαίδευσης.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ24: Νομίζω πως για να μπορώ να διαχειρίζομαι αποτελεσματικά τις δυσκολίες στον χώρο εργασίας μου θα μου ήταν χρήσιμο:
(Μπορείτε να σημειώσετε από 1 έως τρεις επιλογές)

ΕΚ-ΣΗ ΣΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	54	47,4	47,4	47,4
	ΟΧΙ	55	48,2	48,2	95,6
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	4,4	4,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	35	30,7	30,7	30,7
	ΟΧΙ	74	64,9	64,9	95,6
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	4,4	4,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠ.ΑΓΧΟΥΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	54	47,4	47,4	47,4
	ΟΧΙ	55	48,2	48,2	95,6
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	4,4	4,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	57	50,0	50,0	50,0
	ΟΧΙ	52	45,6	45,6	95,6
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	4,4	4,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΩΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	12	10,5	10,5	10,5
	ΟΧΙ	97	85,1	85,1	95,6
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	4,4	4,4	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Στην παράμετρο «άλλο», περιλαμβάνονται οι απαντήσεις «δεν είναι θέμα βελτίωσης, αλλά πρόσληψης προσωπικού- καθηκοντολόγιο- να αναλάβει κάθε εργαζόμενος την ευθύνη του- να εφαρμοσθούν πιο αποτελεσματικοί τρόποι οργάνωσης στον χώρο εργασίας- να αλλάξει ριζικά ο τρόπος δομής, λειτουργίας του τμήματος»

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Σε ποσοστό 50,5% επιλέχθηκε το να μάθουν οι εργαζόμενοι τρόπους καλύτερης οργάνωσης της εργασίας τους. Σε ποσοστό 47,4% επιλέγεται ταυτόχρονα η εκπαίδευση σε θέματα σχετικά με το αντικείμενο εργασίας και η εκμάθηση τρόπων διαχείρισης του επαγγελματικού άγχους. Ακολουθεί ως επιλογή οι τρόποι βελτίωσης των σχέσεων στον χώρο εργασίας με ποσοστό 30,7% και η παράμετρος «άλλο» με ποσοστό 10,5%.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΕΚ-ΣΗ ΣΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ Crosstabulation

Count		ΕΚ-ΣΗ ΣΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	34	31	3	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	2	6	1	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	6	11	1	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	9	4		13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	3	3		6
Total		54	55	5	114

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ Crosstabulation

Count		ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	24	41	3	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	2	6	1	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	5	12	1	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	3	10		13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	1	5		6
Total		35	74	5	114

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠ.ΑΓΧΟΥΣ Crosstabulation

Count		ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΠ.ΑΓΧΟΥΣ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	39	26	3	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	2	6	1	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	4	13	1	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	5	8		13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	4	2		6
Total		54	55	5	114

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Crosstabulation

Count		ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	36	29	3	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	3	5	1	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	8	9	1	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	6	7		13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	4	2		6
Total		57	52	5	114

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΉΛΛΟ Crosstabulation

Count		ΉΛΛΟ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	3	62	3	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	2	6	1	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	4	13	1	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	3	10		13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ		6		6
Total		12	97	5	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στους παραπάνω πίνακες διαφαίνονται οι ανάγκες που έχουν οι εργαζόμενοι ανά ειδικότητα ώστε να χειρίζονται καλύτερα τις δυσκολίες στον χώρο εργασίας τους. Ως προς την ανάγκη εκπαίδευσης οι νοσηλευτές που επιλέγουν την παράμετρο αυτή είναι λίγο περισσότεροι από τους μισούς εκ των συμμετεχόντων στην έρευνα. Οι γιατροί ΔΕΠ δεν φαίνεται να εκφράζουν αντίστοιχη ανάγκη τουλάχιστον σε μεγάλο βαθμό, σε αντίθεση με τους ειδικευόμενους. Οι κοινωνικοί

λειτουργοί ως προς την παράμετρο εκπαίδευση στο αντικείμενο της εργασίας τους μοιράζονται ακριβώς στην μέση.

Ανάγκη για γνώση τρόπων βελτίωσης των σχέσεων στον χώρο εργασίας φαίνεται να έχει όλο το ιατρικό προσωπικό και οι κοινωνικοί λειτουργοί και σε μικρότερο βαθμό οι νοσηλευτές/ τριες.

Ως προς την διαχείριση του επαγγελματικού άγχους οι νοσηλευτές/ τριες και οι κοινωνικοί λειτουργοί εκφράζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά από το ιατρικό προσωπικό σχετική ανάγκη απόκτησης γνώσεων.

Η οργάνωση της εργασίας φαίνεται να απασχολεί αρκετά όλες τις ειδικότητες με πλειοψηφικούς αριθμούς από τον νοσηλευτικό χώρο, τους ειδικευόμενους γιατρούς και τους κοινωνικούς λειτουργούς.

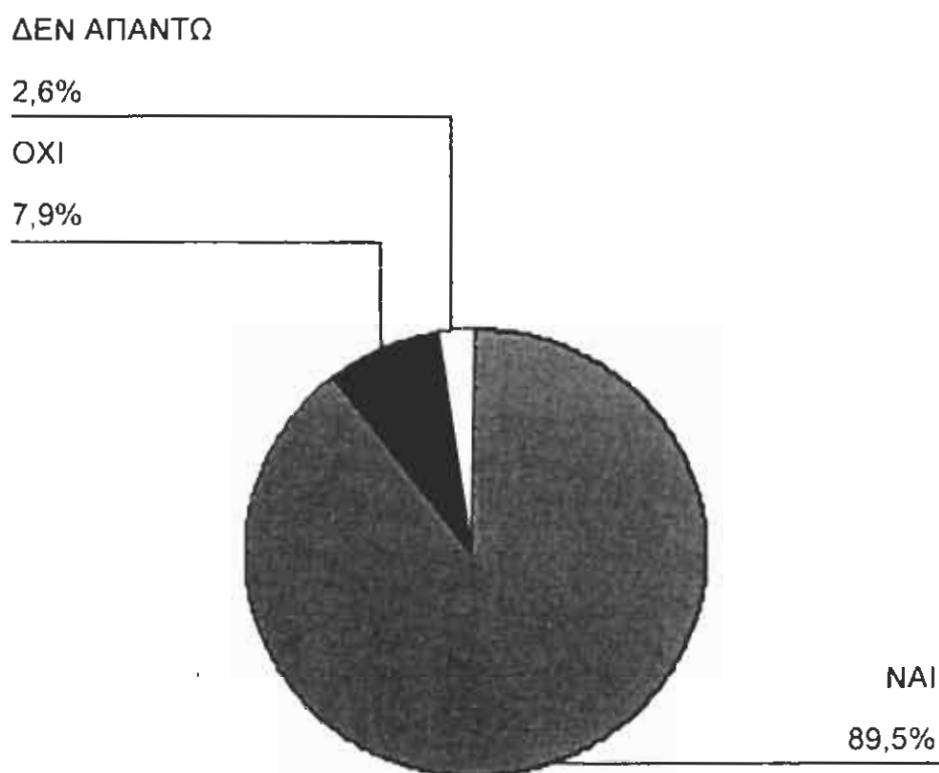
ΕΡΩΤΗΣΗ Γ25: Πιστεύω πως η λειτουργία ομάδων του προσωπικού θα βοηθούσε στην καλή συνεργασία

ΑΝΑΓΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΟΜΑΔΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	102	89,5	89,5	89,5
ΟΧΙ	9	7,9	7,9	97,4
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3	2,6	2,6	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 22

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΟΜΑΔΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Σε μεγάλο ποσοστό 89,5% οι εργαζόμενοι θεωρούν πως η λειτουργία ομάδων του προσωπικού βοηθά στην καλή συνεργασία. Το 7,9% απάντησε αρνητικά και το 2,6% δεν απάντησε.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΑΝΑΓΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΟΜΑΔΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Crosstabulation

Count		ΑΝΑΓΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΟΜΑΔΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	64	2	2	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	6	3		9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	14	3	1	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	12	1		13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	6			6
Total		102	9	3	114

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται κατανομή των αρνητικών απαντήσεων σε όλες τις ειδικότητες εκτός των κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι στο σύνολό τους απάντησαν καταφατικά. Σχετικά αυξημένες είναι οι αρνητικές απαντήσεις των γιατρών ΔΕΠ σε συνάρτηση με το δείγμα της συγκεκριμένης ειδικότητας (3 αρνητικές απαντήσεις στους 9). Στις υπόλοιπες ειδικότητες πλειοψηφούν οι θετικές απαντήσεις με εντυπωσιακό αποτέλεσμα στους νοσηλευτές (μόνο 2 αρνητικές απαντήσεις στις 68) και εν μέρει στους ειδικευόμενους (1 αρνητική απάντηση στους 13 ερωτώμενους).

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ26Α: Νομίζω πως οι ομάδες του προσωπικού θα πρέπει να είναι:
(Μπορείτε να σημειώσετε από 1 έως τρεις επιλογές)

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	46	40,4	40,4	40,4
ΟΧΙ	63	55,3	55,3	95,6
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	4,4	4,4	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	48	42,1	42,1	42,1
ΟΧΙ	61	53,5	53,5	95,6
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	4,4	4,4	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠ.ΑΓΧΟΥΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	39	34,2	34,2	34,2
ΟΧΙ	70	61,4	61,4	95,6
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	4,4	4,4	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΕΠΟΠΤΕΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	8	7,0	7,0	7,0
OXI	101	88,6	88,6	95,6
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	4,4	4,4	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ-ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ ΑΝΑ ΤΜΗΜΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	87	76,3	76,3	76,3
OXI	22	19,3	19,3	95,6
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	4,4	4,4	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Το μεγαλύτερο ποσοστό 76,3% συγκεντρώνει η παράμετρος των ομάδων καταγραφής προβλημάτων ανά τμήμα και διαμόρφωσης προτάσεων. Οι διεπιστημονικές ομάδες του προσωπικού με ποσοστό 42,1% είναι η αμέσως μετά προτίμηση στην μεταβλητή αυτή. Ακολουθούν οι ομάδες δημιουργικών-ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων με ποσοστό 40,4% και οι ομάδες διαχείρισης επαγγελματικού άγχους με 34,2%. Η εποπτεία επιλέγεται με ποσοστό 7,0 %.

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ26Β: Εγώ θα επέλεγα να συμμετέχω:

(Παρακαλώ σημειώστε έως 2 επιλογές καταγράφοντας τους αριθμούς που προηγούνται των παραπάνω απαντήσεων.)

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	34	29,8	29,8	29,8
OXI	58	50,9	50,9	80,7
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	22	19,3	19,3	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	33	28,9	28,9	28,9
	ΟΧΙ	59	51,8	51,8	80,7
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	22	19,3	19,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	21	18,4	18,4	18,4
	ΟΧΙ	71	62,3	62,3	80,7
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	22	19,3	19,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΕΠΟΠΤΕΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	7	6,1	6,1	6,1
	ΟΧΙ	85	74,6	74,6	80,7
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	22	19,3	19,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	60	52,6	52,6	52,6
	ΟΧΙ	32	28,1	28,1	80,7
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	22	19,3	19,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στην συγκεκριμένη μεταβλητή αυξάνονται τα άτομα που δεν απάντησαν (22 άτομα). Η συχνότερη παράμετρος που επιλέχθηκε από αυτούς που απάντησαν ήταν οι ομάδες καταγραφής προβλημάτων ανά τμήμα και διαμόρφωσης προτάσεων με ποσοστό 52,6%. Ακολουθούν οι δημιουργικές-ψυχαγωγικές ομάδες με 29,8%, οι διεπιστημονικές με 28,9%, οι ομάδες διαχείρισης επαγγελματικού άγχους με 18,4% και τέλος η εποπτεία με 6,1%.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΕΣ Crosstabulation

Count		ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΕΣ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	23	34	11	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	1	5	3	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	3	10	5	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	6	4	3	13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	1	5		6
Total		34	58	22	114

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ Crosstabulation

Count		ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	20	37	11	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	2	4	3	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	3	10	5	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	6	4	3	13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	2	4		6
Total		33	59	22	114

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣ Crosstabulation

Count		ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΤΡΕΣ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	15	42	11	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ		6	3	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	3	10	5	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ		10	3	13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	3	3		6
Total		21	71	22	114

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΕΠΟΠΤΕΙΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΟΠΤΕΙΑ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	3	54	11	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ		6	3	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	1	12	5	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ		10	3	13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ	3	3		6
	ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ				
Total		7	85	22	114

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ Crosstabulation

Count		ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α	35	22	11	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ	6		3	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	10	3	5	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	6	4	3	13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ	3	3		6
	ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ				
Total		60	32	22	114

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ * ΑΛΛΟ Crosstabulation

Count		ΑΛΛΟ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/Α		57	11	68
	ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΠ		6	3	9
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΣΥ	1	12	5	18
	ΙΑΤΡΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ		10	3	13
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ		6		6
	ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ				
Total		1	91	22	114

ΕΡΩΤΗΣΗ Γ27: Συνολικά πιστεύω πως ένα πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους θα βοηθούσε να περιέχει τα εξής:
(Παρακαλώ σημειώστε ο,τιδήποτε θεωρείτε σημαντικό που θα βοηθούσε εσάς προσωπικά ή/ και το σύνολο)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η ερώτηση Γ27 είναι «ανοιχτού τύπου» και οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν με τον ίδιο τρόπο όπως και σε προηγούμενες μεταβλητές. Αντίστοιχα οι κατηγορίες που προέκυψαν δίδονται στην συνέχεια. Στις περιπτώσεις που πέρα του τίτλου της κάθε παραμέτρου εμπεριέχονται και άλλες απαντήσεις δίδονται στην συνέχεια.

ΕΠΑΡΚΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	12	10,5	10,5	10,5
OXI	63	55,3	55,3	65,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	39	34,2	34,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ROTATION

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	2	1,8	1,8	1,8
OXI	73	64,0	64,0	65,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	39	34,2	34,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	10	8,8	8,8	8,8
OXI	65	57,0	57,0	65,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	39	34,2	34,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Οργάνωση-Εξοπλισμός: Περιλαμβάνει τις απαντήσεις «οργάνωση-μηχανογράφηση- επαρκές υλικό- επαρκής εξοπλισμός τμημάτων- on line υπηρεσία τμημάτων»

ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	24	21,1	21,1	21,1
OXI	51	44,7	44,7	65,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	39	34,2	34,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Καλύτερες συνθήκες εργασίας: Περιλαμβάνει τις απαντήσεις «μείωση ωρών εργασίας- μη κυκλικό ωράριο- περισσότερα και συχνότερα διαλείμματα- χώροι για το προσωπικό(γυμναστήριο, χώροι φαγητού, ξεκούρασης, βιβλιοθήκης)

ΜΕΙΩΣΗ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	6	5,3	5,3	5,3
OXI	69	60,5	60,5	65,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	39	34,2	34,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Μείωση φόρτου εργασίας: Περιλαμβάνει εκτός του τίτλου τις απαντήσεις «όχι ράντζα- μείωση περιστατικών»

ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΡΟΛΩΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	11	9,6	9,6	9,6
OXI	64	56,1	56,1	65,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	39	34,2	34,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΩΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	40	35,1	35,1	35,1
OXI	35	30,7	30,7	65,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	39	34,2	34,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Λειτουργία ομάδων: Περιλαμβάνει τις κατηγορίες των ομάδων που περιγράφονται στην μεταβλητή Γ26, δηλαδή «διεπιστημονικές ομάδες συνεργασίας- ομάδες δημιουργικών, ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων- ομάδες καταγραφής προβλημάτων.

ανά τμήμα και διαμόρφωσης προτάσεων- ομάδες διαχείρισης εκτόνωσης του επαγγελματικού άγχους»

ΣΥΜΒΟΥΛΕΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ/ ΕΚ-ΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	33	28,9	28,9	28,9
OXI	42	36,8	36,8	65,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	39	34,2	34,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΣΧΕΣΕΩΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	30	26,3	26,3	26,3
OXI	45	39,5	39,5	65,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	39	34,2	34,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Βελτίωση σχέσεων οριζόντια-κάθετα: Περιλαμβάνει τις απαντήσεις «επικοινωνία- διαπροσωπικές σχέσεις- επικοινωνία με την Διοίκηση του νοσοκομείου- καλύτερη αντιμετώπιση από ανωτέρους- αξιοκρατία- έλεγχος ποιότητας σε όλες τις βαθμίδες»

ΑΔΕΙΕΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	8	7,0	7,0	7,0
OXI	67	58,8	58,8	65,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	39	34,2	34,2	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Σε μεμονωμένες περιπτώσεις αναφέρθηκαν οι απαντήσεις- προτάσεις: « Τα προγράμματα είναι είδος πολυτελείας- εποπτεία- αρκεί να γίνουν οι αλλαγές των συνθηκών εργασίας- έλεγχο στην προϊστάμενη αρχή- ομαδική ψυχοθεραπεία όλου του τμήματος- ευαισθητοποίηση του προσωπικού για τους ασθενείς- βελτίωση περιβάλλοντος- δημιουργία εναλλακτικής βάρδιας- ανθρώπινη αντιμετώπιση ασθενών, χώροι υποδοχής για ασθενείς- να αλλάξουν τα υπάρχοντα δεδομένα- οργάνωση και συνεργασία ανά τμήμα- συζήτηση για τα προβλήματα ανά τμήμα και με την Διοίκηση- δεν γίνεται τίποτα, το μόνο που τους νοιάζει είναι να βγαίνουν οι βάρδιες»

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ: Στην μεταβλητή αυτή δεν απάντησαν συνολικά 39 άτομα. Πιθανά το γεγονός πως ήταν «ανοιχτού τύπου» στο τέλος ενός σχετικά μεγάλου ερωτηματολογίου κούρασε τους συμμετέχοντες στην έρευνα, ή/ και καλύφθηκαν από τις απαντήσεις τους σε προηγούμενες ερωτήσεις.

Στην συγκεκριμένη μεταβλητή αυτή δόθηκαν απαντήσεις- προτάσεις που αναφέρονται σε παρεμβάσεις σε διάφορα επίπεδα ώστε να επιτευχθούν αλλαγές.

Η λειτουργία ομάδων προτείνεται συχνότερα με ποσοστό 35,1% επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Ακολουθεί η συμβουλευτική και η υποστήριξη για το προσωπικό με ποσοστό 28,9% και η βελτίωση των σχέσεων με ποσοστό 26,3%. Η αποσαφήνιση ρόλων βρίσκεται στο 9,6%, οι άδειες- επιδόματα στο 7,0% και η μείωση του φόρτου εργασίας στο 5,3%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της προηγηθείσας έρευνας αναφερόταν στην διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. και στη διερεύνηση των στάσεών τους ως προς ένα πιθανό πρόγραμμα πρόληψης/ αντιμετώπισης επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout).

Ως προς τα κοινωνικά – δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 70,2% είναι γυναίκες. (βλ. πίνακα ερ. Α5). Το αποτέλεσμα αυτό είναι εν μέρει αναμενόμενο λόγω της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων στην έρευνα να προέρχεται από την νοσηλευτική υπηρεσία 59,6% (βλ. πίνακα ερ.Α2), καθώς ο νοσηλευτικός κλάδος παραδοσιακά ανήκει στο γυναικείο φύλο. Σύμφωνα με την σχετική προηγηθείσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, η συναισθηματική εξουθένωση (burnout) σύμφωνα με τους Maslach & Jackson (1981) εμφανίζεται σε παρόμοια επίπεδα στις γυναίκες και στους άνδρες αλλά οι γυναίκες έχουν την τάση να βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση (βλ. υποκλίμακες Maslach), ενώ οι άντρες φαίνεται να παρουσιάζουν πιο συχνά απρόσωπη στάση απέναντι στους ασθενείς τους. (στο Αδαλή, 1999)

Ως προς την ιεραρχία η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (βλ. πίνακα ερ. Α3) δεν απάντησε (εκτός των γιατρών ΔΕΠ και των προϊστάμενων των τμημάτων). Η μη συμπλήρωση της συγκεκριμένης μεταβλητής πιθανά να σχετίζεται με θέματα ρόλων και ιεραρχίας μεταξύ των συναδέλφων της κάθε ειδικότητας. Η σαφήνεια του ρόλου και της ιεραρχίας είναι σημαντική παράμετρος για την εύρυθμη λειτουργία κάθε οργανισμού αλλά και της μείωσης των επιπέδων επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) σύμφωνα με τις σχετικές προτάσεις πλήθος επιστημόνων: Παπαδάτου , Αναγνωστόπουλος, 1999), Murphy (1995) (στο Καντάς 3ο, 1995), Kramer & Schmalenberg (1979) (στο Αδαλή, 1999), Cherniss (Schaufeli, Maslach, Marek , 1993), NIOSH (2003) κ.α. Στην συγκεκριμένη έρευνα και όπως γίνεται φανερό από τις «ανοιχτού» τύπου ερωτήσεις, οι μη συγκεκριμένοι ρόλοι και οι σαφείς αρμοδιότητες είναι μία από τις πηγές επαγγελματικού άγχους που εντοπίζουν οι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Π.

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα εργάζονται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο μεταξύ 11-15 έτη και παράλληλα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων διανύει την 4^η δεκαετία της ζωής του. (βλ. αντίστοιχα πίνακες ερ. Α4 και ερ. Α6) Βιβλιογραφικά σύμφωνα με τους Maslach & Jackson (1981) οι πιο νέοι στο επάγγελμα θεωρούνται πιο ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους «βετεράνους», όπου συνήθως παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (όσοι τουλάχιστον έχουν παραμείνει στον χώρο εργασίας και δεν αποχώρησαν) (στο Αδαλή, 1999)

Δεδομένης της πλειοψηφίας των ερωτηθέντων να ανήκουν στην νοσηλευτική υπηρεσία παρατηρείται πως οι απαντήσεις ως προς την εκπαίδευση, πλειοψηφικά ανήκουν στους αποφοιτήσαντες από το ΤΕΙ σε ποσοστό 43,9% (βλ. πίνακα ερ. Α7). Οι απόφοιτοι ΤΕΛ – διετούς φοίτησης σε ποσοστό 19,3% ανήκουν και αυτοί στο νοσηλευτικό προσωπικό και ελάχιστες εκ των νοσηλευτριών και των κοινωνικών λειτουργών έχουν αποφοιτήσει από τα ΑΕΙ ή/ και έχουν μεταπτυχιακό η διδακτορικό τίτλο. Αντίθετα οι αποφοιτήσαντες από τα ΑΕΙ και κατέχοντες μεταπτυχιακούς και διδακτορικούς τίτλους κυρίως αντιστοιχούν στο ιατρικό προσωπικό. Το κύρος του κάθε επαγγέλματος ή και του κάθε επαγγελματία πέρα της κοινωνικής αναγνώρισης, σχετίζεται και με την ολοκλήρωση αντίστοιχης βαθμίδας εκπαίδευσης. Σύμφωνα δε με τον Argyle (1990), η επαγγελματική ικανοποίηση είναι υψηλότερη στα επαγγέλματα που έχουν την σχετική οικονομική και κοινωνική αναγνώριση (καθηγητές ανώτατης εκπαίδευσης, γιατροί, managers, επιστήμονες κ.λ.π.). Μια πιθανή υπόθεση των χαμηλών επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης στους γιατρούς ΔΕΠ και εν μέρει στους γιατρούς ΕΣΥ (όπως αποδείχθηκε στην έρευνα) θα μπορούσε να είναι ο παραπάνω συσχετισμός της σύνδεσης της επαγγελματικής ικανοποίησης με την σχετική κοινωνική και οικονομική αναγνώριση αυτών των ειδικοτήτων.

Η πλειοψηφία του δείγματος έχει κυλιόμενο ωράριο, σε ποσοστό 45,6% (βλ. πίνακα ερ.Α9). Το αποτέλεσμα αυτό θεωρείται αναμενόμενο, καθώς η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αποτελείται από νοσηλευτικό προσωπικό που κατεξοχήν εργάζεται με κυλιόμενο ωράριο (πρωί – απόγευμα – νύχτα). Μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού

κάνει και εφημερίες όπως βέβαια και το ιατρικό προσωπικό, ενώ το 23,7% εργάζεται μόνο πρωί.

Παράλληλα το 52,6% των ερωτώμενων εργάζεται πάνω από 7,5 ώρες την ημέρα (βλ. πίνακα ερ.Α10). Στην κατηγορία αυτή όπως γίνεται εμφανές από τον σχετικό πίνακα δεν ανήκει μόνο το ιατρικό προσωπικό (το οποίο κάνει εφημερίες) αλλά και μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού.

Τα θέματα του παρατεταμένου ωραρίου και των εναλλασσόμενων βαρδιών έχουν θετική συσχέτιση με την εμφάνιση του επαγγελματικού άγχους σύμφωνα με τον Καντά (Καντάς 3^ο, 1995), Argyle (1990) και το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας στην Εργασία (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2002). Αντίστοιχη θετική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ των θεμάτων αυτών με την επαγγελματική εξουθένωση (burnout) σύμφωνα με τους Schaufeli, Maslach, Marek (1993), αλλά και οι Cherniss(1980), Maslach & Jackson (1984), Fong (1993), Constable & Russel (1986) (στα Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1992, 1999)

Οι κύριες πηγές επαγγελματικού άγχους/ εξάντλησης που αναφέρουν οι επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Π. αναφέρονται στα εξής: (βλ. πίνακες ερ. Γ2, Γ4, Γ6, Γ8, Γ9, Γ16, Γ27)

Φόρτος εργασίας

Έλλειψη προσωπικού

Κακές συνθήκες εργασίας

Δύσκολες εργασιακές σχέσεις (με συναδέλφους/ ανωτέρους)

Κακή οργάνωση

Έλλειψη μηχανολογικού εξοπλισμού

Ασάφεια ρόλων/ αρμοδιοτήτων

Έλλειψη υποστήριξης από την υπηρεσία

Έλλειψη εκπαίδευσης/ επιμόρφωσης.

Τα θέματα αυτά, επανέρχονται αρκετά συχνά στην πλειοψηφία των απαντήσεων των ερωτώμενων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι παραπάνω απαντήσεις που συναντούνται αρκετά συχνά στον Γ άξονα του ερωτηματολογίου απαντιούνται στις «ανοιχτού τύπου» ερωτήσεις από τους ίδιους τους εργαζόμενους και είναι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων επιλέξιμες από όλες τις ειδικότητες. Το γεγονός πως

συμπληρώνονται από τους ίδιους και μάλιστα από όλες σχεδόν τις ειδικότητες ισχυροποιεί την σαφή αντίληψη των ερωτώμενων για τις πηγές που τους προξενούν άγχος στον χώρο εργασίας.

Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί πως οι αναφορές που γίνονται παραπάνω στους παράγοντες που συντελούν στην ύπαρξη επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης, από τους επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν.Π., ταυτίζονται στην πλειοψηφία τους με τους αντίστοιχους παράγοντες που δίδουν συνήθως οι επιστήμονες για την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Καντάς 3^ο, 1995, Schaufeli, Maslach, Marek, 1993, Murphy, 1987, κ.α.)

Οι ερωτώμενοι με μεγάλη πλειοψηφία 93,0% θεωρούν πως η υπηρεσία χρειάζεται να συμβάλει στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας (βλ. πίνακα ερ. Γ5). Οι προτάσεις για αλλαγές προς την υπηρεσία αναφέρονται πάλι στα παραπάνω θέματα διοικητικού – οργανωτικού χαρακτήρα με κυρίαρχο αίτημα την πρόσληψη προσωπικού (64,0%), τις αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας (41,2%), την μηχανογράφηση και καλύτερη οργάνωση συνολικά στον χώρο δουλειάς (25,4%) και λοιπά θέματα όπως:

Rotation – Εκπαίδευση/ επιμόρφωση του προσωπικού – Προγράμματα για διαχείριση επαγγελματικού άγχους – Σαφείς ρόλοι/ καθηκοντολόγιο – Επαρκές υγειονομικό υλικό – Επαρκής μηχανολογικός εξοπλισμός – Υποστήριξη από την υπηρεσία – Διάλογος με την υπηρεσία για τα προβλήματα που υπάρχουν – Αντικειμενική αξιολόγηση όλων των βαθμίδων – Έλεγχος ποιότητας σε όλες τις βαθμίδες.

Στην ερώτηση Γ7 (βλ. πίνακα ερ. Γ7) η πλειοψηφία των ερωτώμενων θεωρεί πως στο περιβάλλον εργασίας του χρειάζονται παρεμβάσεις στο θέμα της επάρκειας των χώρων. Σε ποσοστό 46,5% επιθυμούν χώρους διαλειμμάτων και σε ποσοστό 43,9% αναφέρονται στην παράμετρο «άλλο» η οποία και αυτή αναφέρεται στην έλλειψη των χώρων για το προσωπικό. Το πρόβλημα της έλλειψης χώρων για το προσωπικό φαίνεται να βιώνεται από τους ίδιους σε αρκετά μεγάλο βαθμό και να τους προβληματίζει. Δηλώνουν ανάγκη ύπαρξης χώρων για ξεκούραση, διαλείμματα, φαγητό, αποδυτήρια, αλλά και χώρους μελέτης (βιβλιοθήκη), γυμναστήριο.

Ο φωτισμός και ο εξαερισμός των χώρων επιλέγονται με μικρότερα ποσοστά, χωρίς όμως να παύουν να αποτελούν επιλογές σημαντικού ποσοστού των εργαζομένων. (βλ. πίνακα ερ. Γ7).

Το θέμα των δυνατοτήτων της εκπαίδευσης για το προσωπικό και της αξιοποίησης των δυνατοτήτων αυτών από τους ίδιους καταδεικνύεται στις ερωτήσεις Γ22, Γ23. Όπως διαφαίνεται από τα αποτελέσματα των σχετικών πινάκων στο 51,8% παρέχονται δυνατότητες εκπαίδευσης από την υπηρεσία ενώ στο 48,2% η απάντηση είναι αρνητική. Μία περισσότερο προσεκτική ματιά στις απαντήσεις ως προς την ειδικότητα των ερωτώμενων (βλ. πίνακες ερ. Γ22) καταδεικνύει πως οι νοσηλεύτριες στην πλειοψηφία τους (45 από τους 68) δηλώνουν πως η υπηρεσία τους δεν τους παρέχει δυνατότητες εκπαίδευσης η υπηρεσία τους.

Αντίθετα στους γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, στην πλειοψηφία τους, τους δίδονται οι δυνατότητες αυτές από την υπηρεσία, ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί μοιράζονται ακριβώς στην μέση.

Η ερώτηση Γ15 μπορεί να συσχετισθεί με την ερώτηση Γ26Α όπου στις ομάδες προσωπικού που επιλέγονται συχνότερα για το προσωπικό είναι οι «ομάδες καταγραφής προβλημάτων ανά τμήμα και διαμόρφωσης προτάσεων» σε ποσοστό 76,3% (βλ. πίνακες ερ. Γ26Α). Ο συσχετισμός αυτός πιθανά ισχυροποιεί το παραπάνω συμπέρασμα πως οι ερωτώμενοι επιθυμούν ενεργούς τρόπους επίλυσης προβλημάτων και πιθανά έχουν κάποιες προτάσεις ή/ και επιθυμούν να εργασθούν για την εύρεσή τους.

Παράλληλα όμως οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 97,4% δηλώνουν πως χρειάζεται να διεκδικούν περισσότερο για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Φαίνεται πως ο βαθμός ή /και ο τρόπος διεκδίκησης της βελτίωσης των συνθηκών δεν τους ικανοποιεί στην παρούσα φάση.

Οι βασικές υποθέσεις της έρευνας ως προς την ύπαρξη του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς) στο Π.Γ.Ν.Π., αλλά και ως προς την αναγκαιότητα λειτουργίας ενός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου επιβεβαιώθηκαν σύμφωνα με τα σχετικά αποτελέσματα της έρευνας.

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας (99,1%) των συμμετεχόντων στην έρευνα θεωρεί πως στον χώρο της υγείας οι εργαζόμενοι έχουν επαγγελματικό άγχος ή/ και εξάντληση (burnout). (βλ. πίνακα ερ. Γ1)

Στα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ειδικότητα που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο της Maslach, στην προηγούμενη έρευνα.

Πιο συγκεκριμένα, οι ειδικευόμενοι γιατροί εμφανίζονται με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπρωσοποίησης. Η αίσθηση όμως των προσωπικών επιτευγμάτων είναι σχετικά υψηλή.

Η συναισθηματική εξάντληση που θεωρείται το κύριο σημείο του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) και το πρώτο του στάδιο εμφανίζεται αρκετά υψηλή στην συγκεκριμένη ειδικότητα.

Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι γιατροί ΕΣΥ έχουν χαμηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ ως προς την αποπρωσοποίηση και την συναισθηματική εξάντληση εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα ή/ και μέτρια επίπεδα. Η αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων είναι σημαντική παράμετρος της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς υποδηλώνει την αντίληψη του επαγγελματία για την εργασία και τον εαυτό του.

Οι γιατροί ΔΕΠ ενώ εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπρωσοποίησης, οι τιμές των προσωπικών επιτευγμάτων βρίσκονται σε μέτρια επίπεδα.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζουν και αυτοί χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων αλλά και χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπρωσοποίησης.

Οι παραπάνω τιμές θεωρούνται ενδεικτικές και σε καμία περίπτωση διαγνωστικού χαρακτήρα. Παρατηρείται οι τιμές της υποκλίμακας που αντιστοιχεί στα προσωπικά επιτεύγματα να είναι σε όλες τις ειδικότητες χαμηλή έως μέτρια, πλην των ειδικευόμενων γιατρών που είναι σε υψηλά επίπεδα. Η υποκλίμακα των προσωπικών

επιτευγμάτων σύμφωνα με την Maslach (1996), είναι δηλωτική της αρνητικής τάσης του επαγγελματία απέναντι στην εργασία του και στον εαυτό του. Συχνά αισθάνεται αποτυχημένος στην επαγγελματική του ζωή και τείνει να μειώνεται η απόδοσή του. Στον συγκεκριμένο οργανισμό για κάποιους λόγους εμφανίζεται η συγκεκριμένη υποκλίμακα σε χαμηλά επίπεδα. Μία πιθανή υπόθεση είναι πως οι επαγγελματίες υγείας στον χώρο αυτό να μην τυγχάνουν της αναγνώρισης και υποστήριξης για τον επαγγελματικό τους ρόλο.

Η σύγκριση των παραπάνω διαπιστώσεων μπορεί να γίνει με τις απαντήσεις των ίδιων των επαγγελματιών σε σχέση με την προσωπική τους γνώμη ως προς την ύπαρξη ή μη επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) όπου σε ποσοστό 67,5% απαντούν θετικά. (βλ. πίνακα ερ. Γ3). Στον σχετικό πίνακα (συσχέτισης των μεταβλητών Γ3 και Α2 που αντιστοιχεί στην ειδικότητα) η πλειοψηφία των νοσηλευτών, ειδικευόμενων γιατρών και γιατρών του ΕΣΥ θεωρούν πως έχουν επαγγελματικό άγχος. Οι γιατροί ΔΕΠ απαντούν θετικά κατά ένα άτομο περισσότερο ενώ η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών απαντά αρνητικά. Φαίνεται λοιπόν πως η κυρίαρχη αίσθηση των ίδιων των επαγγελματιών υγείας για την βίωση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης στο Π.Γ.Ν.Π. συμφωνεί με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου της Maslach που εφαρμόστηκε στην προηγούμενη έρευνα.

Αντίστοιχα η συσχέτιση των παραπάνω δεδομένων (αποτελέσματα ερωτηματολογίου Maslach και ερώτησης Γ3) με τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερ. Γ11 αν θεωρούν βοηθητική για τους ίδιους την συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους- εξουθένωσης (burnout)) παρουσιάζει ενδιαφέρον και ισχυροποιεί την δεύτερη βασική υπόθεση της έρευνας για ανάγκη λειτουργίας προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) στο Π.Γ.Ν.Π.

Η πλειοψηφία λοιπόν των ερωτηθέντων σε ποσοστό 73,7% θεωρούν βοηθητική την συμμετοχή τους σε πρόγραμμα. Με την συσχέτιση των απαντήσεων στην ερ. Γ11 με την ειδικότητα των ερωτηθέντων ερ. Α2 παρουσιάζονται οι θετικές και αρνητικές απαντήσεις (ως προς την λειτουργία προγράμματος) ανάλογα με την κάθε ειδικότητα.

Έτσι όπως διαφαίνεται από τις σχετικές απαντήσεις (βλ. πίνακα ερ. Γ11) η πλειοψηφία των νοσηλευτών, των ειδικευόμενων γιατρών και των κοινωνικών λειτουργών θεωρούν βοηθητική την συμμετοχή τους σε ένα τέτοιο πρόγραμμα. Οι γιατροί του ΕΣΥ μοιράζονται ακριβώς στην μέση (μεταξύ θετικών και αρνητικών απαντήσεων) ενώ η πλειοψηφία των γιατρών ΔΕΠ απαντά αρνητικά.

Φαίνεται λοιπόν πως πλην των γιατρών ΔΕΠ και των μισών γιατρών ΕΣΥ οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας θεωρούν βοηθητική την συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout).

Ως προς τις ώρες εφαρμογής ενός τέτοιου προγράμματος φαίνεται να υπερτερούν οι απαντήσεις για λειτουργία του εντός ωραρίου απασχόλησης (53,5%) και ένα ποσοστό, επίσης σημαντικό, απαντά εκτός ωραρίου εργασίας (40,4%). (βλ. πίνακες ερ. Γ12, Γ13, Γ14). Αρκετοί, όμως σημειώνουν πως λόγω του φόρτου εργασίας θα ήταν σχεδόν απίθανη η συμμετοχή σε τέτοιο πρόγραμμα αν γινόταν σε ώρες εργασίας και πιθανά είναι αυτός ο λόγος για τον οποίο επιλέγουν την λειτουργία του προγράμματος εκτός ωραρίου.

Η πλειοψηφία των απαντήσεων στην ερ. Γ15 (βλ. σχ. πίνακα), σχετικά με το που περιμένουν να βοηθήσει ένα τέτοιο πρόγραμμα, ανήκει στην «ανεύρεση τρόπων βελτίωσης των συνθηκών εργασίας». Σε ποσοστό 38,6% επιλέγεται η «εκπαίδευση διαχείρισης του επαγγελματικού άγχους» και με μικρότερα ποσοστά επιλέγονται η έκφραση των δυσκολιών στον χώρο εργασίας και ο εντοπισμός των προβλημάτων.

Οι ερωτώμενοι φαίνεται να γνωρίζουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και αναζητούν τρόπους βελτίωσης και όχι απλά έκφρασης των δυσκολιών. Παράλληλα φαίνεται πως επιθυμούν να γνωρίσουν τρόπους που να μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά το επαγγελματικό άγχος, όπως αποδεικνύεται και από τις απαντήσεις στην ερ. Γ17 όπου το 86,8% των ερωτώμενων επιθυμούν να μάθουν τρόπους εκτόνωσης του επαγγελματικού άγχους (βλ. πίνακα ερ. Γ17)

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα θεωρούν πως για να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τις δυσκολίες στην εργασία τους θα τους ήταν χρήσιμο κυρίως να μάθουν τρόπους καλύτερης οργάνωσης της εργασίας τους (50,0%). (βλ. πίνακες ερ. Γ24). Παράλληλα

η εκπαίδευση/ επιμόρφωση στον αντικείμενο της εργασίας τους θεωρείται υποβοηθητική μέθοδος και με τα ίδια ποσοστά επιλέγεται η απόκτηση γνώσεων διαχείρισης του επαγγελματικού άγχους (47,4% αντίστοιχα και στις δύο παραμέτρους). Οι διαπροσωπικές σχέσεις στον χώρο εργασίας φαίνεται να απασχολούν τους ερωτώμενους και σε αυτή την μεταβλητή. Επίσης στην παράμετρο «άλλο» αναφέρονται και εδώ θέματα όπως η πρόσληψη προσωπικού, καθηκοντολόγιο κ.λ.π. (βλ. σχετικό πίνακα).

Το θέμα της οργάνωσης φαίνεται πως ανακλύπτει αρκετά συχνά είτε πρόκειται για οργάνωση εργασίας του κάθε εργαζόμενου είτε για την συνολική οργάνωση της λειτουργίας του νοσοκομείου και την μηχανογράφηση.

Ως ένας από τους βοηθητικούς τρόπους στην αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους επιλέγεται η αλλαγή τμήματος (rotation), κυρίως από τους νοσηλευτές (40 στους 68 ερωτώμενους) και τους κοινωνικούς λειτουργούς που το θεωρούν βοηθητικό με απόλυτη πλειοψηφία. (βλ. πίνακα ερ. Γ19). Το ιατρικό προσωπικό δεν επιλέγει

Οι επαγγελματίες που απάντησαν θετικά στην ερ. Γ19 θεωρούν σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερ. Γ20, πως η αλλαγή τμήματος θα πρέπει να γίνεται όταν το ζητά ο/ η εργαζόμενος/ η (51,6% επί των απαντήσεων στην συγκεκριμένη μεταβλητή) (βλ. πίνακα ερ. Γ20).

Ως προς την επιθυμία να αλλάξουν τμήμα/ μονάδα εργασίας το 23,7% των ερωτώμενων απαντά θετικά, ενώ η πλειοψηφία δίδει αρνητική απάντηση (βλ. πίνακα ερ. Γ21). Στην κατανομή των ερωτήσεων ανά τμήμα/ μονάδα εργασίας διαφαίνεται πως οι μισοί (από τους νοσηλευτές κυρίως) που εργάζονται στις παθολογικές κλινικές επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα. Το ίδιο ισχύει για τους μισούς κοινωνικούς λειτουργούς και σχεδόν τους μισούς εργαζόμενους στις χειρουργικές κλινικές. (βλ. πίνακες ερ. Γ21). Ιδιαίτερα για τον παθολογικό τομέα, πιθανά οι παθολογικές κλινικές λόγω φόρτου εργασίας ή/ και άλλων παραγόντων ωθούν το νοσηλευτικό προσωπικό στην αλλαγή τμήματος και δικαιολογείται έτσι το μεγάλο ποσοστό δηλωμένης επιθυμίας για αλλαγή τμήματος.

Από τους γιατρούς ΔΕΠ δεν επιθυμεί κανείς αλλαγή τμήματος, και αντίστοιχα 1 από τους γιατρούς ΕΣΥ απαντά θετικά και 2 από τους ειδικευόμενους.

Το 89,5% πιστεύει πως η λειτουργία ομάδων του προσωπικού θα βοηθούσε στην καλή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών. (βλ. πίνακα ερ. Γ25).

Οι αρνητικές απαντήσεις στην παράμετρο αυτή κατανέμονται σε όλες τις ειδικότητες με μια σχετικά αυξητική τάση στους γιατρούς ΔΕΠ (3 από τους 9 απαντούν αρνητικά). (βλ. σχ. πίνακα ερ. Γ25). Πιθανά στην συγκεκριμένη ειδικότητα να μην είναι τόσο έντονη η αναγκαιότητα λειτουργίας ομάδων.

Ως προς το είδος των ομάδων που επιθυμούν οι επαγγελματίες υγείας πλειοψηφούν «οι ομάδες καταγραφής προβλημάτων ανά τμήμα και διαμόρφωσης προτάσεων» (σε ποσοστό 76,3%) (βλ. πίνακα ερ. Γ26Α). Οι διεπιστημονικές ομάδες του προσωπικού κατέχουν ένα επίσης αρκετά μεγάλο ποσοστό 40,4% όπως και οι ομάδες διαχείρισης επαγγελματικού άγχους 34,2%.

Είναι σαφές πως η λειτουργία των ομάδων είναι μια σημαντική παράμετρος για το επιστημονικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα. Η πλειοψηφική επιλογή των ομάδων καταγραφής προβλημάτων ανά τμήμα και διαμόρφωσης προτάσεων πιθανά καταδεικνύει την ανάγκη των εργαζομένων να ασχοληθούν με τα προβλήματα του τμήματος και να προτείνουν λύσεις για τον χώρο που απασχολούνται καθημερινά.

Η λειτουργία και άλλων τύπων ομάδων φαίνεται να είναι μια αρκετά αρεστή ιδέα στον χώρο του νοσοκομείου ίσως και ανάγκη για την αποτελεσματικότερη συνεργασία και επικοινωνία του προσωπικού. Όλες σχεδόν οι ομάδες που δίδονταν στην μεταβλητή επιλέχθηκαν με υψηλά ποσοστά πλην της εποπτείας η οποία θα πρέπει να αναφερθεί πως επιλέχθηκε κυρίως από κοινωνικούς λειτουργούς (4 στους 6 κοινωνικούς λειτουργούς που συμμετείχαν στην έρευνα).

Στην ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου (ερ. Γ27) οι απαντήσεις των ερωτώμενων ως προς το τι θα βοηθούσε να περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) εμπλουτίζονται με την λειτουργία των ομάδων προσωπικού σε ποσοστό επιλεγόμενης απάντησης 35,1% (επί των απαντήσεων στην συγκεκριμένη μεταβλητή). Καταγράφονται (και

επαληθεύονται έμμεσα οι ανάλογες απαντήσεις στις προηγούμενες «ανοιχτού» τύπου μεταβλητές) τα κυρίαρχα θέματα του επαρκούς προσωπικού, της οργάνωσης, του εξοπλισμού του νοσοκομείου, μείωσης του φόρτου εργασίας, των καλύτερων συνθηκών εργασίας, της αποσαφήνισης των ρόλων, της βελτίωσης των σχέσεων, αλλά και της συμβουλευτικής για το προσωπικό, της εκπαίδευσή του και των επιδομάτων ή/ και αδειών από την εργασία. (βλ. πίνακα ερ. Γ27).

4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το επαγγελματικό άγχος/ εξουθένωση (burnout) φαίνεται να είναι ένα υπαρκτό φαινόμενο στον χώρο του Π.Γ.Ν.Π. και να είναι απαραίτητες οι σχετικές παρεμβάσεις για την επίλυσή του.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τον Β άξονα (ερωτηματολόγιο Maslach) ως προς τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων, οι ειδικότητες που πιθανά χρειάζονται παρεμβάσεις για μείωση του επαγγελματικού άγχους, είναι κυρίως οι ειδικευόμενοι γιατροί, οι νοσηλεύτές/ τριες και οι γιατροί του ΕΣΥ. Σε μικρότερο βαθμό πιθανά, οι γιατροί ΔΕΠ και οι κοινωνικοί λειτουργοί.

Σύμφωνα με την συστημική προσέγγιση η «ασθένεια» (στην συγκεκριμένη περίπτωση το επαγγελματικό άγχος) δεν αποτελεί παρά το «σύμπτωμα» της συνολικής δυσλειτουργίας του συστήματος (στην συγκεκριμένη περίπτωση το νοσοκομείο ως οργανισμός). Οι παρεμβάσεις για την επίλυση ενός προβλήματος, σύμφωνα πάντα με την συγκεκριμένη προσέγγιση, πολλές φορές λειτουργούν «θεραπευτικά» και για άλλα προβλήματα στο σύστημα. Θα μπορούσε λοιπόν κανείς να ισχυρισθεί πως οι σχετικές παρεμβάσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) πιθανά να επιφέρουν μια σειρά από αλυσιδωτές επιμέρους λύσεις ή ανακούφιση σε προβλήματα της οργάνωσης, όπως π.χ. κακή συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων.

Τα περισσότερα θέματα που τίγονται άπτονται στην πλειοψηφία τους αλλαγών και παρεμβάσεων σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο. Είναι σαφές πως οι αλλαγές αυτές είναι μείζονος σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία όλου του συστήματος και δεν αφορούν μόνο το θέμα του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) αλλά και θέματα αποτελεσματικότητας, παραγωγικότητας και ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

Αναγκαίες παρεμβάσεις σε διοικητικό – οργανωτικό επίπεδο αφορούν θέματα: πρόσληψης του αναγκαίου προσωπικού, μείωσης του φόρτου εργασίας, βελτίωσης της οργάνωσης της λειτουργίας του οργανισμού αλλά και θέματα εξοπλισμού, μηχανοργάνωσης, επαρκούς υγειονομικού υλικού.

Ο φόρτος εργασίας δεν αφορά μόνο την λειτουργία του συγκεκριμένου νοσοκομείου αλλά υπογραμμίζει την έλλειψη δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι σχετικές παρεμβάσεις της Διοίκησης για την ανάδειξη του προβλήματος και η πίεση προς το Υπουργείο Υγείας πιθανά να επιφέρει αποτέλεσμα.

Οι προσλήψεις προσωπικού φαίνεται να είναι επιτακτική ανάγκη για όλους τους λόγους που έχουν ήδη αναφερθεί. Οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί το αίτημα αυτό αφορούν τόσο τους ίδιους επαγγελματίες υγείας και τα συνδικαλιστικά τους όργανα όσο και σχετικές εισηγήσεις της Διοίκησης του νοσοκομείου προς το Υπουργείο Υγείας.

Οι συνθήκες εργασίας αφορούν θέματα ωραρίου, βαρδιών, έλλειψης προσωπικού, φόρτου εργασίας αλλά και θέματα όπως η έλλειψη χώρων για το προσωπικό όπως χώροι για ξεκούραση, βιβλιοθήκη, χώροι διαλειμμάτων (για καπνίζοντες και μη), γυμναστήριο κ.λ.π. Η αναδιοργάνωση των χώρων του νοσοκομείου βάσει διαπιστωμένων αναγκών αλλά και λειτουργίας νέων τμημάτων από τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του πιθανά να εξοικονομούσε χώρους τουλάχιστον ανά όροφο που να χρησιμοποιούνται από το προσωπικό. Η δημιουργία βιβλιοθήκης (εντός του νοσοκομείου) πιθανά να διευκολύνεται από το γεγονός πως πρόκειται για πανεπιστημιακό νοσοκομείο όπου τα τμήματα του πανεπιστημίου θα μπορούσαν δυνητικά να λειτουργήσουν επικουρικά σε μια τέτοια προσπάθεια.

Παράλληλα χρειάζονται οι σχετικές παρεμβάσεις για επαρκή σαφήνεια ρόλων και αρμοδιοτήτων σε όλες τις ειδικότητες. Οι παρεμβάσεις αυτές πέρα της αύξησης της αποτελεσματικότητας των ίδιων των επαγγελματιών μπορούν να λειτουργήσουν επικουρικά στην βελτίωση των σχέσεων μεταξύ συναδέλφων και ανωτέρων. Η ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία μέσω του καθορισμού του ρόλου της κάθε ειδικότητας και με την συμμετοχή των ίδιων των επαγγελματιών που γνωρίζουν την συνήθη εργασία του τμήματος που απασχολούνται, θα μπορούσε να βοηθήσει σε αυτή την κατεύθυνση.

Η ευελιξία της νοσηλευτικής υπηρεσίας και πιθανά της ιατρικής σε θέματα όπως η αλλαγή τμήματος εργασίας (rotation), η ώρα προσέλευσης και αποχώρησης και η παροχή σχετικής αυτονομίας στην εκτέλεση της εργασίας, με παράλληλη αντικειμενική αξιολόγηση (όλων των βαθμίδων) συνεισφέρει στην αύξηση της συμμετοχής των εργαζομένων στις αποφάσεις, περισσότερο ενεργό συμμετοχή των ίδιων και πιθανή κινητοποίηση για αυξημένη ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών.

Το θέμα της υποστήριξης και του διαλόγου του προσωπικού με / και από τους ανωτέρους είναι σημαντική παράμετρος που αναδείχθηκε από την προηγηθείσα έρευνα και αφορά όχι μόνο την αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους/εξουθένωσης (burnout) αλλά και θέματα όπως η αίσθηση συμμετοχής όλου του προσωπικού στην λειτουργία των τμημάτων, η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων στον χώρο εργασίας, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού αλλά και εφαρμογή πιθανών καινοτόμων προτάσεων του ίδιου του προσωπικού και σαφή γνώση των ανωτέρων για τα προβλήματα που υπάρχουν στην λειτουργία του τμήματος.

Η λειτουργία ομάδας καταγραφής προβλημάτων ανά τμήμα και διαμόρφωσης προτάσεων όπως επιλέχθηκε και από την πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιθανά να λειτουργούσε προς αυτή την κατεύθυνση.

Συνολικά η λειτουργία ομάδων προσωπικού στον χώρο του νοσοκομείου πέρα από διαπιστωμένη ανάγκη αποτελεί αποτελεσματική μέθοδος για αύξηση της παραγωγικότητας ανά τμήμα και ολιστική προσέγγιση της ασθένειας. Έτσι ομάδες όπως ομάδες έργου, διεπιστημονικές ομάδες, ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης (για τμήματα όπου νοσηλεύονται χρόνιοι ασθενείς ή «βαριά» περιστατικά), ομάδες ψυχαγωγίας θα επέφεραν τα ανάλογα αποτελέσματα. Η αξιοποίηση ειδικών στην λειτουργία ομάδων από το υπάρχον προσωπικό του νοσοκομείου (ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι) αλλά και εξωτερικών συνεργατών από τον χώρο της εκπαίδευσης (ΑΤΕΙ, Πανεπιστήμιο Πάτρας) θα μείωνε το κόστος λειτουργίας των ομάδων στις οποίες είναι απαραίτητοι οι ειδικοί ψυχικής υγείας για την λειτουργία τους ή έστω για τα πρώτα βήματα λειτουργίας των ομάδων ή/ και σε θέματα εποπτείας.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί σημαντική παράμετρο τόσο για την πρόληψη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), (πολλές φορές προτείνεται βιβλιογραφικά και ως μέθοδος αντιμετώπισης του συνδρόμου όταν πλέον έχει εμφανισθεί στον επαγγελματία), όσο και για καλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών στον χώρο υγείας, αλλά και την απόκτηση τεχνογνωσίας του προσωπικού ως προς τις εξελίξεις της επιστήμης. Θα ήταν λοιπόν ιδιαίτερα χρήσιμη η παροχή δυνατοτήτων εκπαίδευσης στο νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και στους κοινωνικούς λειτουργούς καθώς σύμφωνα με τις απαντήσεις των ίδιων δεν τους παρέχονται οι σχετικές δυνατότητες από την υπηρεσία.

Τέλος ο ορισμός ή διορισμός ειδικού συμβούλου για τους εργαζόμενους στον χώρο του νοσοκομείου, με τήρηση του σχετικού απορρήτου, αλλά και εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης επαγγελματικού άγχους αποτελούν προτάσεις που θα μπορούσαν να εφαρμοσθούν στον συγκεκριμένο χώρο και να λειτουργούν εκπαιδευτικά ή/ και θεραπευτικά για τους επαγγελματίες που το χρειάζονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ/ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURNOUT) ΣΤΟ Π.Γ.Ν.Π.

Ένας από τους βασικούς σκοπούς της μελέτης ήταν ο σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) για το επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π.

Σύμφωνα με την θεωρητική προσέγγιση του κοινωνικού σχεδιασμού (Ιατρίδης, 2002) τα στάδια του είναι:

- α) Στάδιο ανάλυσης
- β) Στάδιο πραγματοποίησης
- γ) Στάδιο αξιολόγησης

Αναλυτικότερα οι στόχοι ως προς τον σχεδιασμό περιλαμβάνουν:(Ιατρίδης, 2002)

- α) Την ανάλυση του προβλήματος,
- β) Την εξέταση δυνατότητας λύσεων με παραδεκτά μέσα και βάση των προτάσεων των εργαζομένων και της σχετικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης.
- γ) Την περιγραφή συγκεκριμένων σκοπών της παρέμβασης
- δ) Την εξέταση των εναλλακτικών λύσεων και επιλογή της/ των καταλληλότερης/ καταλληλότερων.
- ε) Την δημιουργία σχεδίου παρέμβασης (οδηγίες για παρέμβαση, ενέργειες, πρόγραμμα)

1. Στάδιο ανάλυσης

Το στάδιο ανάλυσης περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του προβλήματος, τον καθορισμό των σκοπών και των στόχων της παρέμβασης, την εξέταση εναλλακτικών λύσεων και την εφαρμογή της ευνοϊκότερης για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

1.1 Διατύπωση του προβλήματος

Σύμφωνα με τον Ιατρίδη (Ιατρίδης, 2002) η ακριβής διατύπωση του προβλήματος είναι ιδιαίτερως σημαντική διαδικασία για την επιλογή των αποτελεσματικότερων

λύσεων ως προς το πρόβλημα. Σύμφωνα πάντα με την ίδια πηγή ο προσδιορισμός του προβλήματος είναι σαφέστερος με την συμπλήρωση των παρακάτω ερωτημάτων:

- Ποιο είναι το πρόβλημα;
- Πού εμφανίζεται;
- Ποιόν επηρεάζει;
- Ποιος ωφελείται
- Πότε παρουσιάζεται;
- Τι έκταση και τι βάθος έχει;

1.1.1. Ποιο είναι το πρόβλημα

Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας που προηγήθηκε και επιβεβαίωσης των βασικών αρχικών υποθέσεων στον χώρο του Π.Γ.Ν.Π. το επιστημονικό προσωπικό (το οποίο απασχολείται στα συγκεκριμένα τμήματα που εφαρμόστηκε η έρευνα) δηλώνει πως βιώνει επαγγελματικό άγχος ή και επαγγελματική εξουθένωση (burnout) σε ποσοστό 67,5%. (βλ. πίνακα ερ.Γ3).

Παράλληλα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου της Maslach διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους γιατρούς, μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό, χαμηλά προς μέτρια επίπεδα στους γιατρούς του ΕΣΥ και χαμηλά επίπεδα στους γιατρούς ΔΕΠ και κοινωνικούς λειτουργούς. (βλ. πίνακες Β άξονα, Σχολιασμό Β άξονα, Συμπεράσματα έρευνας)

Διαπιστώθηκε επίσης ανάγκη/ επιθυμία λειτουργίας προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout), όπως διαπιστώθηκε από τις απαντήσεις των ερωτώμενων στο σχετικό σε ποσοστό 73,7% (βλ. πίνακα ερ. Γ11)

1.1.2. Πού εμφανίζεται το πρόβλημα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αλλά και σύμφωνα με την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας οι επαγγελματίες υγείας είναι από τα βασικά επαγγέλματα που εμφανίζουν επαγγελματικό άγχος ή και εξουθένωση (burnout). Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα που διεξάχθηκε, καταδείχθηκε πως το 99,1% των ερωτηθέντων (βλ.

πίνακα ερ. Γ1) θεωρεί πως στον χώρο υγείας οι εργαζόμενοι έχουν επαγγελματικό άγχος ή/ και εξουθένωση (burnout).

Το 67,5% (βλ. πίνακα ερ. Γ3) των εργαζομένων στο Π.Γ.Ν.Π. (επί των συμμετεχόντων στην έρευνα) θεωρεί πως βιώνει επαγγελματικό άγχος/ εξουθένωση (burnout).

Ο συσχετισμός της ερώτησης αυτής με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου της Maslach καταδεικνύει (βλ. κεφ. Συμπεράσματα έρευνας) πως οι ειδικότητες που πιθανά βιώνουν έντονο επαγγελματικό άγχος είναι οι

Νοσηλεύτές/ τριες

Ειδικευόμενοι γιατροί

Γιατροί ΕΣΥ

Και σε μικρότερο βαθμό οι γιατροί ΔΕΠ και ακόμη μικρότερο ποσοστό οι κοινωνικοί λειτουργοί.

Τα ποσοστά αυτά μοιράζονται σχεδόν ισόποσα σε όλα τα τμήματα κλινικές πλην της καρδιολογικής και της κοινωνικής υπηρεσίας. (βλ. σχολιασμό σχ. πίνακα ερ. Γ3).

1.1.3 Ποιόν επηρεάζει το πρόβλημα

Εκτός των ίδιων των επαγγελματιών υγείας το επαγγελματικό άγχος ή/ και εξουθένωση (burnout) έχει επιπτώσεις στον ίδιο τον οργανισμό (νοσοκομείο) όπως συχνές απουσίες του προσωπικού στην συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων (επηρεάζεται το συνολικό αποτέλεσμα του παραγόμενου έργου) αλλά και στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών προς τους ίδιους τους ασθενείς.

Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο πιθανά να ισχύουν οι συνέπειες του φαινομένου, ή/ και να εμφανισθούν μακροπρόθεσμα. Σχετικές αναφορές έχουν γίνει στην βιβλιογραφική ανασκόπηση αλλά συνοπτικά αναφέρονται και εδώ βασικές ενδείξεις – συνέπειες του προβλήματος.

Σύμφωνα λοιπόν, με τους Cooper et al. (στο Καντάς 3^ο, 1995) οι πιο συχνές επιπτώσεις στο άτομο είναι υψηλή αρτηριακή πίεση, ευερεθιστότητα, αυξημένη χρήση αλκοόλ, κατάθλιψη. Αντίστοιχα στην οργάνωση αναφέρονται συχνές απουσίες από την εργασία, παραιτήσεις, προβλήματα στις σχέσεις εργοδοσίας και εργαζομένων, χαμηλός έλεγχος ποιότητας.

Οι Τούντας, Αλαμάνος (1999) αναφέρουν σχηματικά τις επιπτώσεις του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout)

Σε επίπεδο συμπεριφοράς, την αύξηση του καπνίσματος, χρήσης οινόπνευματων και ναρκωτικών ουσιών, έλλειψη σωματικής άσκησης.

Στον εργασιακό χώρο συχνές απουσίες λόγω ασθένειας, παραιτήσεις και η αλλαγή εργασίας.

Οι Maslach, Jackson & Leiter (Maslach, 1996) ως συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης περιγράφουν σωματικά συμπτώματα όπως διαταραχές ύπνου, πονοκέφαλοι και προβλήματα στην συμπεριφορά του εργαζόμενου όπως η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (αλκοόλ, καπνός, ναρκωτικά) ευερεθιστότητα, ανυπομονησία, συναισθημα ανημποριάς.

Αναφέρουν επίσης επιπτώσεις για την οργάνωση/ επιχείρηση όπως προβλήματα στην συμπεριφορά των εργαζομένων, συχνές απουσίες, αυξανόμενες παραιτήσεις, μειωμένη αποτελεσματικότητα στην παροχή υπηρεσιών.

Τέλος στους Maslach, Jackson & Leiter (Maslach, 1996) περιγράφονται οι επιπτώσεις για τους αποδέκτες των υπηρεσιών όπως η ποιότητα και η ποσότητα παρεχόμενων υπηρεσιών που εμφανίζεται μειωμένη.

1.1.4 Ποιος ωφελείται από την διατήρηση του προβλήματος

Η εφαρμογή σχετικών μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) προϋποθέτει την έγκριση σχετικών κονδυλίων και δυναμικές παρεμβάσεις αλλαγών στην δομή και λειτουργία.

Ο σχετικός προϋπολογισμός για την εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων απαιτεί την έγκριση των αρμοδίων οργάνων όπου πολλές φορές τους τίθενται ως προτεραιότητα άλλες ανάγκες της λειτουργίας του ΕΣΥ.

Άλλωστε σύμφωνα και με τον Ιατρίδη: «Κοινωνική πολιτική δεν είναι μόνο αυτή που υπάρχει. Είναι και αυτή η οποία δεν υπάρχει, η οποία όμως μπορεί να είναι πιο καθοριστική ακόμη και από εκείνη που υπάρχει» (Ιατρίδης, 2002, σελ. 16)

1.1.5 Πότε παρουσιάζεται

Το πρόβλημα του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) είναι πρόβλημα που αφορά συνολικά τον οργανισμό που απασχολούνται οι επαγγελματίες (τουλάχιστον) υγείας. Ως προς την εμφάνιση του προβλήματος στον συγκεκριμένο

χώρο δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία εμφάνισής του. Ως προς τον χρόνο, σε προηγούμενο έτος (αρχές 2000 εφαρμόστηκαν σεμινάρια για την αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους, μέσω ΚΕΚ) στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Πιθανά το συγκεκριμένο πρόβλημα προϋπήρχε της εφαρμογής σχετικών σεμιναρίων, χωρίς όμως σαφή στοιχεία που να είναι δυνατή η παρουσίασή τους στην συγκεκριμένη μελέτη

1.1.6 Τι έκταση και τι βάθος έχει το πρόβλημα

Βάσει των αποτελεσμάτων της προηγούμενης έρευνας το επαγγελματικό άγχος αφορά την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας στον συγκεκριμένο νοσοκομείο (67,5% των ερωτηθέντων δηλώνουν πως βιώνουν επαγγελματικό άγχος ή/ και εξουθένωση). Παράλληλα σε ποσοστό 93,1% δηλώνεται πως οι εργαζόμενοι στον χώρο υγείας βιώνουν επαγγελματικό άγχος/ εξουθένωση (burnout). Τα αίτια που οι ίδιοι οι ερωτώμενοι καθορίζουν αφορούν σημαντικά θέματα της συνολικής εύρυθμης λειτουργίας του οργανισμού. Τα ζητήματα που τίγονται αφορούν τις συνθήκες εργασίας, τον φόρτο εργασίας, την έλλειψη προσωπικού, κακή οργάνωση, έλλειψη μηχανογράφησης και έπαρκους μηχανολογικού εξοπλισμού. Παράλληλα θέματα όπως η έλλειψη υποστήριξης από τους ανωτέρους, οι δύσκολες εργασιακές σχέσεις (με συναδέλφους και ανωτέρους) η ασάφεια ρόλων/ αρμοδιοτήτων, η έλλειψη δυνατοτήτων εκπαίδευσης/ επιμόρφωσης (για το νοσηλευτικό προσωπικό) τίθενται αρκετά συχνά και ορίζονται από τους ερωτώμενους ως επιπλέον πηγές επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout).

Πλήθος ερευνητών (όπως έχει αναφερθεί και στις προηγούμενες ενότητες) αναφέρουν τις παραπάνω παραμέτρους ως ιδιαίτερα επιβαρυντικούς παράγοντες στην εμφάνιση του συνδρόμου. (Καντάς 3^ο, 1995, Schaufeli, Maslach, Marek, 1993, Murphy, 1987, κ.α.).

Πέρα λοιπόν της καθημερινής επαφής με τον ασθενή και τις δυσκολίες που επιφέρει η συνεχής συναναστροφή των επαγγελματιών υγείας με ανθρώπους που έχουν προβλήματα (σωματικά, ψυχικά) οι παράγοντες αυτοί δρουν επιβαρυντικά σε πολλά επίπεδα, όπως η λειτουργικότητα του επαγγελματία, η ποιότητα παροχής υπηρεσιών και η συνολική λειτουργία του νοσοκομείου.

1.2 Σκοποί και στόχοι της παρέμβασης

Σκοπός του συγκεκριμένου προγράμματος είναι η εφαρμογή πολυεπίπεδων δράσεων για την μείωση ή/ και εξάλειψη του επαγγελματικού άγχους / εξουθένωσης (burnout) και των συνεπειών που αυτό έχει.

Πιο συγκεκριμένα σκοπός είναι η λειτουργία ενός πιλοτικού προγράμματος μείωσης ή/ και εξάλειψης του προβλήματος σε κλινική/ τμήμα του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

Οι στόχοι είναι:

- Μετά από ένα χρόνο λειτουργίας του προγράμματος να έχει μειωθεί το επαγγελματικό άγχος/ εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας του συγκεκριμένου τμήματος
- Να επιτευχθούν οι σχετικές παρεμβάσεις στα άτομα και στην δομή και λειτουργία του οργανισμού
- Να έχουν οι επαγγελματίες υγείας (που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα) δεξιότητες διαχείρισης του επαγγελματικού άγχους
- Να έχουν εφαρμοσθεί οργανωτικού τύπου αλλαγές στο τμήμα

1.3 Εναλλακτικές λύσεις – Επιλογή ευνοϊκότερης λύσης

Η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και των αντίστοιχων προγραμμάτων που έχουν εφαρμοσθεί στο (κυρίως) στο εξωτερικό καταδεικνύουν πως η πλέον αποτελεσματική παρέμβαση είναι αυτή που στοχεύει σε αλλαγές στην δομή και λειτουργία του οργανισμού με παράλληλες αλλαγές στο ίδιο το άτομο (Cooper & Payne, 1988).

Πιο συγκεκριμένα οι παρεμβάσεις που λειτουργούν παράλληλα στα εξής επίπεδα:

- Στο άτομο
- Στις διαπροσωπικές σχέσεις/ συνεργασίας στον χώρο εργασίας (συμπεριλαμβάνονται θέματα ρόλου, τρόπου λήψης αποφάσεων, υποστήριξης από προϊστάμενους κ.λ.π.)
- Στην ίδια την δομή και οργάνωση του οργανισμού που απασχολείται ο επαγγελματίας

αποφέρουν αύξηση της ικανοποίησης του εργαζόμενου, μείωση του επαγγελματικού άγχους, αύξηση της παραγωγικότητας και μείωση των απουσιών και παραιτήσεων από την εργασία.

Σχετική έρευνα και εφαρμογή προγράμματος πραγματοποιήθηκε σε πέντε νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας από τους Cox & Griffiths¹². Η έρευνα αυτή, καθώς έγινε αντιληπτή από την υπογράφουσα όταν ήδη είχε ολοκληρωθεί η παρούσα μελέτη δεν ήταν δυνατό να αξιοποιηθεί πλήρως. Παρ' όλα αυτά, θεωρείται σημαντική πηγή και δίδονται εδώ κάποιες γενικές πληροφορίες των προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν.

Στα συγκεκριμένα νοσοκομεία αφού έγινε η σχετική έρευνα εντοπισμού των παραγόντων κινδύνου εφαρμόστηκαν παρεμβάσεις στους παράγοντες της εργασίας που ήταν αγχογόνοι για τους επαγγελματίες υγείας με παράλληλη ενεργοποίηση των ίδιων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Οι συγγραφείς, θεωρούν τα προγράμματα αυτά (ονομαζόμενα ως *risk management programs*, σε αντίθεση με τα ονομαζόμενα *stress management programs* που στόχευαν σε αλλαγές του ατόμου-εργαζόμενου) ιδιαίτερα αποτελεσματικά όταν βέβαια πραγματοποιούνται και οι σχετικές αλλαγές και παρεμβάσεις από τις Διοικήσεις των νοσοκομείων.

Στην συγκεκριμένη μελέτη επιλέγεται ο συνδυασμός και η παράλληλη εφαρμογή παρεμβάσεων σε όλα τα επίπεδα (με χρονική ακολουθία). Η επιλογή αυτή θεωρείται ευνοϊκότερη βάσει των εξής κριτηρίων:

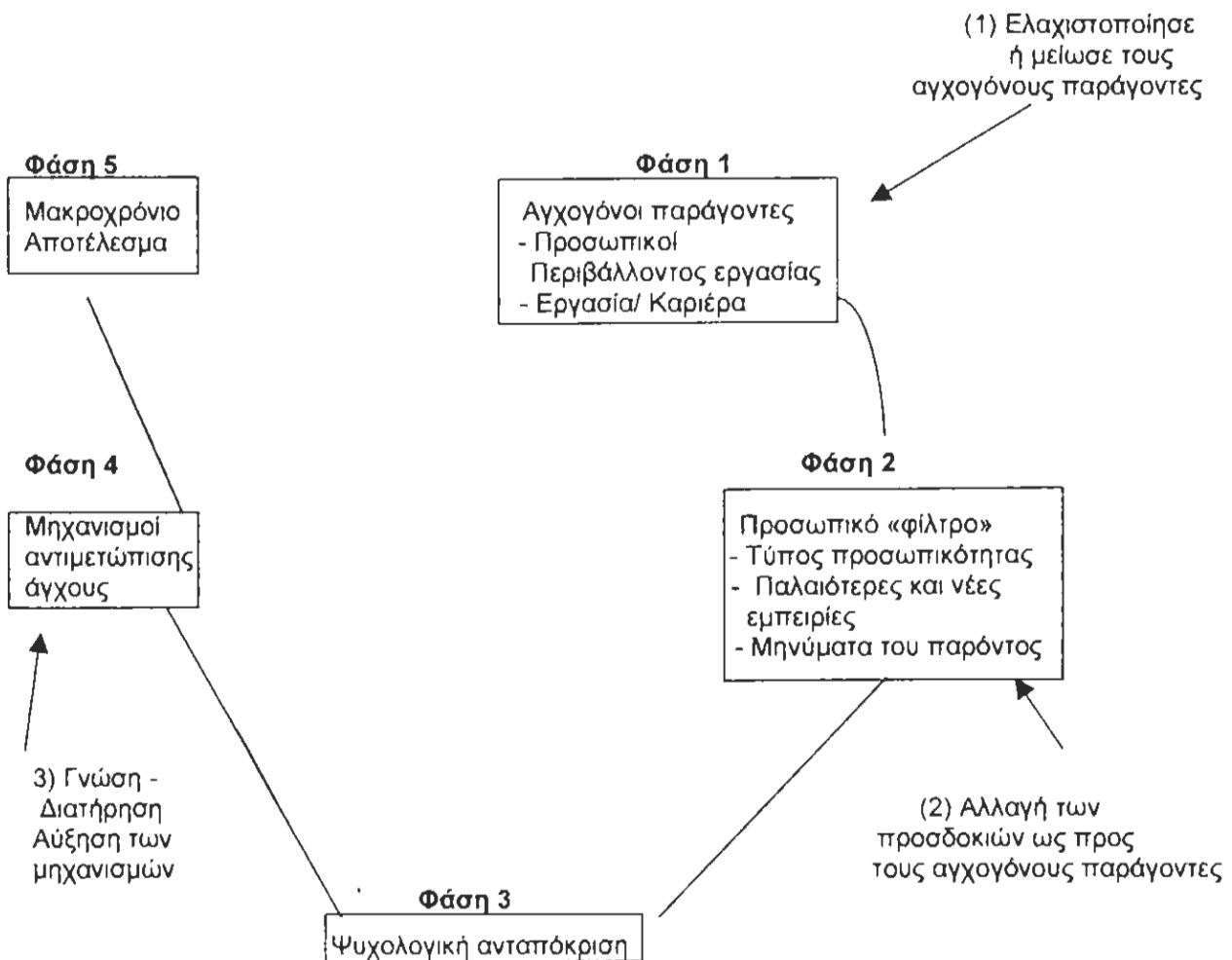
- Μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας που προηγήθηκε
- Διαπιστωμένες ανάγκες των ίδιων των επαγγελματιών βάσει της σχετικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε.
- Η παρέμβαση τόσο στους στρεσογόνους εξωτερικούς παράγοντες όσο και στο ίδιο το άτομο θεωρείται η πλέον αποτελεσματική με περισσότερο μόνιμα αποτελέσματα.

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα προτείνεται να λειτουργήσει πιλοτικά για 1 χρόνο. Η πιλοτική εφαρμογή του θα εξυπηρετήσει την μέτρηση της αποτελεσματικότητάς του, και του κόστους του σε μικρό αρχικά αριθμό και σε ένα μόνο τμήμα/ κλινική.

Τα αποτελέσματα της παρέμβασης αυτής (αξιολόγηση του προγράμματος) θα αποτελέσουν σαφή ένδειξη για την συνέχεια ή μη του προγράμματος και σε άλλα τμήματα/ κλινικές του νοσοκομείου.

Στην συνέχεια παρατίθενται οι παρεμβάσεις στον κύκλο του επαγγελματικού άγχους σύμφωνα με την Geber (1996).

¹² Tom Cox & Amanda Griffiths, *Interventions to control stress at work in hospital staff*, Institute of Work, health and Organisation, <http://www.hse.gov.uk/research/crr-pdf/2002/crr02435.pdf>



Σχήμα 4
Κύκλος άγχους (Geber, 1996)

1.4 Προϋποθέσεις για την επίλυση του προβλήματος – εφαρμογή του προγράμματος

1. Έγκριση της σχετικής παρέμβασης από την Διοίκηση του νοσοκομείου
2. Έγκριση του προϋπολογισμού
3. Συνεργασία της Διοίκησης του νοσοκομείου
4. Έγκριση, συμμετοχή και συνεργασία της διοίκησης της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου
5. Συμμετοχή των ίδιων των επαγγελματιών υγείας (σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας διαφαίνεται θετική ανταπόκριση στην λειτουργία προγράμματος για την πρόληψη και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout)).

1.5 Ιδεολογία και αξίες

Σημαντικοί παράμετροι για τον κοινωνικό σχεδιαστή αλλά και για τον σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής είναι η ιδεολογία και οι αξίες που διακατέχουν όλη την φιλοσοφία του εκάστοτε προγράμματος, δράσης, νομοσχεδίου κ.λ.π

Επί της συγκεκριμένης πρότασης οι βασικές αξίες συμπίπτουν με τις αρχές και τις αξίες του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας. Συγκεκριμένα:

- Σεβασμό στις δηλωμένες ανάγκες/ επιθυμίες των ίδιων των ενδιαφερομένων
- Συμμετοχή των ίδιων των επαγγελματιών υγείας
- Αυτοδιάθεση και αυτοβοήθεια

2. Γενική περιγραφή του προγράμματος - Εφαρμογή

Το συγκεκριμένο πιλοτικό πρόγραμμα προτείνεται να εφαρμοσθεί σε κλινική ή τμήμα στο οποίο υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του διευθυντή του τμήματος/ κλινικής και της προϊσταμένης του τμήματος.

Παράλληλα θα επιλεγεί και ένα δεύτερο τμήμα (στο οποίο δεν θα εφαρμοσθούν παρεμβάσεις για μείωση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout)) και το οποίο θα λειτουργήσει ως «ομάδα ελέγχου» για την σύγκριση των αποτελεσμάτων κατά την φάση της αξιολόγησης. Θα πραγματοποιείται ενδιάμεση και τελική αξιολόγηση του προγράμματος. Οι ενδιάμεσες αξιολογήσεις κατά στάδια θα πραγματοποιούνται τόσο κατά την διάρκεια της εφαρμογής της κάθε φάσης, όσο και κατά την ολοκλήρωσή τους. Η τελική αξιολόγηση θα πραγματοποιηθεί με την ολοκλήρωση του προγράμματος αλλά και μετά από 6 μήνες και πιθανά ένα χρόνο μετά την λειτουργία του.

Είναι σημαντικό να υπάρχει επίσης η σύμφωνη γνώμη των εργαζομένων και η διαθεσιμότητά τους για εμπλοκή στις διεργασίες του προγράμματος.(π.χ. μπορεί να επιλεγθεί κάποιο από τα τμήματα στα οποία έχει εφαρμοσθεί η έρευνα και υπάρχουν οι σχετικές ανάγκες λειτουργίας σχετικού προγράμματος)

Το πρόγραμμα θα λειτουργήσει με παρεμβάσεις για αλλαγή σε οργανωτικό – διοικητικό αλλά και ατομικό επίπεδο.

Θα πρέπει επίσης να υπογραμμισθεί η σημασία της διεργασίας (process) κατά την εφαρμογή των ενεργειών. Είναι σημαντικό η ίδια η διεργασία να αποτελεί πρότυπο

για την εφαρμογή της σχετικής παρέμβασης που θα ακολουθήσουν οι «εκπαιδευόμενοι». Για παράδειγμα το θέμα «της συμμετοχής των εργαζομένων στην λήψη των αποφάσεων» δεν θα μπορεί να τίθεται από έναν εισηγητή ο οποίος είναι συγκεντρωτικός και δεν επιτρέπει την συμμετοχή των ακροατών στην διαδικασία.

Η επιλογή τόσο του κοινωνικού σχεδιαστή όσο και των συνεργατών του (στο εξής όπου αναφέρεται κοινωνικός σχεδιαστής μπορεί να είναι πάνω από ένας/ μία) είναι ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος που προϋποθέτει την ύπαρξη συγκεκριμένων χαρακτηριστικών και γνώσεων. Κρίνεται ως σημαντική η ύπαρξη ομάδας σχεδιαστών (σύνολο 3 κοινωνικοί σχεδιαστές, με 1 άτομο επικεφαλή) που να γνωρίζουν την διαδικασία του κοινωνικού σχεδιασμού αλλά και να διέπονται από την ιδεολογία και τις αξίες βάσει των οποίων έγινε ο συγκεκριμένος σχεδιασμός. Παράλληλη βιωματική εμπειρία λειτουργίας ομάδων, γνώσεις ψυχολογίας, οργανωτικό πνεύμα, μη συγκεντρωτισμός και υποστηρικτική διάθεση προς τους συμμετέχοντες είναι σημαντικά επιθυμητά χαρακτηριστικά των κοινωνικών σχεδιαστών.

Ανάλυση του προγράμματος

Στην συνέχεια περιγράφονται οι σχετικές ενέργειες του προγράμματος. Ακολουθεί διαχωρισμός των ενεργειών σε φάσεις με σαφείς στόχους, χρονοδιάγραμμα και αξιολόγηση της κάθε φάσης. Ο διαχωρισμός δεν είναι μόνο τεχνητός αλλά η λειτουργία της κάθε φάσης προϋποθέτει σχετική ολοκλήρωση της προηγούμενης, ώστε να έχουν εξασφαλισθεί οι αναγκαίες προϋποθέσεις.

Οι ακριβείς ενέργειες περιγράφονται στα σχετικά διαγράμματα στην συνέχεια. Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται η περιγραφή του προγράμματος.

2.1 Α Φάση (Φάση Προετοιμασίας)

Σκοπός Α φάσης

Σκοπός της Α φάσης είναι η εξασφάλιση των σχετικών εγκρίσεων των στελεχών διοίκησης του νοσοκομείου και η εξασφάλιση της συνεργασίας τόσο των ίδιων όσο και των άμεσα εμπλεκόμενων στο σχετικό πρόγραμμα.

Παράλληλα δίδεται ο απαραίτητος χρόνος στο στέλεχος κοινωνικού σχεδιασμού να έρθει σε επαφή με άλλα άτομα στον χώρο του νοσοκομείου που είτε έχουν ασχοληθεί παλαιότερα με το θέμα, είτε ενδιαφέρονται να εμπλακούν στην παρούσα φάση.

Η επιλογή του τμήματος που θα εφαρμοσθεί το πρόγραμμα αποτελεί επίσης βασικό σκοπό της Α φάσης και προϋποθέτει την διαθεσιμότητα των άμεσα εμπλεκόμενων.

Βασικές προϋποθέσεις (αφού έχει εξασφαλισθεί η έγκριση της Διοίκησης) τίθενται η διαπίστωση της ύπαρξης επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout)¹³ και η αποδοχή και συνεργασία του διευθυντή και της προϊσταμένης του τμήματος.

2.1.1 Περιγραφή ενεργειών Α φάσης

Επαφές με διοικήσεις(Διοίκηση νοσοκομείου, ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία, πιθανές εγκρίσεις από επιστημονική επιτροπή) – Ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, δημιουργία συμμαχιών στον χώρο του νοσοκομείου – Επαφή με Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας των Εργαζομένων – Επαφές με εκπροσώπους εργαζομένων - Επιλογή τμήματος που θα εφαρμοσθεί το πρόγραμμα – Επαφές με αρμόδιους τμήματος (διευθυντής, προϊσταμένη), εξασφάλιση έγκρισης και συμμετοχής – Συνεντεύξεις με εργαζόμενους στο τμήμα/ εξασφάλιση συμμετοχής/ γενική καταγραφή προβλημάτων – Ακριβής σχεδιασμός επόμενης φάσης

2.1.2 Αξιολόγηση Α φάσης

Η Α φάση θα θεωρείται επιτυχής κατά την ολοκλήρωσή της αν:

- Έχει εξασφαλισθεί η έγκριση και συνεργασία της Διοίκησης του νοσοκομείου
- Έχει εξασφαλισθεί η έγκριση και η συνεργασία της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου
- Έχει εξασφαλισθεί η συνεργασία των εκπροσώπων των εργαζομένων
- Έχει επιλεγθεί τμήμα που θα εφαρμοσθεί το πρόγραμμα
- Οι επαφές με τον διευθυντή, την προϊσταμένη και το 70-80% των εργαζομένων έχουν αποβεί θετικές ως προς λειτουργία του προγράμματος

¹³ Στην περίπτωση που το πρόγραμμα εφαρμοσθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα από την υλοποίηση της προηγούμενης έρευνας μπορεί να επιλεγθεί το τμήμα βάσει των στοιχείων που δίδονται για ύπαρξη ή μη του προβλήματος στα εν λόγω τμήματα. Σε κάθε άλλη περίπτωση είναι αναγκαία η εκ νέου διερεύνηση ύπαρξης του προβλήματος στους επαγγελματίες του εκάστοτε τμήματος.

Φυλλάδιο αξιολόγησης Α φάσης:

α) Ως προς τις επαφές με τις διοικήσεις: Στο φυλλάδιο αυτό θα πρέπει να καταγράφονται οι επαφές που έγιναν με κάθε αρμόδιο, τα θέματα που συζητήθηκαν και οι συμφωνίες που επιτεύχθηκαν.

Είναι σημαντικό να καταγράφονται τα τυχόν προβλήματα, διαφωνίες ή προτεινόμενες αλλαγές από κάθε αρμόδιο στέλεχος του νοσοκομείου.

Οι ενότητες του φυλλαδίου μπορεί να αναλογούν με τον αριθμό των επαφών που έγιναν κατά την διάρκεια της Α φάσης.

Στο τέλος του συγκεκριμένου φυλλαδίου θα αναγράφεται συνοπτικά από ποια μέρη των στελεχών της διοίκησης υπάρχει θετική ή αρνητική εισήγηση ως προς την λειτουργία του προγράμματος. Το φυλλάδιο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο ενδιάμεσης αξιολόγησης της Α φάσης, όπως και το επόμενο που ακολουθεί.

β) Ως προς τις επαφές με τους εργαζόμενους: Οι συνεντεύξεις είναι σημαντικό να είναι ατομικές ώστε να επιτυγχάνεται η διαπροσωπική επαφή, η ελεύθερη έκφραση του συνεντευξιζόμενου, και η περιγραφή του προγράμματος από μέρους του κοινωνικού σχεδιαστή. Στο τέλος των συνεντεύξεων ο κοινωνικός σχεδιαστής θα καταγράφει σε σχετικό φυλλάδιο το γενικό κλίμα της συνέντευξης, την ειδικότητα του ερωτώμενου, την δηλωμένη διαθεσιμότητα του ή μη στην εμπλοκή του προγράμματος και πιθανά προβλήματα που ανέφερε στον χώρο εργασίας. Δεν θα πρέπει να σημειώνονται επιπλέον δημογραφικά στοιχεία ώστε να τηρείται η ανωνυμία του ερωτώμενου και να μειωθούν οι πιθανότητες προκατάληψης του κοινωνικού σχεδιαστή. Το σχετικό φυλλάδιο αξιολόγησης της συγκεκριμένης φάσης μπορεί να είναι συνοπτικό και στο τέλος κάθε παραγράφου που θα αναλογεί σε ένα άτομο να καταγράφεται η δηλωμένη ή μη επιθυμία του να εμπλακεί στο σχετικό πρόγραμμα. Η συμμετοχή θα θεωρείται σε ικανοποιητικά επίπεδα αν βρίσκεται μεταξύ του 70-80% των εργαζομένων στο τμήμα.

2.2 Β Φάση (Φάση ευαισθητοποίησης – εκπαίδευσης)

Σκοπός Β Φάσης

Στην Β φάση του προγράμματος βασικοί σκοποί είναι:

- Η έναρξη των σχετικών αναγκαίων παρεμβάσεων από την διοίκηση του νοσοκομείου για την μείωση των αγχογόνων παραγόντων στον τμήμα/ κλινική όπου θα εφαρμοσθεί το πρόγραμμα.
- Η ευαισθητοποίηση των ανωτέρων σε θέματα υποστήριξης, οργάνωσης της εργασίας των εργαζομένων.
- Η εκπαίδευση και κινητοποίηση των ίδιων των εργαζομένων με στόχο την ενεργοποίησή τους για τα θέματα που τους απασχολούν και παράλληλα την εκμάθηση τρόπων διαχείρισης του άγχους και αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού.

Οι ενέργειες που περιγράφονται στην συνέχεια πιθανά να λειτουργήσουν και ως στάδιο προετοιμασίας και εκπαίδευσης για την σταθερή λειτουργία ομάδων που ακολουθεί στην Γ φάση του προγράμματος. Αρκετά συχνά ομάδες όπως π.χ. διεπιστημονικές ομάδες απαιτούν σεβασμό και αποδοχή των διάφορων ειδικοτήτων που συνεργάζονται στον χώρο του νοσοκομείου. Τα θέματα της αποδοχής, του σεβασμού και της αξιοποίησης των συναδέλφων μεταξύ τους δεν θα πρέπει να θεωρούνται δεδομένα και η λειτουργία τέτοιων ομάδων συχνά αποτυγχάνει αν δεν υπάρχει σαφές πλαίσιο και προετοιμασία των μελών.

2.2.1 Περιγραφή ενεργειών Β φάσης

A. Παρεμβάσεις από την Διοίκηση

Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας είναι αναγκαίες οι σχετικές παρεμβάσεις της διοίκησης του νοσοκομείου σε συνεργασία με την ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία στα εξής θέματα:

- Επαρκές προσωπικό στο συγκεκριμένο τμήμα. Η επαρκής κάλυψη κενών οργανικών θέσεων σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό αποτελεί βασική ανάγκη των ίδιων των εργαζομένων του Π.Γ.Ν.Π. Οι παρεμβάσεις για μείωση του επαγγελματικού άγχους θα πρέπει να δηλώνονται με άμεσες ενέργειες από την διοίκηση. (π.χ. πρόσληψη προσωπικού). Η πρόσληψη επαρκούς προσωπικού μπορεί να αποβεί έμμεση λύση για θέματα όπως τα μεγαλύτερα

και συχνότερα διαλείμματα του προσωπικού, αλλά και βασικά θέματα συνθηκών εργασίας όπως είναι το ωράριο, οι βάρδιες και οι εφημερίες.

Παράλληλα ο φόρτος εργασίας θα μπορεί να καταμερισθεί καλύτερα και βέβαια αυξάνεται η ποιότητα παροχής υπηρεσιών προς τους ασθενείς.

Η επάρκεια του προσωπικού καθορίζεται σε σχετικό προεδρικό διάταγμα αρ.87, 1986, (βλ. παράρτημα) όπου ορίζεται το ποσοστό του προσωπικού σε συνάρτηση με τον αριθμό των κλινών. Για την ιατρική υπηρεσία ορίζει το ποσοστό σε 6-15% επί της συνολικής δύναμης κρεβατιών του Νοσοκομείου και πολλαπλασιαζόμενη με τον συντελεστή 2-3 για τα Γενικά Νοσοκομεία. Για την νοσηλευτική υπηρεσία ορίζεται στο 35-45 επί του αντίστοιχου συντελεστή. Με τους σχετικούς υπολογισμούς και βάσει των κλινών του Π.Γ.Ν.Π. (697 κλίνες) προκύπτει πως το προσωπικό που ανήκει στην ιατρική υπηρεσία (συμπεριλαμβάνονται και άλλες ειδικότητες) θα πρέπει να είναι περίπου στα 313 άτομα ενώ για το νοσηλευτικό αντιστοιχούν περίπου στα 940 άτομα. Στην παρούσα χρονική στιγμή απασχολούνται στον νοσοκομείο 504 γιατροί (όλων των ειδικοτήτων) με ποσοστό πλήρωσης των οργανικών θέσεων 92% και 695 νοσηλευτές/ νοσηλεύτριες με ποσοστό πλήρωσης 81% (Π.Γ.Ν.Π., 2003)

Θα πρέπει όμως να σημειωθεί πως το μεν προεδρικό διάταγμα είναι αρκετά παλιό οι δε οργανικές θέσεις έχουν ορισθεί σχεδόν προ δεκαετίας ενώ οι ανάγκες του νοσοκομείου σε προσωπικό έχουν αυξηθεί. Παράλληλα για το μεν νοσηλευτικό προσωπικό στα περισσότερα τμήματα λείπει μεγάλος αριθμός νοσηλευτριών για 2 σχεδόν έτη (άδειες κύησης) για το δε ιατρικό προσωπικό πολλές φορές προκύπτουν αναγκαιότητες επιμόρφωσης/ εκπαίδευσης. Έτσι λοιπόν οι αριθμοί που προκύπτουν είναι πλασματικοί και στην ουσία υπάρχει σοβαρή έλλειψη νοσηλευτικού αλλά και ιατρικού και άλλων παραϊατρικών επαγγελματιών.

Ως προς την αναλογία νοσηλευτή/ τριας και γιατρού προς τον αριθμό κλινών υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάλογα με το είδος του τμήματος (κλινική, μονάδα, ΤΕΠ) και δεν είναι εφικτή η σαφής αναλογία ώστε να παραταθεί. Πλήθος παραγόντων συνυπάρχουν που δυσχεραίνουν την σαφήνεια της απάντησης (π.χ. αν τα «ράντζα» θεωρούνται κλίνες και πρέπει να υπολογισθούν, το σύστημα νοσηλείας που εφαρμόζεται, οι πραγματικές ανάγκες κάθε τμήματος κ.λ.π.).

Στην συγκεκριμένη μελέτη για την λειτουργία του πιλοτικού προγράμματος, προτείνεται σχηματικά η πρόσληψη 1 νοσηλεύτριας Π.Ε. 5 Τ.Ε. και 2 Δ.Ε. Παράλληλα προτείνεται ο διορισμός 2 γιατρών ΕΣΥ, 1 ειδικευόμενος, 1 κοινωνικός λειτουργός και 1 ακόμη άτομο οποιασδήποτε άλλης ειδικότητας (π.χ. φυσιοθεραπευτής).

Σε κάθε περίπτωση πριν την εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος θα πρέπει να γίνει σαφής και εμπειριστατωμένη καταγραφή των πραγματικών αναγκών του τμήματος σε προσωπικό με την συμμετοχή των ίδιων των επαγγελματιών υγείας και με πλήρη στοιχεία.

- Μείωση φόρτου εργασίας (στις περιπτώσεις που είναι εφικτό). Για παράδειγμα πλήθος περιστατικών από νοσοκομεία της περιφέρειας παραπέμπονται στο Π.Γ.Ν.Π. ή/ και πολλοί ασθενείς αναμένουν την εφημερία του συγκεκριμένου νοσοκομείου ώστε να εισαχθούν σε τμήμα της επιλογής τους. Η ανεπαρκής λειτουργία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η έλλειψη της διασύνδεσης μεταξύ του πρωτοβάθμιου, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου συστήματος ενοχοποιείται σε μεγάλο βαθμό για την υπερπλήρωση των κλινών των μεγάλων νοσοκομείων (Υφαντόπουλος, 1988). Ο φόρτος εργασίας πέρα των συνεπειών που έχει στους επαγγελματίες υγείας, δύναται να μειώσει και την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς που χρειάζονται τριτοβάθμια περίθαλψη

Ανεύρεση εναλλακτικών τρόπων μείωσης φόρτου εργασίας, όπως επαφές με νοσοκομεία της περιφέρειας που πιθανά παραπέμπουν περιστατικά που δεν χρειάζονται περίθαλψη στο Π.Γ.Ν.Π. αλλά μπορούν αντιμετωπισθούν και σε μικρότερες μονάδες.

- Καλύτερη οργάνωση της δουλειάς ανά τμήμα. Καταγραφή των δυσλειτουργικών περιοχών και εφαρμογή νέων μεθόδων οργάνωσης της εργασίας με την συμμετοχή των ίδιων των εργαζομένων στην καθημερινή οργάνωση του έργου.
- Παροχή/ διαμόρφωση χώρου διαλείμματος, ξεκούρασης για το προσωπικό ει δυνατόν εντός του τμήματος εργασίας ή/ και στον ίδιο όροφο.
- Ευελιξία στο ωράριο και στις βάρδιες του προσωπικού. Πιθανά προτεινόμενα σχήματα: 4 μέρες εργασίας την εβδομάδα από 10 ώρες – όχι πάνω από 1 νυχτερινή βάρδια την εβδομάδα – δημιουργία εναλλακτικής βάρδιας κ.λ.π.

- Δυνατότητα για αλλαγή τμήματος σε αυτούς που το επιθυμούν (rotation) και κάλυψη της κενής θέσης (αν πρόκειται για ιδιαίτερα βαρύ τμήμα, όπου ελάχιστοι επιθυμούν να μεταβούν) με παροχή κινήτρων (π.χ. δυνατότητα παροχής εκπαιδευτικής άδειας μετά από 2-3 έτη συνεχής εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα, παροχή υποτροφίας για συνέχιση των σπουδών, οικονομικά κίνητρα, άδειες κ.λ.π.)
- Αύξηση των εκπαιδευτικών αδειών και των δυνατοτήτων του προσωπικού για εκπαίδευση. Ορισμός επαγγελματία για παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης για το προσωπικό.

Τα παραπάνω αποτελούν προτάσεις βάσει της σχετικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε και σε συνδυασμό με την μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας. Στην περίπτωση που οι παρεμβάσεις που προτείνονται εφαρμοσθούν είτε σε άλλο τμήμα, είτε σε χρονικό διάστημα το οποίο δεν εξασφαλίζει την ισχύ των αποτελεσμάτων της προηγούμενης έρευνας, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σχετική μελέτη του κοινωνικού σχεδιαστή για τις ανάγκες των εργαζομένων στο τμήμα αυτό.

Σε όλα τα παραπάνω οι προτάσεις των ίδιων των εργαζομένων (που σε πολλές περιπτώσεις είναι ήδη καταγεγραμμένες) αλλά και η διαπίστωση των συγκεκριμένων αναγκών του τμήματος που θα εφαρμοσθεί το πρόγραμμα θα επιβάλουν αλλαγές και τροποποιήσεις των προτεινόμενων παρεμβάσεων.

Οι παρεμβάσεις της Διοίκησης θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές για την λειτουργία και επιτυχία παρόμοιων προγραμμάτων, καθώς πέρα της άμεσης παρέμβασης για την μείωση ή/ και εξάλειψη των αγχογόνων παραγόντων δηλώνεται η σαφής πρόθεση της Διοίκησης «να κάνει κάτι» για τα προβλήματα. Το γεγονός αυτό δρα ιδιαίτερος ενθαρρυντικά προς τους επαγγελματίες υγείας και αποτελεί παράγοντα κινητοποίησης και των ίδιων ώστε να παίξουν βοηθητικό ρόλο στις σχετικές παρεμβάσεις.

B. Υποπρόγραμμα 1 : Ευαισθητοποίηση των ανωτέρων βαθμίδων του Τμήματος

Η ευαισθητοποίηση των ανωτέρων του τμήματος αποτελεί σημαντική παράμετρο για την δημιουργία πηγών υποστήριξης εντός του ίδιου του συστήματος (τμήμα – νοσοκομείο) και πέρα της λειτουργίας του πιλοτικού προγράμματος. Η υποστήριξη και η ενθάρρυνση όταν προέρχεται από τους ανωτέρους αποτελεί σημαντική παράμετρο μείωσης του άγχους στον χώρο εργασίας.

Παράλληλα θα πρέπει να σημειωθεί πως δεν είναι δυνατό να ζητείται από τα ανώτερα στελέχη να παρέχουν υποστήριξη αν και οι ίδιοι δεν έχουν αντίστοιχες πηγές. Οι συναντήσεις που περιγράφονται πιθανά να καλύψουν και τέτοια κενά.

- Προτείνονται τακτές συναντήσεις συνολικού χρόνου 12-18 ωρών. Οι συναντήσεις αυτές θα είναι χαρακτηρα ευαισθητοποίησης ως προς τα θέματα της υποστήριξης προς τους υφιστάμενους, της ανάπτυξης του διαλόγου και της αύξησης της συμμετοχής των εργαζομένων στην λήψη αποφάσεων. Παράλληλα θα εξετασθούν θέματα καλύτερης οργάνωσης της εργασίας στο τμήμα και πιθανοί τρόποι συνεργασίας μεταξύ των ειδικοτήτων (σαφείς ρόλοι, διαπροσωπικές σχέσεις στον χώρο εργασίας, συγκρούσεις, ανταγωνισμός κ.λ.π.)

Περιγραφή συναντήσεων:

Οι συναντήσεις προτείνεται να είναι 3ωρες για 1 φορά την εβδομάδα επί τέσσερις – 6 εβδομάδες. Συνολικός χρόνος: 12 –18 ώρες

Συμμετέχοντες:

- Διευθυντής τμήματος
- Προϊσταμένη τμήματος
- Διευθυντής ιατρικής υπηρεσίας
- Διευθύντρια νοσηλευτικής υπηρεσίας
- Πιθανά στέλεχος της Διοίκησης

Εισηγητές:

- Το στέλεχος του κοινωνικού σχεδιασμού

- Ειδικός/ ειδικοί σε θέματα επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout)/ Διοίκησης επιχειρήσεων

Θεματολογία συναντήσεων:

Αρχικές συναντήσεις:

1. Επαγγελματικό άγχος/ εξουθένωση (burnout) στα επαγγέλματα υγείας. Ορισμοί – Συνέπειες/ Κόστος – Αίτια
2. Καταγραφή από τους συμμετέχοντες (τεχνική του καταιγισμού ιδεών) των αντίστοιχων ή παρόμοιων προβλημάτων στον χώρο του νοσοκομείου.
3. Παρουσίαση προτεινόμενου προγράμματος. Τρόποι εφαρμογής στο τμήμα που διοικούν. Συμμετοχή και συζήτηση.

Ενδιάμεσες συναντήσεις:

4. Τρόποι αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους στον χώρο εργασίας:
 - Βελτίωση «κλίματος» εργασίας. Τι σημαίνει «κλίμα». Η σημασία του χιούμορ στον χώρο δουλειάς, η κριτική («αρνητική») και οι συνέπειές της, σεβασμός, όρια διαπροσωπικών σχέσεων.
 - Σαφείς ρόλοι/ Καθηκοντολόγιο. Η σημασία της σαφούς οριοθέτησης του ρόλου της κάθε ειδικότητας. Το καθηκοντολόγιο ως «ασπίδα προστασίας» από το επαγγελματικό άγχος. Πιθανοί τρόποι εφαρμογής στο συγκεκριμένο τμήμα. Δυσκολίες και δυνατότητες παρέμβασης.
 - Τακτές συναντήσεις του προσωπικού (ανά ειδικότητα ή/ και όλο το τμήμα). Η σημασία της λειτουργίας των ομάδων στον χώρο του νοσοκομείου. Γενικές πληροφορίες για την λειτουργία και την σημασία της ομάδας. Τύποι ομάδων στο τμήμα: Διεπιστημονικές / Ομάδες καταγραφής προβλημάτων και διαμόρφωσης προτάσεων / Ομάδες έργου / Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης (σε τμήματα που κρίνεται απαραίτητο)

Αξιοποίηση των υπάρχοντων επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί) ή/ και ειδικευμένων νοσηλευτών ή άλλων ειδικοτήτων στον συντονισμό των ομάδων ή/ και της εποπτείας.

 - Παροχή υποστήριξης από ανωτέρους/ συναδέλφους. Τι σημαίνει «υποστηρίζω». Η σημασία της υποστήριξης στον χώρο εργασίας για

την μείωση του επαγγελματικού άγχους και των συνεπειών του. Τρόποι παροχής υποστήριξης στον χώρο εργασίας: Συναισθηματική – Πληροφόρηση, ενημέρωση.

- Τρόποι αύξησης της συμμετοχής των εργαζομένων στην λήψη αποφάσεων: Ομάδες έργου/ Συζήτηση – τακτές συναντήσεις της προϊστάμενης/ Διευθυντή με τους υφιστάμενους τους επαγγελματίες υγείας. Από κοινού στόχοι για την επίτευξη συγκεκριμένου έργου. Ανάθεση σε κάθε νοσηλεύτη/ τρια συγκεκριμένων ασθενών ή/ και θαλάμων/ Ευελιξία στο ωράριο. Συμμετοχή των ίδιων στον καθορισμό του χρόνου άφιξης και αποχώρησης
- Γενικού περιεχομένου θέματα αξιοποίησης και των δυνατοτήτων των εργαζομένων/ Αξιοποίηση τους και σε γραφειοκρατικά θέματα (για μείωση επαγγελματικού άγχους που σχετίζεται με την συχνή επαφή με χρόνιους ασθενείς)/ Η σημασία της ευελιξίας στον χώρο της υγείας.

Τελικές συναντήσεις:

- Καταγραφή συμπερασμάτων
- Καταγραφή δεσμεύσεων
- Αξιολόγηση διαδικασίας από τους συμμετέχοντες / εισηγητές: Η αξιολόγηση θα γίνει δύο επίπεδα
 1. Λεκτικό με την μορφή συζήτησης μεταξύ των συμμετεχόντων
 2. Συμπλήρωσης ανώνυμου φυλλαδίου.

Πιθανοί άξονες του φυλλαδίου:

- Ο εμπλουτισμός των τεχνικών (θετική ή αρνητική απάντηση)
- Η βαθμολόγηση της διαδικασίας
- Οι δυνατότητες εφαρμογής από τους ίδιους των παραπάνω
- Καταγραφή αναγκών / Προτάσεων

Γ. Υποπρόγραμμα 2: Διαχείριση επαγγελματικού άγχους/ Αντιμετώπιση επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout)

Το πρόγραμμα αυτό θα απευθύνεται σε όλες τις βαθμίδες του τμήματος. Σκοπός του είναι η παροχή γνώσεων, τεχνικών και απόκτηση δεξιοτήτων από τους ενδιαφερόμενους για την μείωση του άγχους εντός και εκτός του χώρου εργασίας. Το πρόγραμμα αυτό αποτελεί παρέμβαση στο ίδιο το άτομο για διαχείριση και αντιμετώπιση του άγχους.

Η συμμετοχή στο πρόγραμμα θα είναι εθελοντική και ανοιχτή. Ο χρόνος διεξαγωγής του θα πρέπει να είναι σύμφωνος με τις δυνατότητες συμμετοχής των ίδιων των επαγγελματιών και με δηλωμένη την σχετική τους επιθυμία για την εφαρμογή του. Τα αποτελέσματα της προηγηθείσας έρευνας επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητα απόκτησης γνώσεων για την διαχείριση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout).

Περιγραφή συναντήσεων:

Οι συναντήσεις θα γίνονται 1 φορά στις 15 ημέρες για 3 μήνες. Η διάρκεια της κάθε συνάντησης θα είναι περίπου τέσσερις ώρες. Συνολικός χρόνος συναντήσεων: 24 ώρες.

Εισηγητές:

- Στέλεχος κοινωνικού σχεδιασμού
- Ειδικοί στα θέματα διαχείρισης του επαγγελματικού άγχους
- Ειδικοί ψυχικής υγείας/ σύμβουλοι

Είναι σημαντικό οι εισηγητές να έχουν κυρίως τον ρόλο του διευκολυντή και λιγότερο του ειδικού στις συναντήσεις αυτές. Η παροχή απλώς γνώσεων και πληροφοριών όταν δεν μεταδίδεται με σαφείς τρόπους και ασκήσεις απόκτησης δεξιοτήτων καταλήγει συνήθως σε «στείρες» ή απλώς ευχάριστες εισηγήσεις χωρίς όμως στην ουσία οι αποδέκτες να έχουν αποκτήσει στο τέλος, χρήσιμες δεξιότητες και γνώση συγκεκριμένων τεχνικών για διαχείριση του δικού τους άγχους. Οι εισηγητές που συνήθως δεν διαχειρίζονται ικανοποιητικά τα δικά τους θέματα άγχους, συχνά καταλήγουν να δίδουν απλές πληροφορίες χωρίς την μεταφορά προσωπικής εμπειρίας και αποφεύγουν την προσωπική έκθεση. Η επιλογή των εισηγητών είναι σημαντική παράμετρος για την επιτυχία του συγκεκριμένου προγράμματος.

Συμμετέχοντες:

- Όλοι οι εργαζόμενοι στο τμήμα ανεξαρτήτου ιεραρχίας και ειδικότητας

Θεματολογία συναντήσεων: (Οι παρακάτω προτάσεις αποτελούν συνδυασμό των προτάσεων των Geber (1996), Cooper & Payne (1988), Adams (Murphy & Schoenborn, 1987), Martin (Murphy & Schoenborn, 1987, ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2002).

Αρχικές συναντήσεις

Προτεινόμενες ενότητες

1. Ορισμός του άγχους. Η σημασία της ύπαρξης «φυσιολογικών» επιπέδων άγχους για τον οργανισμό. Το επαγγελματικό άγχος / εξουθένωση (burnout) στον χώρο υγείας. Η σημασία της παρέμβασης σε όλα τα επίπεδα. Συμπλήρωση ατομικού δελτίου για ύπαρξη άγχους ή μη. Αναγνώριση συμπτωμάτων όπως:

- Αλλαγές στην διάθεση ή στην συμπεριφορά (συγκρούσεις με συναδέλφους, οξυθυμία, αναποφασιστικότητα, μειωμένη απόδοση)
- Αισθήματα αδυναμίας ανταπόκρισης, έλλειψης ελέγχους
- Μεγαλύτερη κατανάλωση καπνίσματος, οινόπνευματος ή / και άλλων ουσιών
- Σωματικές ενοχλήσεις στομαχικές διαταραχές, πονοκέφαλοι, αϋπνία, καρδιακά προβλήματα.

2. Καταγραφή πηγών άγχους ανά άτομο και σε μικρές ομάδες.

Ενδιάμεσες συναντήσεις

Προτεινόμενες ενότητες

3. Αντιμετώπιση / Διαχείριση του άγχους στο άτομο. Προτεινόμενοι τρόποι. Ασκήσεις.

Απόκτηση δεξιοτήτων

α) Αλλάζω τις προσδοκίες μου προς τις πηγές άγχους

- Πηγές άγχους. Τρόποι αντίδρασης του κάθε ατόμου. Γιατί το κάθε άτομο αντιδρά και συμπεριφέρεται διαφορετικά πολλές φορές στον ίδιο παράγοντα. Το «προσωπικό φίλτρο». Παραδείγματα – Role playing
- Η σημασία της «στάσης ζωής» του ατόμου. Ασκήσεις για την αλλαγή:

β) Αλλάζω τον τρόπο που βλέπω τον εαυτό μου και την εργασία μου

- Πώς βλέπω τον εαυτό μου. Τα προτερήματά μου και οι ικανότητές μου. Η στάση μου απέναντι στις «προκλήσεις»: Ευκαιρία για

βελτίωση ή πηγή άγχους; Τρόποι αύξησης της αυτοεκτίμησης (απλές ασκήσεις σε καθημερινή βάση)

- Η σημασία του «λάθους». Προσωπικές πεποιθήσεις για τα λάθη (στην εργασία, στην προσωπική ζωή κ.λ.π.). Χώρος εργασίας και συνήθης αντιμετώπιση των σφαλμάτων του προσωπικού υγείας
- Αλλαγή των γνωστικών διαστρεβλώσεων του ατόμου. Εφαρμογή ασκήσεων με παράλληλες στήλες με στόχο την τροποποίηση των γνωστικών διαστρεβλώσεων που επηρεάζουν το συναίσθημα. (Προτεινόμενα θέματα θα πρέπει να αποτελούν πραγματικές σκέψεις και προβληματισμοί των συμμετεχόντων που προκαλούν άγχος ή/ και θλίψη και σχετίζονται με τους αγχογόνους παράγοντες που αντιμετωπίζουν)

5. Αύξηση και εμπλουτισμός των μηχανισμών διαχείρισης του άγχους

Προτεινόμενες ενότητες

α) Καταγραφή των μηχανισμών διαχείρισης του άγχους που χρησιμοποιούν συνήθως τα άτομα. Διαχωρισμός των «υγιεινών» από τους μη «υγιεινούς» μηχανισμούς. Για παράδειγμα το κάπνισμα, το αλκοόλ, το υπερβολικό φαγητό, συχνές αλλαγές σε εργασία/ τόπους διαμονής, σχέσεις κ.λ.π. μπορεί να αποτελούν μη «υγιεινούς» τρόπους διαχείρισης του άγχους από το άτομο. Αντίθετα η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και άλλοι τρόποι που δίδονται στην συνέχεια μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά χωρίς επιβάρυνση για τον οργανισμό. Στην καταγραφή των μηχανισμών διαχείρισης μπορεί να δοθεί έτοιμος κατάλογος στους συμμετέχοντες και να συμπληρώσουν οι ίδιοι την συχνότητα και το είδος του μηχανισμού που συνήθως χρησιμοποιούν. Με τον τρόπο αυτό το κάθε άτομο είναι αυτόματα ενήμερο για τους τρόπους που χρησιμοποιεί και εστιάζει σε αυτό.

β) Σαφείς προτάσεις με ασκήσεις μηχανισμών διαχείρισης του άγχους: (Στην ενότητα αυτή υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία που μπορούν να ανατρέξουν και οι εισηγητές αλλά και οι συμμετέχοντες. Στην συνέχεια δίδονται οι συνήθεις μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε προγράμματα διαχείρισης επαγγελματικού άγχους)

- Ασκήσεις αναπνοής. Οι τύποι αυτών των ασκήσεων μπορούν να εφαρμοσθούν συνήθως εύκολα και οπουδήποτε. Ξεκινώντας κανείς από

τον πιο εύκολο τρόπο π.χ. : απέναντι σε μία δύσκολη κατάσταση το άτομο παίρνει μερικές βαθιές αναπνοές (εισπνέοντας από την μύτη και εκπνέοντας από το στόμα) και μετρά έως το 10 έως περισσότερο πολύπλοκες διαδικασίες όπως ασκήσεις που χρειάζεται η χαλάρωση του ατόμου.

- Νοερή απεικόνιση. Οι ασκήσεις αυτού του τύπου αναφέρονται στην απεικόνιση (νοητική) τοπίων και καταστάσεων που ηρεμούν το άτομο. Συνήθως προτείνονται και για προβλήματα αϋπνίας
- Τεχνικές για εξάλειψη της αϋπνίας. Αρκετά συχνά τα άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους αντιμετωπίζουν προβλήματα αϋπνίας που εκφράζονται είτε με δυσκολία να κοιμηθούν είτε ξυπνούν ενδιάμεσα ή νωρίτερα. Μερικές απλές τεχνικές όπως αποφυγή καφέ ή τσάι το απόγευμα, σωματική άσκηση, αλλαγή χρόνου κατάκλισης, κατάκλιση μόνο όταν αισθάνεται το άτομο κουρασμένο, αποφυγή ύπνου τις μεσημεριανές ώρες κ.λ.π. σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αποβούν ιδιαίτερα βοηθητικές για το άτομο χωρίς να καταφύγει στην χρήση ηρεμιστικών.
- Ασκήσεις διαλογισμού. Συνήθως προτείνονται απλές ασκήσεις διαλογισμού όπως συγκέντρωση σε ένα αντικείμενο
- Αύξηση της φυσικής δραστηριότητας
- Έκφραση συναισθημάτων, σκέψεων. Πολλές φορές τα άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους δεν μοιράζονται αρκετά τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους ή τις σκέψεις τους με τα οικεία πρόσωπα. Αποτέλεσμα αυτού είναι και η μη παροχή υποστήριξης από το περιβάλλον αλλά και η συσσώρευση έντασης στο ίδιο το άτομο. Η έκφραση συναισθημάτων όσο απλό και να ακούγεται σε πολλά άτομα είναι ιδιαίτερα δύσκολη διεργασία και μπορεί να χρειασθεί πολλές προσπάθειες και επιμονή από τους εισηγητές.
- Οργάνωση του χρόνου/ καθημερινών δραστηριοτήτων
- Διεργασία λύσης προβλημάτων. Η τεχνική αυτή (αρκετά γνωστή στην κοινωνική εργασία) αποτελεί πολύτιμο οδηγό σε καταστάσεις που το άτομο αισθάνεται μπερδεμένο και χωρίς τον έλεγχο της κατάστασης. Τα βήματα που ακολουθούνται , συνήθως με καταγραφή των απαντήσεων είναι:

α. Ορισμός του προβλήματος

β. Ανάλυση των αιτιών

γ. Καθορισμός της αλυσίδας των αιτιών που οδήγησαν στο πρόβλημα

δ. Καταγραφή πιθανών λύσεων

ε. Επιλογή της καλύτερης δυνατής λύσης

στ. Εφαρμογή της λύσης

➤ Χαλαρωτικό μασάζ

➤ Ομάδες υποστήριξης

1. «Μαθαίνοντας να ζητάμε βοήθεια». Ειδικά στον χώρο της υγείας οι επαγγελματίες είναι αυτοί που συνήθως προσφέρουν βοήθεια χωρίς οι ίδιοι να θεωρούν πως χρειάζονται πολλές φορές υποστήριξη. Η σχετική εκπαίδευση στον τομέα αυτό, με την παράλληλη λειτουργία συμβουλευτικής υπηρεσίας για το προσωπικό μπορεί να αποβεί βοηθητική.

6. Ιδιαίτερα για τους επαγγελματίες που έχουν διαπιστωθεί υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης χρειάζονται σε συνεργασία με τους ίδιους και την Διοίκηση ειδικά μέτρα όπως:

1. Απομάκρυνση από τον χώρο εργασίας με σχετική άδεια

2. Δυνατότητα παροχής μακρόχρονης εκπαιδευτικής άδειας/ Δυνατότητες εκπαίδευσης

3. Παροχή υποστήριξης από συναδέλφους, ανωτέρους.

4. Συμβουλευτική

5. Αλλαγή τμήματος εργασίας

Τελικές συναντήσεις:

Προτεινόμενες ενότητες

7. Ανασκόπηση και καταγραφή προτεινόμενων μεθόδων

8.Αξιολόγηση υποπρογράμματος: Η αξιολόγηση του υποπρογράμματος μπορεί να περιλαμβάνει:

1. Ανώνυμο φυλλάδιο αξιολόγησης του υποπρογράμματος από τους συμμετέχοντες. Πιθανοί άξονες του φυλλαδίου:

- Η απόκτηση γνώσεων και τεχνικών για την διαχείριση του άγχους
- Οι δυνατότητες εφαρμογής των προτεινόμενων παρεμβάσεων
- Η εφαρμογή των τεχνικών
- Η μέτρηση της αποτελεσματικότητάς τους από τους ίδιους τους συμμετέχοντες

- Ακριβής αναφορά της τεχνικής που χρησιμοποίησαν οι συμμετέχοντες (αν χρησιμοποίησαν) και βαθμολόγηση της αποτελεσματικότητάς της.
 - Βαθμός επίδρασης της εφαρμογής των τεχνικών στον χώρο εργασίας/ Θετικές – αρνητικές επιδράσεις
 - Δυσκολίες στην διεργασία - Καταγραφή
 - Κάλυψη ή μη των προσδοκιών. Καταγραφή άλλων σχετικών αναγκών
 - Η βαθμολόγηση των εισηγητών
2. Συζήτηση των συμπερασμάτων/ Προφορική αξιολόγηση
 3. Παράλληλα μπορεί χρησιμοποιηθεί παρατηρητής και η καταγραφή των παρατηρήσεών του. Η μέθοδος του παρατηρητή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ενδιάμεσα της εφαρμογής του υποπρογράμματος.

Συμπλήρωση σχετικού φυλλαδίου αξιολόγησης από τον κοινωνικό σχεδιαστή, με άξονες:

Προσέλευση συμμετεχόντων

Δυσκολίες στην διεργασία

Ανταπόκριση των συμμετεχόντων

Λειτουργία σχετικών ομάδων

Προβλήματα

Πιθανές αναγκαίες τροποποιήσεις σε επόμενη εφαρμογή υποπρογράμματος

«Δυνατά» σημεία υποπρογράμματος

Δ. Υποπρόγραμμα 3: Πηγές άγχους στην εργασία – Κινητοποίηση

Πέρα της παρέμβασης στο άτομο ο εντοπισμός των πηγών άγχους στην εργασία και η κινητοποίηση για την αντιμετώπισή του αποτελούν σημαντικές παραμέτρους για τον έλεγχο του περιβάλλοντος από τους ίδιους τους ενδιαφερομένους.

Συμμετέχοντες: Όλοι οι εργαζόμενοι του τμήματος

Εισηγητές: Πιθανά ο κοινωνικός σχεδιαστής ή ειδικευμένος επαγγελματίας στα θέματα της αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) ή/ και εμπυχωτής ομάδων

Συναντήσεις: 1 φορά στις 15 ημέρες για 3 μήνες.

Περιγραφή συναντήσεων:

Αρχικές συναντήσεις:

1. Εντοπισμός πηγών άγχους στον χώρο εργασίας. Καταιγισμός ιδεών. Θεωρητική κάλυψη από τους εισηγητές.

2. Παρεμβάσεις στις πιθανές πηγές άγχους στον χώρο εργασίας:

Οι παρακάτω ενότητες προτείνεται να επεξεργαστούν κατά την διάρκεια των συναντήσεων με την ενεργό συμμετοχή των εργαζομένων. Πιθανά εργαλεία μπορεί να είναι το οπτικοακουστικό υλικό, role playing, καταιγισμός ιδεών, παραδείγματα λειτουργίας ομάδας, εισηγήσεις – παρεμβάσεις από τους συμμετέχοντες κ.λ.π.

Λειτουργία ομάδας καταγραφής προβλημάτων και διαμόρφωσης προτάσεων. Η ομάδα αυτή μπορεί να είναι διεπιστημονική και να συνεργαστεί και με την Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στο Π.Γ.Ν.Π. Η ομάδα θα συντονίζεται από έναν εργαζόμενο. Οι προτάσεις θα πρέπει να ανακοινωθούν και να συζητηθούν με την Διοίκηση του νοσοκομείου

Αύξηση της συμμετοχής των εργαζομένων στην λήψη των αποφάσεων. Η ευαισθητοποίηση των άνωτέρων στο θέμα αυτό και η παράλληλη κινητοποίηση των εργαζομένων προς αυτή την κατεύθυνση είναι απαραίτητες παράμετροι για την επιτυχή λειτουργία. Σ

Συζήτηση πιθανών τρόπων αύξησης της συμμετοχής στις αποφάσεις όπως:

Προτάσεις ως προς την ευελιξία του ωραρίου

Ανάληψη συγκεκριμένου έργου και αρμοδιοτήτων

Οργάνωση της εργασίας από την ομάδα έργου. Για παράδειγμα καθημερινή ή/ και εβδομαδιαία συνάντηση της ομάδας νοσηλευτών του τμήματος για την καλύτερη οργάνωση της εργασίας. Εφαρμογή καινοτόμων ιδεών.

Συμμετοχή εργαζομένων στην λήψη αποφάσεων της Διοίκησης.

Αύξηση του ελέγχου πάνω στην εργασία. Μεθοδολογία αύξησης του ελέγχου:

Βήματα:

Πώς γίνεται τώρα η εργασία;

Πώς είναι προγραμματισμένη να γίνεται;

Επιλογή των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τους στόχους που θα πρέπει να επιτευχθούν

Χρόνος διάρκειας της εργασίας και των διαλειμμάτων. Καθορισμός

Χρόνος άφιξης και αποχώρησης

Τροποποίηση των δυσάρεστων συνθηκών στο περιβάλλον (π.χ. φωτισμός, διακόσμηση)

Κινητικότητα εργαζομένων (rotation)

Η επικοινωνία στον χώρο εργασίας. Πομπός και δέκτης. Προσωπικό «φίλτρο».

Τρόποι άμεσης επικοινωνίας. Η επικοινωνία με τους ανωτέρους. Η έκφραση δυσκολιών στον χώρο εργασίας.

Βελτίωση διαπροσωπικών σχέσεων στον χώρο εργασίας. Εργαλεία οι σαφείς ρόλοι του προσωπικού, ο σεβασμός και η συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων, η παροχή υποστήριξης, η αύξηση της ικανοποίησης η έκφραση των συναισθημάτων, η λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας. Στην συγκεκριμένη ενότητα (όπως και στην επόμενη) role playing από τους ίδιους τους εισηγητές σε συνεργασία με τους συμμετέχοντες μπορούν να καταδείξουν ποικίλους τρόπους παροχής υποστήριξης σε λεκτικό και εξωλεκτικό επίπεδο.

Παροχή υποστήριξης προς συναδέλφους. Μαθαίνω να «ακούω». Διαφορές επικριτικής από υποστηρικτική στάση. Αντιμετώπιση των «λαθών».

Τελικές συναντήσεις

Η σημασία της λειτουργίας των ομάδων προσωπικού. Εντοπισμός αναγκών. Πλαίσιο λειτουργίας ομάδων για την εφαρμογή τους στην Γ φάση του προγράμματος.

Αξιολόγηση υποπρογράμματος: Σε τρία επίπεδα

Λεκτικό μεταξύ των συμμετεχόντων

Συμπλήρωσης ανώνυμων φυλλαδίων από τους συμμετέχοντες. Άξονες:

Χρησιμότητα των πληροφοριών

Βαθμός ανταπόκρισης των ίδιων (ανά άτομο).

Βαθμολόγηση εισηγητών

Βαθμολόγηση διεργασίας/ μεθόδων

Άλλες ανάγκες/ προτάσεις

Συμπλήρωση σχετικών παρατηρήσεων από τον κοινωνικό σχεδιαστή:

Προσέλευση συμμετεχόντων

Δυσκολίες στην διεργασία

Ανταπόκριση των συμμετεχόντων

Λειτουργία σχετικών ομάδων

Προβλήματα

Πιθανές αναγκαίες τροποποιήσεις σε επόμενη εφαρμογή υποπρογράμματος
«Δυνατά» σημεία υποπρογράμματος

2.2.2 Αξιολόγηση Β Φάσης προγράμματος

Η Β φάση θα θεωρείται επιτυχής σε σχέση με την πραγματοποίηση των παρεμβάσεων από την Διοίκηση και την υλοποίηση των υποπρογραμμάτων 1,2,3 όπως περιγράφηκαν παραπάνω. Συγκεκριμένα η αξιολόγηση των υποπρογραμμάτων (όπως έχει ήδη περιγραφεί) θα δίδει σαφή στοιχεία για το κάθε υποπρόγραμμα την λειτουργικότητά του, το περιεχόμενο την ίδια την διεργασία και βέβαια για την αποτελεσματικότητά του.

Συνολικά όμως η Β φάση θα θεωρείται επιτυχής εφόσον:

- Έχουν εφαρμοσθεί οι σχετικές παρεμβάσεις από την Διοίκηση για την μείωση των αγχογόνων παραγόντων και την καλύτερη λειτουργία του τμήματος.
- Έχει εξασφαλισθεί η συνεργασία του διευθυντή και της προϊσταμένης του τμήματος (καθώς και των υπολοίπων διευθυντών ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας) και πραγματοποιήθηκε σχετικό πρόγραμμα ευαισθητοποίησης
- Έχει εξασφαλισθεί και πραγματοποιηθεί η συνεργασία και εμπλοκή των ίδιων των εργαζομένων του τμήματος στα υποπρογράμματα που θα εφαρμοσθούν.

Ο κοινωνικός σχεδιαστής θα πρέπει να παρατηρεί και να ελέγχει συνεχώς την πορεία του προγράμματος. Στην συγκεκριμένη Β φάση του προγράμματος μπορεί επιπλέον να χρησιμοποιεί σχετικό φυλλάδιο αξιολόγησης το οποίο να διαχωρίζεται ανάλογα με τις ενέργειες και τα υποπρογράμματα. Πιο συγκεκριμένα το φυλλάδιο αυτό μπορεί να περιλαμβάνει:

- Βασικά σημεία της κάθε ενέργειας (π.χ. καταγραφή επιθυμητών παρεμβάσεων από την Διοίκηση, Υποπρόγραμμα 1 κ.λ.π.)
- Καταγραφή των επιθυμητών στόχων πριν την έναρξη της κάθε ενέργειας
- Καταγραφή της πραγματοποίησης της ενέργειας ή όχι. Συμπλήρωση των λόγων που απέτυχε ή πέτυχε η συγκεκριμένη παρέμβαση.
- Συνολική καταγραφή της επίτευξης ή μη των στόχων της κάθε ενέργειας
- Άλλες παρατηρήσεις/ προτάσεις

2.3 Γ φάση (Λειτουργία ομάδων του προσωπικού – Εφαρμογή των αποτελεσμάτων Α και Β φάσης)

2.3.1 Περιγραφή ενεργειών Γ φάσης

Κατά την Γ φάση του προγράμματος προτείνεται να λειτουργήσουν οι εξής ομάδες του προσωπικού:

- Η ομάδα καταγραφής προβλημάτων και διαμόρφωσης προτάσεων ανά τμήμα. Η συγκεκριμένη ομάδα θα λειτουργεί ήδη από την Β φάση του προγράμματος
- Διεπιστημονική ομάδα σε επίπεδο έργου
- Ομάδα ψυχαγωγίας
- Συναντήσεις ομάδας προσωπικού/ Ομάδες έργου
- Ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης
- Η εποπτεία προτείνεται να εφαρμοσθεί στους κοινωνικούς λειτουργούς

Οι παραπάνω κατηγορίες των ομάδων προέκυψαν μετά την εφαρμογή της έρευνας (βλ. αποτελέσματα και συμπεράσματα έρευνας). Πιθανά οι ανάγκες που θα προκύψουν στο συγκεκριμένο τμήμα να διαφοροποιούνται

Περιγραφή συναντήσεων: (Στην ενότητα αυτή καταγράφονται όλα τα σχετικά στοιχεία ανά κατηγορία ομάδας.)

1. Η ομάδα καταγραφής προβλημάτων και διαμόρφωσης προτάσεων ανά τμήμα θα λειτουργήσει ανάλογα των αναγκών.

Πιθανός χρόνος 1 φορά στις 15 ημέρες. Διάρκεια συνάντησης 1 ώρα.

Συμμετέχοντες: 1- 2 εκπρόσωποι κάθε ειδικότητας που απασχολείται στο τμήμα. Ο κάθε εκπρόσωπος θα πρέπει να έχει τις σχετικές επαφές με τους συναδέλφους τους για την επαρκή καταγραφή των δυσλειτουργικών περιοχών και των προτάσεών τους. Είναι σημαντικό να συμμετέχουν όλες οι ειδικότητες που απασχολούνται στο τμήμα π.χ. φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί,

ψυχίατροι, βοηθοί θαλάμων ή έστω να έχουν επαφή με κάποιον από τους εκπροσώπους.

Συντονιστής ομάδας: Ένα μέλος του προσωπικού που επιθυμεί να συντονίζει την ομάδα. Πιθανά χαρακτηριστικά: Οργανωτικότητα – Δημοκρατικού τύπου συντονισμός – Μη συγκεντρωτισμός – Ευελιξία – Ελεύθερος χρόνος.

2. Διεπιστημονική ομάδα σε επίπεδο έργου. Καθημερινή συνάντηση των εργαζομένων στο τμήμα, διάρκειας 1 ώρας. Θέματα της συνάντησης θα είναι τα περιστατικά του τμήματος, ιδιαίτερα περιστατικά, δυσκολίες, πληροφόρηση μεταξύ των ειδικοτήτων, ενημέρωση για τις εξελίξεις από την προηγούμενη ημέρα.

Συμμετέχοντες: Ο Διευθυντής του τμήματος (ή ο αναπληρωτής) – Γιατροί – Νοσηλευτικό προσωπικό (θα μένει εκτός 1 νοσηλεύτρια για τα έκτακτα θέματα) – Κοινωνικός λειτουργός τμήματος – Φυσιοθεραπευτής (αν υπάρχει) – Άλλες ειδικότητες

3. Ομάδα ψυχαγωγίας. Η συγκεκριμένη ομάδα θα λειτουργήσει ανάλογα των επιθυμιών των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα. Μπορεί να είναι αθλητικού τύπου, όπως ποδόσφαιρο, μπάσκετ, αερόμπικ, πινγκ-πονγκ, μπιλιάρδο, ομάδες πολιτιστικές (όπως για παράδειγμα λειτουργούν οι πολιτιστικές ομάδες του Πανεπιστημίου Πατρών), π.χ. ομάδα θεάτρου, χορού, φωτογραφίας, ομάδα φίλων κινηματογράφου με προβολές εντός του νοσοκομείου κ.λ.π.

Συμμετέχοντες: Όποιος το επιθυμεί

Συναντήσεις: Άμεσα συσχετιζόμενες με τον τύπο της ομάδας. Σχετικά ευέλικτου σχήματος

Συντονιστής: Εργαζόμενος που ασχολείται ή θέλει να ασχοληθεί με το συγκεκριμένο θέμα. Πιθανές συνεργασίες με επαγγελματίες ή άλλους ερασιτέχνες.

4. Συναντήσεις ομάδας προσωπικού/ Ομάδες έργου

Οι συναντήσεις αυτές αφορούν τις εσωτερικές καθημερινές ή ανά εβδομάδα συναντήσεις της κάθε ειδικότητας που ασχολείται στο τμήμα. Στις ομάδες αυτές στόχος είναι η αύξηση του ελέγχου της εργασίας από τους ίδιους τους επαγγελματίες,

αύξηση της συμμετοχής σε θέματα που σχετίζονται με την εργασία, αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία, εφαρμογή νέων ιδεών κ.λ.π.

Συμμετέχοντες: Όλοι οι εργαζόμενοι της εκάστοτε ειδικότητας

Συντονιστής: Ο/ προϊστάμενος/ προϊσταμένη διευθυντής/ ντρια ή υπεύθυνοι του σχετικού τομέα.

5. Ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης. Στην ομάδα αυτή θα συζητούνται θέματα που άπτονται των συναισθημάτων του προσωπικού για τους χρόνιους ασθενείς, η επαφή μαζί τους, σκέψεις και δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα η θεματολογία της ομάδας:

- Δύσκολα περιστατικά/ έκφραση συναισθημάτων/ ανατροφοδότηση
- Τρόποι τεχνικές μείωσης του άγχους
- Ανάπτυξη σκέψεων και προβληματισμών για συναισθηματικού τύπου δυσκολίες στο τμήμα στην δουλειά με χρόνια περιστατικά. Ανεύρεση τρόπων αντιμετώπισης των δυσκολιών

Συμμετέχοντες: Όσα μέλη του προσωπικού επιθυμούν. Η ομάδα μπορεί να είναι «ανοιχτού» τύπου και να δέχεται και νέα μέλη κατά την διάρκεια της λειτουργίας της.

Συναντήσεις: 1 φορά ανά 15 ημέρες ή 1 φορά τον μήνα. Η διάρκειά της θα εξαρτηθεί από τον αριθμό και τα θέματα που θα φέρουν οι συμμετέχοντες. Περίπου από 1 έως 2 ώρες.

Συντονιστής: Ειδικός ψυχικής υγείας (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός) ή/ και ειδικευμένος/ η νοσηλεύτης/ τρια.

6. Η εποπτεία προτείνεται να εφαρμοσθεί στους κοινωνικούς λειτουργούς καθώς σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας παρουσιάζεται ως ανάγκη των συγκεκριμένων επαγγελματιών.

Συναντήσεις: 1 φορά τον μήνα ή 1 φορά στις 15 ημέρες. Διάρκεια 2 ώρες

Συμμετέχοντες: Όλοι οι εργαζόμενοι στην κοινωνική υπηρεσία

Επόπτης: Εκπαιδευτικός του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

2.3.2 Αξιολόγηση Γ φάσης

Η επιτυχής λειτουργία της Γ φάσης εξαρτάται από την λειτουργία η μη των ομάδων του προσωπικού. Καθώς οι πιθανές ομάδες που θα λειτουργήσουν εξαρτώνται από τις ανάγκες και επιθυμίες των ίδιων των συμμετεχόντων τα κριτήρια αξιολόγησης θα αφορούν την λειτουργία βασικών ομάδων (διεπιστημονικών, ομάδας καταγραφής προβλημάτων και διαμόρφωσης προτάσεων, ομάδα ψυχαγωγίας) που έχουν ήδη επιλεγθεί από τους εργαζόμενους που συμμετείχαν στην προηγούμενη έρευνα.

Έτσι η Γ φάση θα θεωρείται επιτυχής αν λειτουργούν οι παραπάνω ομάδες και γενικότερα αν έχει ενταχθεί πλέον η λειτουργία ομάδας στο συγκεκριμένο τμήμα. Στην περίπτωση δε που συνεχίσει η λειτουργία ομάδων η φάση αυτή θα θεωρείται πως έχει πετύχει τον βασικό σκοπό της.

Η αξιολόγηση της πορείας των ομάδων μπορεί να γίνει σε 3 επίπεδα:

1. Από τον ίδιο τον κοινωνικό σχεδιαστή
2. Από τους συντονιστές των ομάδων
3. Από τους ίδιους τους συμμετέχοντες

Ο κοινωνικός σχεδιαστής σε σχετικό φυλλάδιο μπορεί εξετάσει τις παραμέτρους:

- Ποιες ομάδες λειτούργησαν
- Λόγοι λειτουργίας των συγκεκριμένων ομάδων/ μη λειτουργίας άλλων
- Συχνότητα συναντήσεων
- Προσέλευση μελών
- Τι ο ίδιος θεωρεί προβληματικό ή ενθαρρυντικό στην λειτουργία των ομάδων
- Άλλες προτάσεις

Οι συντονιστές των ομάδων πέρα των στοιχείων που θα πρέπει να κρατούν σε κάθε συνάντηση (όπως ο αριθμός των συμμετεχόντων, τα θέματα που επεξεργάστηκαν) μπορεί να χρησιμοποιήσει φυλλάδιο αξιολόγησης για την ανατροφοδότησή του ως συντονιστή αλλά εκτός αυτού στο τέλος των συναντήσεων θα μπορούσε να συμπληρώσουν τις παραμέτρους:

- Αριθμός συναντήσεων
- Αριθμός μελών
- Λόγοι μη πραγματοποίησης συναντήσεων
- Προσωπική του αίσθηση του κλίματος της ομάδας

- Θέματα που επεξεργάστηκε η ομάδα
- Καταγραφή δυσκολιών (προσωπικών και λειτουργίας της ομάδας)
- Προτάσεις/ σκέψεις

Οι ίδιοι οι συμμετέχοντες στις ομάδες θα πρέπει να έχουν την δυνατότητα να αξιολογήσουν την λειτουργία των ομάδων που συμμετείχαν. Αυτό μπορεί να γίνει με την λεκτική έκφραση στην τελική συνάντηση αλλά και με την συμπλήρωση σχετικών φυλλαδίων στο τέλος των συναντήσεων. Προτεινόμενοι παράμετροι:

- Βαθμολόγηση όλης της διεργασίας
- Ποσοστό ικανοποίησης του/ της ίδιου/ ίδιας από την συμμετοχή του/ της στην ομάδα
- Βαθμολόγηση του εαυτού από την συμμετοχή
- Προσωπικές δυσκολίες στην συμμετοχή της εκάστοτε ομάδας/ Προτάσεις
- Επιβεβαιώθηκαν οι προσδοκίες, φόβοι
- Βαθμολόγηση του συντονιστή της ομάδας
- Τι προβλημάτισε, τι ευχαρίστησε από την διεργασία
- Ποια θεωρεί τα «δυνατά» και ποια τα «αδύνατα» σημεία της ομάδας
- Σκέψεις/ προτάσεις/ επιθυμίες για το μέλλον

Η συλλογή όλων των παραπάνω στοιχείων προσφέρει πλούσιο υλικό για επαρκή αξιολόγηση της συγκεκριμένης φάσης από όλα τα μέρη που συμμετείχαν.

3. Συνολική αξιολόγηση του προγράμματος

Η ενδιάμεση και ανά υποπρόγραμμα και φάση αξιολόγηση, προσφέρει την δυνατότητα αξιολόγησης και εντοπισμού των δυσλειτουργιών στην κάθε κατηγορία.

Το υλικό αυτό όπως και της συνολικής αξιολόγησης θα χρησιμοποιηθεί τόσο για την σύνταξη της τελικής έκθεσης του κοινωνικού σχεδιαστή, όσο και για πολύτιμες πληροφορίες που θα φέρει για την αποτελεσματικότητα των σχετικών ενεργειών και υποπρογραμμάτων.

Σύμφωνα με τον Ιατρίδη (2002) το στάδιο της αξιολόγησης χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα ερωτήματα:

1. Τα αποτελέσματα
2. Η δικαιολογία της παρέμβασης
3. Ανθρώπινες σχέσεις και δημοκρατική συμμετοχή
4. Επάρκεια και αποδοτικότητα της παρέμβασης
5. Θετικά και αρνητικά σημεία της παρέμβασης
6. Σκοπός και διαδικασία
7. Ανατροφοδότηση

Στην συγκεκριμένη πρόταση δίδεται ιδιαίτερο βάρος στην αξιολόγηση καθώς αποτελεί βασικό κριτήριο για την συνέχεια και ανάδειξη της αποτελεσματικότητας η μη ενός προγράμματος.

Όπως αναφέρουν και οι Murphy & Schoenborn (1987) συνήθως τα προγράμματα που εφαρμόζονται για την πρόληψη και αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout) χρησιμοποιούν ελάχιστα μέσα αξιολόγησης και πολλές φορές με υποκειμενικά κριτήρια χωρίς να μπορεί να είναι μετρήσιμη η αποτελεσματικότητά τους.

Στην ενότητα αυτή δίδονται συγκεκριμένα κριτήρια που μπορεί να χρησιμοποιηθούν ώστε να είναι μετρήσιμη η αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

Πριν την υλοποίηση του πιλοτικού προγράμματος, που αναλύθηκε στις προηγούμενες ενότητες, επιλέγεται τμήμα αντίστοιχων συνθηκών το οποίο θα λειτουργήσει ως τμήμα «ελέγχου» των αποτελεσμάτων. Πιο συγκεκριμένα αφού

διαπιστωθεί πως σε δύο τμήματα του νοσοκομείου το προσωπικό βιώνει επαγγελματικό άγχος ή/ και εξουθένωση συλλέγονται στοιχεία σε σχέση με:

Αντικειμενικά κριτήρια:

- Τις απουσίες των εργαζομένων στα δύο τμήματα
- Τις παραιτήσεις
- Την παραγωγικότητα
- Τις απόψεις άλλων για το άγχος του προσωπικού (ασθενείς, συγγενείς, φίλοι)

Υποκειμενικά κριτήρια:

- Αν θεωρούν οι ίδιοι οι επαγγελματίες πως έχουν επαγγελματικό άγχος ή/ και εξουθένωση
- Θέματα φυσιολογίας όπως: ύπνος, φαγητό, σωματική άσκηση
- Σχέσεις στον χώρο εργασίας (με συναδέλφους/ με ανωτέρους)
- Δυσκολίες στον χώρο εργασίας
- Πως χαρακτηρίζουν την ατμόσφαιρα/ κλίμα στον χώρο εργασίας
- Την ικανοποίησή τους από την εργασία τους
- Συνθήκες εργασίας

Μετά την εφαρμογή του προγράμματος στο ένα από τα δύο τμήματα (1 χρόνος μετά) εφαρμόζεται σύγκριση μεταξύ των δύο τμημάτων αφού συμπληρωθούν πάλι οι σχετικοί παράμετροι από τους εργαζόμενους και των δύο τμημάτων.

Η αξιολόγηση του προγράμματος προκύπτει έμμεσα από την σύγκριση των δεδομένων μεταξύ των δύο τμημάτων.

Παράλληλα ή/ και χωρίς την ύπαρξη τμήματος «ελέγχου» η αξιολόγηση του προγράμματος μπορεί να γίνει σχηματικά

- Από την λειτουργία του τμήματος
- Από τα ίδια τα άτομα

Τα κριτήρια και εδώ είναι παρόμοια και μπορούν να διαχωριστούν σε αντικειμενικά και υποκειμενικά ώστε να διασφαλίζεται η εγκυρότητα των συμπερασμάτων. Έτσι σύμφωνα με αντικειμενικά κριτήρια

- Το μειωμένο κόστος λόγω προβλημάτων υγείας των εργαζομένων

- Την μείωση των απουσιών
- Την μείωση των παραιτήσεων
- Την αύξηση της παραγωγικότητας

και υποκειμενικά κριτήρια

- Την ποιότητα ζωής που δηλώνουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες
- Την ποιότητα των σχέσεων με τους συναδέλφους
- Την βελτιωμένη ικανότητα διαχείρισης του άγχους
- Τις βελτιωμένες σχέσεις τους συνολικά με την οργάνωση

αλλά και πιθανή (αντικειμενική) αξιολόγηση φυσιολογίας του ατόμου όπως π.χ. πτώση αρτηριακής πίεσης, μείωση προβλημάτων αρρυθμίας, καλύτερος ύπνος κ.λ.π., με την λήξη του προγράμματος θα είναι ξεκάθαρη η συνολική αποτελεσματικότητά του. Παράλληλα η αξιολόγηση των επιμέρους ενοτήτων λειτουργεί συμπληρωματικά και ενισχύει τα θετικά σημεία ή υποδεικνύει τις τυχόν ανεπαρκείς λειτουργίες του προγράμματος.

Η συλλογή όλων των παραπάνω στοιχείων βοηθά τον κοινωνικό σχεδιαστή (και συνεργάτες) αλλά και την Διοίκηση του νοσοκομείου να έχουν σαφή εικόνα για την λειτουργικότητα του εν λόγω προγράμματος και την σχετική ή μη εφαρμογή του και σε άλλα τμήματα του οργανισμού.

Το θέμα του κόστους και του προϋπολογισμού του προγράμματος είναι βασικός συντελεστής για την υλοποίηση αλλά και την συνέχειά του. Ο παρών εξοπλισμός των ΚΕΚ του νοσοκομείου μπορεί να αξιοποιηθεί και στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, εξαλείφοντας έτσι το κόστος εξοπλισμού.

Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο λόγω του ότι είναι πανεπιστημιακό υπάρχει δυνατότητα αξιοποίησης των ίδιων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγος, κοινωνικοί λειτουργοί) σε πολλές από τις ενέργειες που προτείνονται με αποτέλεσμα το μειωμένο κόστος λειτουργίας του. Πέρα της αρχικής ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών στο τμήμα που θα εφαρμοσθεί το πρόγραμμα δίδει την δυνατότητα της αυτόνομης λειτουργίας του στο μέλλον με αναγκαιότητα μόνο της εποπτείας (που μπορεί να καλύπτεται από μέλος της ακαδημαϊκής κοινότητας).

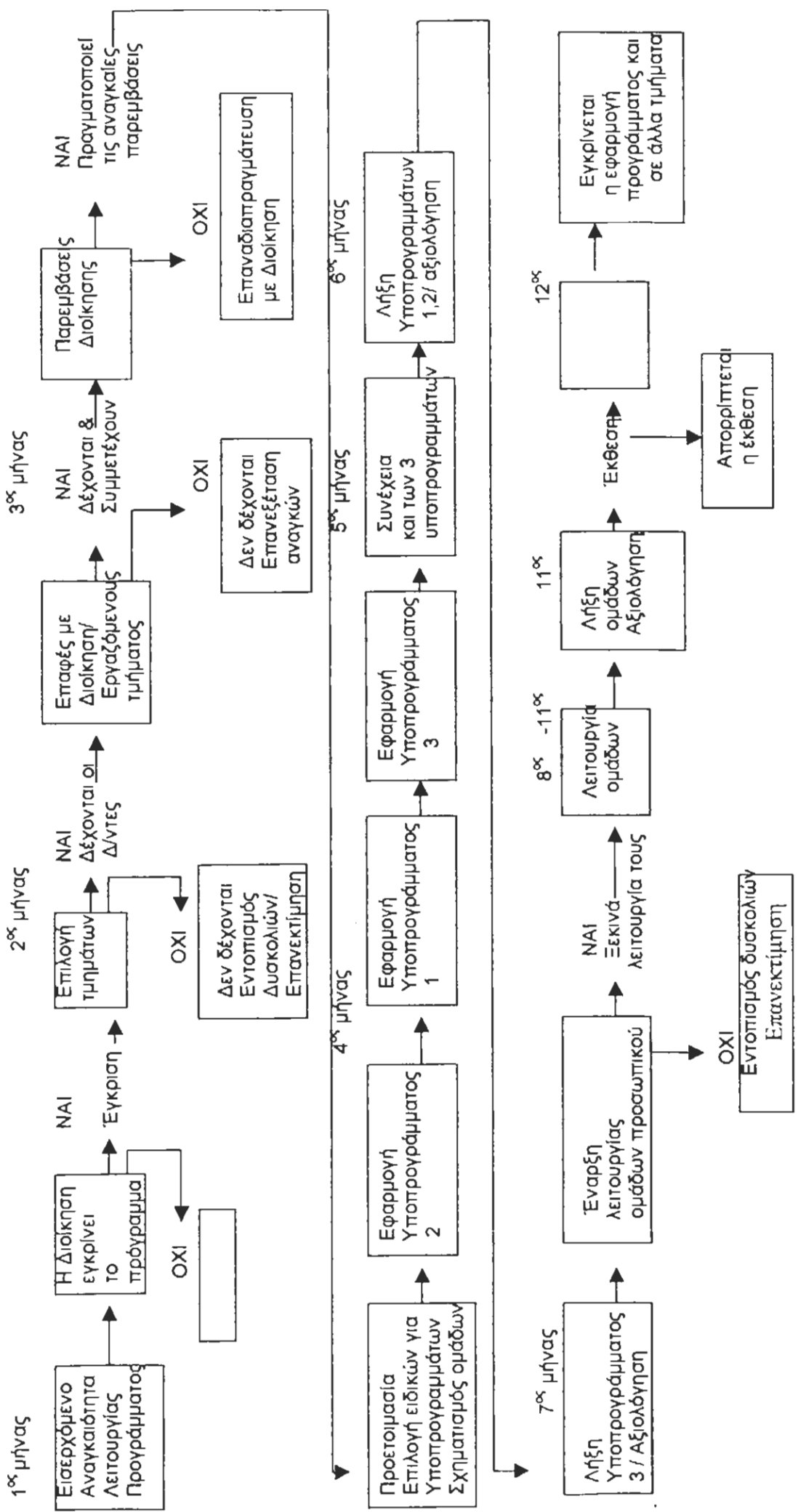
Στην συνέχεια δίδεται ο προϋπολογισμός του προγράμματος κατά γραμμή και κατά πρόγραμμα¹⁴. Δίδεται έτσι μια εικόνα των απαιτούμενων χρημάτων η οποία όμως μπορεί να μειωθεί με την αξιοποίηση εσωτερικών πηγών του νοσοκομείου. Τα διαγράμματα που ακολουθούν μπορούν να αποτελέσουν μία πρώτη βάση για περαιτέρω ανάλυση.

Σε κάθε περίπτωση οι συντάκτες του μελλοντικού προϋπολογισμού, θα πρέπει να έχουν λάβει υπ' όψη τους τις πραγματικές διαπιστωμένες ανάγκες του τμήματος που θα υλοποιηθεί το πρόγραμμα, αλλά και το ακριβές κόστος αμοιβής των συνεργατών ώστε να πραγματοποιηθεί λεπτομερέστερη αναφορά και σαφές κοστολόγιο.

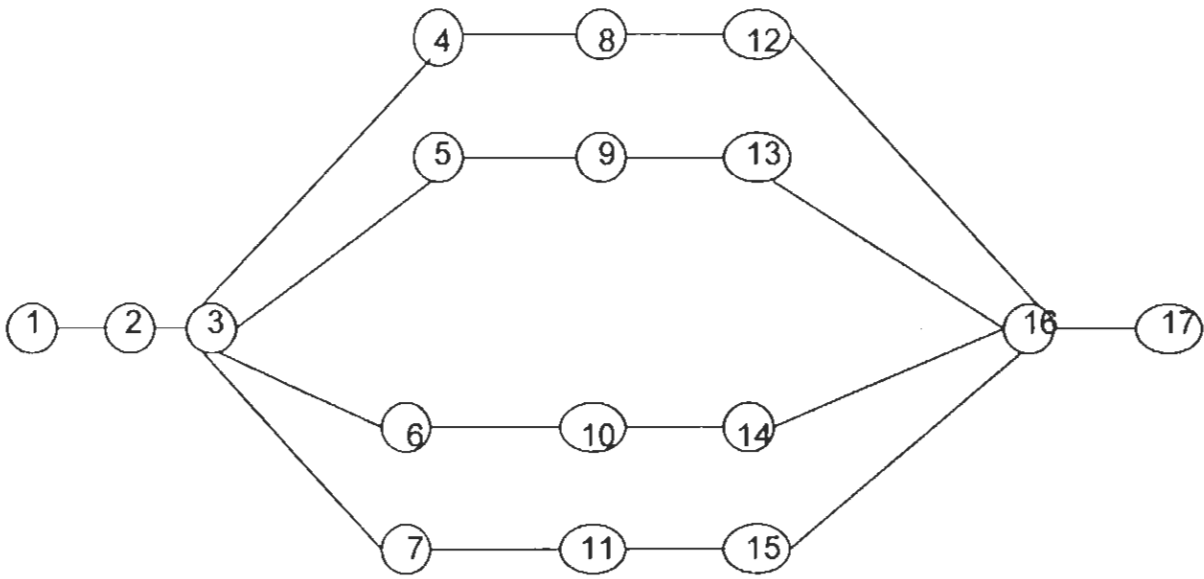
Το θέμα του κόστους ενός προγράμματος θα πρέπει να συγκριθεί με το ανάλογο κόστος που υφίσταται ο οργανισμός από την μη εφαρμογή του όπως αυξημένες απουσίες λόγω ασθένειας, μείωση παραγωγικότητας, χαμηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών κ.λ.π.

¹⁴ Θα πρέπει να σημειωθεί πως όσον αφορά τις προσλήψεις του προσωπικού για την κάλυψη των θέσεων στο τμήμα τα άτομα που προτείνονται στον σχετικό προϋπολογισμό είναι κατά προσέγγιση και θα εξετάζονται ανάλογα με τις ανάγκες του συγκεκριμένου τμήματος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1
ΠΙΝΑΚΑΣ ΡΟΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΕΡΓΟΥ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2
Χρονοδιάγραμμα Pert



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

Χρονοδιάγραμμα Pert

Αριθμός δραστηριότητας	Περιγραφή δραστηριότητας	Αριθμός γεγονότων	Περιγραφή γεγονότων	Προσωπικό	Ημ/νια εκτέλεσης
1-2	Έγκριση προγράμματος	2	Ορισμός Κ.Σ. Έγκριση από Διοίκηση	Κ.Σ.	1 ^{ος} μήνας
2-3	Επιλογή τμήματος	6	Επαφές με δ/ντες/ προϊστάμενες τμημάτων Επιλογή τμήματος Ανεύρεση συνεργατών Συν/ξεις με εργαζόμενους Σχεδιασμός επόμενης φάσης Επιλογή κλινικής/τμήματος ελέγχου	Κ.Σ.	2 ^{ος} - 3 ^{ος} μήνας
2-4	Εφαρμογή παρεμβάσεων από την Διοίκηση	4	Διορισμός προσωπικού κλινικής Χώροι Άλλες παρεμβάσεις	Κ.Σ. + Απαραίτητο προσωπικό κλινικής/ τμήματος + Σύμβουλος για το προσωπικό	2 ^{ος} - 5 ^{ος} μήνας
3-6	Σχηματισμός ομάδας για διαχείριση άγχους (Υποπρόγραμμα 2)	1	Ίδρυση ομάδας	Κ.Σ.	3 ^{ος} μήνας
3-5	Σχηματισμός ομάδας ευαισθητοποίησης ανωτέρων (Υποπρόγραμμα 1)	1	Ίδρυση ομάδας	Κ.Σ.	3 ^{ος} μήνας
3-7	Προετοιμασία για εφαρμογή Υποπρογραμμάτων	2	Επαφές με ειδικούς/ Επιλογή συνεργατών	Κ.Σ.	3 ^{ος} μήνας
5-9	Εφαρμογή Υπο - προγράμματος 1	6	Πραγματοποίηση συναντήσεων	Κ.Σ. + Ειδικοί	4 ^{ος} - 6 ^{ος} μήνας
6-10	Εφαρμογή Υπο - προγράμματος 2	6	Πραγματοποίηση συναντήσεων	Κ.Σ. + Ειδικοί	3 ^{ος} - 6 ^{ος} μήνας
7-11	Σχηματισμός Ομάδας αντιμετώπισης πηγών άγχους(Υπο πρόγραμμα 3)	1	Ίδρυση ομάδας	Κ.Σ.	4 ^{ος} μήνας

Αριθμός δραστηριότητας	Περιγραφή δραστηριότητας	Αριθμός γεγονότων	Περιγραφή γεγονότων	Προσωπικό	Ημ/νια εκτέλεσης
11-15	Εφαρμογή Υπο-προγράμματος 3		Πραγματοποίηση συναντήσεων	Κ.Σ. + Ειδικοί	4 ^{ος} – 7 ^{ος} μήνας
4-8	Επαφές με Διοίκηση/ Συλλογή αξιολογήσεων	2	Αξιολόγηση Υπο-προγραμμάτων Έκθεση προς Διοίκηση για πορεία προγράμματος	Κ.Σ.	5 ^{ος} – 7 ^{ος} μήνας
8-12	Έναρξη λειτουργίας ομάδας προσωπικού	1	Έναρξη λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας	Οι εργαζόμενοι του Π.Γ.Ν.Π.	7 ^{ος} μήνας
9-13	Έναρξη λειτουργίας ομάδας , προσωπικού	1	Έναρξη λειτουργίας ομάδας έργου	Οι εργαζόμενοι του Π.Γ.Ν.Π.	7 ^{ος} μήνας
10-14	Έναρξη λειτουργίας ομάδων προσωπικού	2	Έναρξη λειτουργίας ομάδας ψυχ. Υποστήριξης/ Εποπτεία για κοινωνικούς λειτουργούς	Επαγγελματίες ψυχικής υγείας/ Εκπαιδευτικοί	7 ^{ος} μήνας
11-15	Έναρξη και συνέχεια λειτουργίας άλλων ομάδων	2	Έναρξη λειτουργίας ομάδων ψυχαγωγίας/ Συνέχεια λειτουργίας ομάδας καταγραφής προβλημάτων	Οι εργαζόμενοι του Π.Γ.Ν.Π.	7 ^{ος} μήνας

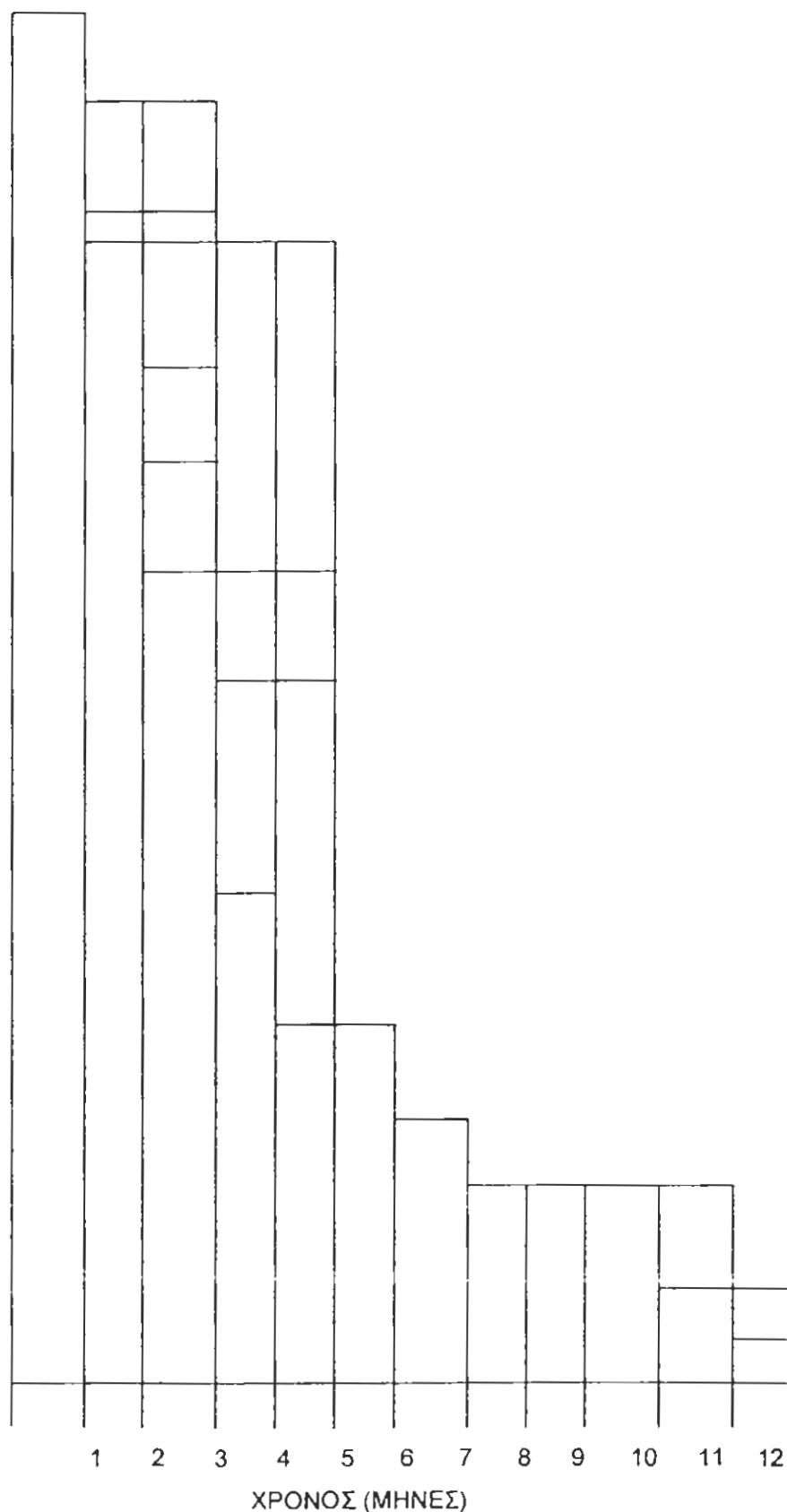
Αριθμός δραστηριότητας	Περιγραφή δραστηριότητας	Αριθμός γεγονότων	Περιγραφή γεγονότων	Προσωπικό	Ημ/νια εκτέλεσης
12-16	Λειτουργία ομάδας προσωπικού	1	Λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας	Οι εργαζόμενοι του Π.Γ.Ν.Π.	7 ^{ος} - 11 ^{ος} μήνας
13-16	Λειτουργία ομάδας προσωπικού	1	Λειτουργία ομάδας έργου	Οι εργαζόμενοι του Π.Γ.Ν.Π.	7 ^{ος} - 11 ^{ος} μήνας
14-16	Λειτουργία ομάδων προσωπικού	2	Λειτουργία ομάδας ψυχ. Υποστήριξης/ Εποπτεία για κοινωνικούς λειτουργούς	Επαγγελματίες ψυχικής υγείας/ Εκπαιδευτικοί	7 ^{ος} - 11 ^{ος} μήνας
15-16	Λειτουργία και (πιθανή) συνέχεια λειτουργίας άλλων ομάδων	2	Λειτουργία ομάδων ψυχαγωγίας/ Πιθανή συνέχεια λειτουργίας ομάδας καταγραφής προβλημάτων	Οι εργαζόμενοι του Π.Γ.Ν.Π.	7 ^{ος} - 11 ^{ος} μήνας
16-17	Αξιολόγηση	3	Αξιολόγηση προγράμματος Επεξεργασία αξιολογήσεων υποπρογραμμάτων Σύγκριση δεδομένων με κλινική - ελέγχου	Κ.Σ.	11 ^{ος} μήνας
17	Τελική έκθεση προς Διοίκηση	2	Σύνταξη - Κατάθεση έκθεσης προς Διοίκηση	Κ.Σ.	12 ^{ος} μήνας

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4
Χρονοδιάγραμμα Gantt

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Έγκριση προγράμματος

Επιλογή τμημάτων

Επαφές με επιτελείς
τμήματος – εργαζόμενους
Παρεμβάσεις από την
ΔιοίκησηΠροετοιμασία για εφαρμογή
Υποπρογραμμάτων/
Διορισμός συνεργατώνΣχηματισμός ομάδων
Υποπρογραμμάτων
1,2Εφαρμογή Υπο
Προγράμματος 2Εφαρμογή Υπο
Προγράμματος 1Σχηματισμός ομάδας
Υποπρογράμματος
3Εφαρμογή Υπο
Προγράμματος 3Αξιολογήσεις
Επαφή με ΔιοίκησηΈναρξη λειτουργίας
Ομάδων προσωπικούΛειτουργία Ομάδων
ΠροσωπικούΤελική αξιολόγηση
Σύνταξη έκθεσης

ΜΗΝΙΑΙΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΓΡΑΜΜΗ¹⁵

Άμεσα έξοδα	300€
Μισθοί προσωπικού κλινικής ¹⁶	16.611€
Μισθοί προσωπικού υποπρογραμμάτων	1900€
Τηλέφωνο	150€
Έξοδα μετακίνησης διαμονής συνεργατών	200€
Έντυπο υλικό	200€
Γραμματεία	500€
Αμοιβή κοινωνικών σχεδιαστών	4500€
Απρόβλεπτες δαπάνες	300€
ΣΥΝΟΛΟ	24.461€

¹⁵ Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να σχεδιασθεί ακριβής προϋπολογισμός βάσει των αναγκών που θα προκύψουν από το τμήμα στο οποίο θα υλοποιηθεί το πιλοτικό πρόγραμμα.

¹⁶ Αφορά τις ακαθάριστες αποδοχές 1 νοσηλεύτριας Π.Ε., 5 Τ.Ε., 2 Δ.Ε. 2 γιατρούς ΕΣΥ, 2 ειδικευόμενους γιατρούς, 1 κοινωνικό λειτουργό, και μία άλλη ειδικότητα π.χ. φυσιοθεραπευτής. Δεν συμπεριλαμβάνονται οι τυχόν εφημερίες.

ΜΗΝΙΑΙΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ¹⁷

Κατηγορία	Α Φάση	Παρεμβάσεις Διοίκησης	Υποπρόγραμμα 1	Υποπρόγραμμα 2	Υποπρόγραμμα 3	Γ Φάση
Άμεσα έξοδα	300 €	200€	100€	100€	100€	
Μισθοί προσωπικού τμήματος (ακαθάριστες αποδοχές)		16.611€	16.611€	16.611€	16.611€	16.611€
Μισθός ειδικού συμβούλου		1300€	1300€	1300€	1300€	1300€
Αμοιβές συνεργατών			700€	1000€	200€	
Αμοιβή Κ.Σ.	4500€	4500€	4500€	4500€	4500€	4500€
Έξοδα μετακίνησης/ διαμονής συνεργατών			1000€	1000€	1000€	50€
Τηλέφωνο	100€	200€	200€	200€	200€	50€
Έντυπο υλικό	100€	200€	200€	300€	200€	100€
Γραμματεία	500€	500€	500€	500€	500€	500€
Απρόβλεπτες δαπάνες		300€	300€	300€	300€	300€
Σύνολο	5.500€	23.611€	24.511€	25.811€	24.911€	23.361€

¹⁷ Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να σχεδιασθεί ακριβής προϋπολογισμός, βάσει των αναγκών που θα προκύψουν από το τμήμα στο οποίο θα υλοποιηθεί το πιλοτικό πρόγραμμα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

1. Αδαλή Ευαγγελία, Διδακτορική διατριβή Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα ΜΕΘ και τμήματα επείγουσών περιπτώσεων, Αθήνα, 1999.
2. Cohen Louis & Lawrence Manion, *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, μτφ. Μητσοπούλου Χρυσούλα-Φιλοπούλου Μάνια, Έκφραση, Αθήνα, 1997.
3. Cooper Cary & Straw Alison, *Επιτυχημένη αντιμετώπιση του stress*, μτφ. Compress S.A., Anubis, Αθήνα, 1994.
4. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. (επιμέλεια Αντωνίου Αλέξανδρος-Σταμάτιος), *Πηγές εργασιακού στρες*, Αθήνα, 2002.
5. Ιατρίδης Δημήτρης, *Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής*, Gutenberg, Αθήνα, 2002.
6. Καλούρη- Αντωνοπούλου Ράνια, *Γενική Ψυχολογία 1*, Έλλην, Αθήνα 1994.
7. Καντάς Αριστοτέλης, *Οργανωτική βιομηχανική ψυχολογία*, 3^ο μέρος, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
8. Κυριαζή Νότα, *Η κοινωνιολογική έρευνα*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1999.
9. Κυριόπουλος Γ. – Νιάκας Δ., *Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1994
10. Μάνος Νίκος, *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997
11. Π.Γ.Ν.Π. *Έκθεση Διοικητού 2003*, Μάρτιος 2003
12. Παπαδάτου Δανάη, Αναγνωστόπουλος Φώτιος, *Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1999
13. Skynner Robin & Cleese John, *Οικογένεια η σύγχρονη οδύσσεια*, Κέδρος, Αθήνα, 1989
14. Τσαούσης Δ., *Η κοινωνία του ανθρώπου*, Gutenberg, Αθήνα, 1998
15. Υφαντόπουλος Γιάννης, *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα*, 2^η εκδ. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, 1988
16. Φρόμ Έριχ, *Η υγιής κοινωνία*, Μπουκουμάνης, Αθήνα, 1973
17. Weber M., *Η προτεσταντική ηθική και το πνεύμα του καπιταλισμού*, μτφ. Μιχάλης Γ. Κυπραίου, Gutenberg, Αθήνα, 1997

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

18. Argyle Michael, *The social psychology of work*, 2nd ed. Penguin books, 1989
19. Cooper Cary, *Handbook of stress medicine and health*, CRC Press, 1996 USA
20. Cooper Cary & Payne Ray, *Causes, coping and consequences of stress at work*, St. Edmundsbury Press, 1988 Great Britain
21. European Agency for Safety and Health at Work, *How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg, 2002
22. Zeber Zeff Sara, *How to manage stress for success*, Amacon (American Management Association, 1996, U.S.A.
23. Lagner Thomas & Stanley Michael, *Life stress and mental health*, Free Press of Glencoe, New York, 1963
24. Maslach Christina, Jackson Susan, Leiter Michael, *Maslach Burnout Inventory*, 3rd ed. Consyting Psychologists Press, Inc, 1996
25. Shaufeli Wilmar, Maslach Christina, Marek Tadeusz, *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*, Taulor & Francis, Washington, 1993

Βιβλιογραφία μέσω Διαδικτύου

26. Cox Tom, Griggiths Amanda, Gonzalez Eusebio-Rial, *Research on work related stress*, European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Belgium, 2000
<http://agency.osha.eu.int/publications/reports/stress/> 2/12/02
27. Murphy Lawrence & Schoenborn Theodore *Stress management in work settings*, NIOSH publications, 1987 <http://www.cdc.gov/niosh/87-111.html> 1/5/03
28. European Agency for Safety and Health at Work *How to tackle psychosocial issues and reduce work related stress* Office for Official Publications of the European Communities, Belgium, 2002
<http://agency.osha.eu.int/publicatios/reports/309/en/psuchosocialissues.PDF>
2/12/03

Άρθρα

29. Αντωνίου Αλέξανδρος- Σταμάτιος 1^ο, «Η καλή δουλειά από τους χώρους εργασίας εξαρτάται», *Ε ιατρικά*, Τεύχος 20, 23/7/02 σελ. 46-47
30. Αντωνίου Αλέξανδρος- Σταμάτιος 2^ο, «Προκαλεί καρκίνο το στρες;» *Ε ιατρικά* Τεύχος ,1/10/02 σελ. 14-19
31. Γρεβιάς Δ., «Άγχος και εργασία Ιατρική της εργασίας», Τόμος 3, Τεύχος 3, 1991 σελ. 136-144
32. Kompier Michiel & Lennart Levi «Το άγχος στην εργασία: Σας αφορά;» Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1995 (για την Ελλάδα: ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.)
33. Παπαδάτου Δανάη, Αναγνωστόπουλος Φώτιος «Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών» *Ψυχολογικά Θέματα*, Τόμος 5, Τεύχος 3, 1992, Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων σελ. 183-202
34. Τούντας Γ., Αλαμάνος Γ. «Εργασία και υγεία» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1999, Τόμος 16, Τεύχος 1

Άλλες εκδόσεις μέσω Διαδικτύου

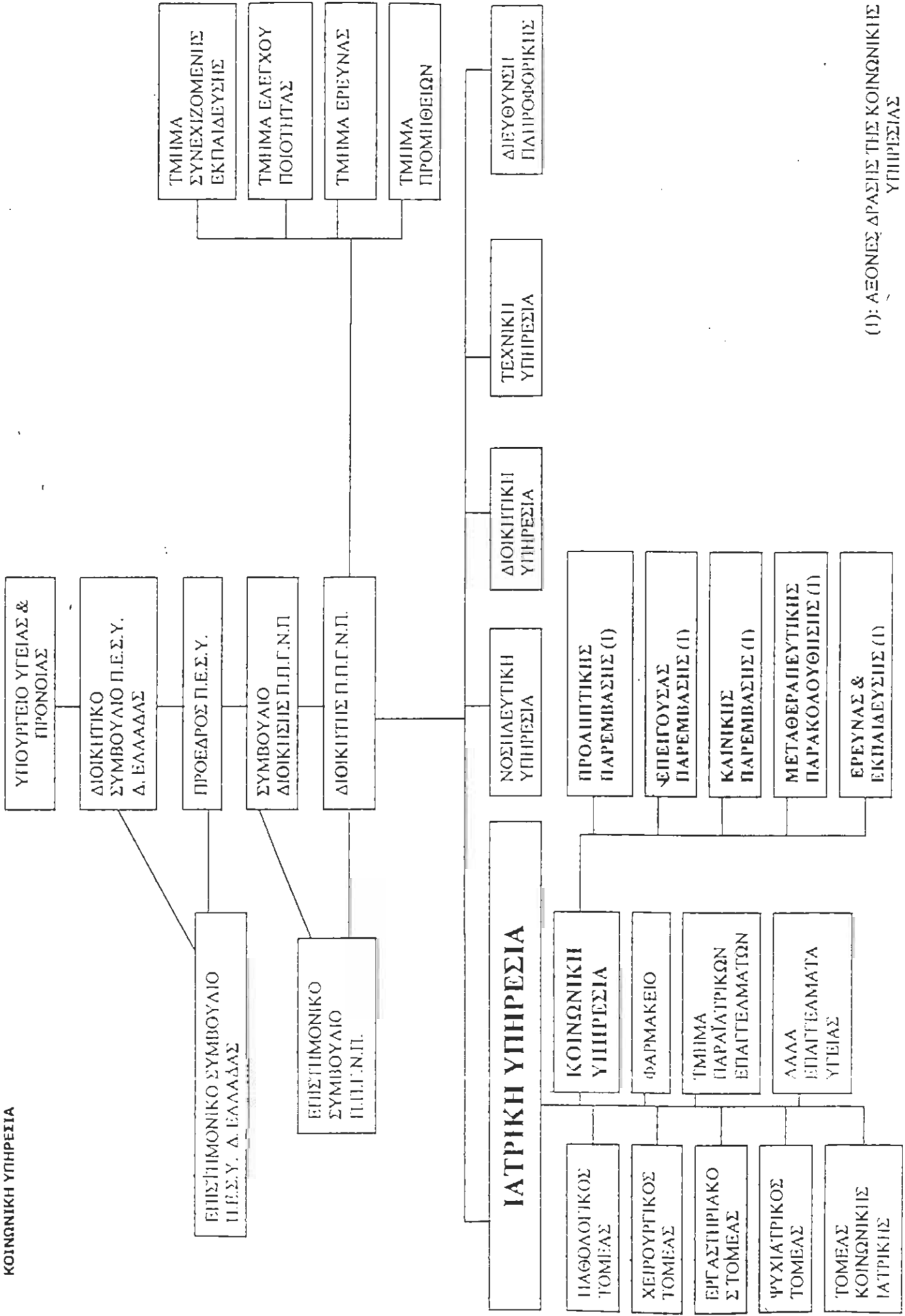
-Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers, (NIOSH,1998)

<http://www.cdc.gov/niosh/hcwold5g.html> 4/5/2003

-European Agency for Safety and Health at Work (OSHA), <http://osha.eu.int/ew2002/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

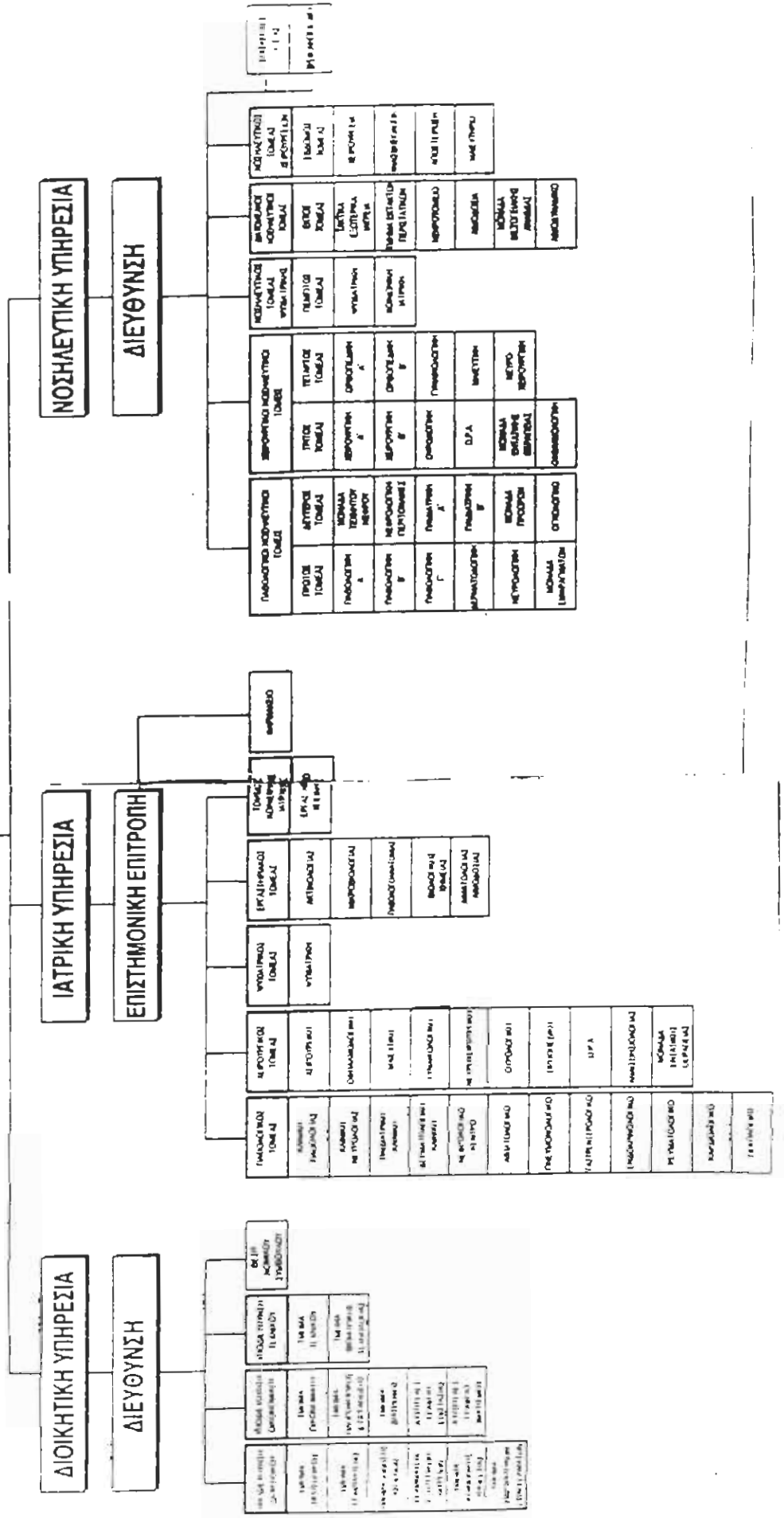
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΧΗΜΑ 1: ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ



(1): ΑΞΟΝΕΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.



- α. 3. Διατροφής
- β) Αστυκλή Υπηρεσία
- γ. 1. Εκπαιδευτική
- δ. 2. Γραμματεία
- 1) Υπευθύνους Τεχνικούς
- α) Ταξίματα
- α. 1. Τεχνικός
- α. 2. Παιδαγωγικός Τεχνολογίας

5. Κάθε τάξη μπορεί να διαρθρώνεται υποσημιακά και να αποτελεί τις αρμοδιότητες του με Γραφεία κατά αντικείμενο ή ορισμένη αντικείμενα.

Άρθρο 9.

Συντελεστές καθορισμού δόνησης προσωπικοί.

Ο αριθμός των δόνητων προσωπικών κάθε Νοσοκομείου κρίνεται κατά περίπτωση σε ποσοτό:

- α) 6—15% για την Ιατρική Υπηρεσία, 20
 - β) 35—45% για την νοσηλευτική υπηρεσία, 280
 - γ) 35—40% για την διοικητική υπηρεσία, 260
- από της συνολικής δόνησης κρεβάτιων του Νοσοκομείου πλημμελειοκόμης με το συντελεστή:
- α) για τα Γενικά Νοσοκομεία από 2 — 3,
 - β) για τα Ειδικά Νοσοκομεία, πλην Ψυχιατρικών 1,8 — 2,8 και
 - γ) για τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία από 0,5—2.

Άρθρο 10.

Αρμοδιότητες Υπηρεσιών.

1. Αρμοδιότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι: Η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης ή παροχή υπηρεσιών υγείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2. Αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι: Η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διατάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υπευθύνων σε κάθε περίπτωση γιατρών, η πρόληψη και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό, και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3. Αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας κατά τάξη και υποσημιακή Γραφεία:

α) Τμήμα Προσωπικού: Φροντίζει για κάθε τάξη που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και για την απασχόληση και έλεγχο του προσωπικού άλλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

β) Τμήμα Γραμματείας: Στην αρμοδιότητά αυτού είναι η οργάνωση της γραμματειακής στήριξης σύμφωνα με τις απαιτήσεις της Διοίκησης και των άλλων Υπηρεσιών του Νοσοκομείου, η τήρηση του Γενικού πρωτόκολλου, η διακίνηση της αλληλογραφίας και η φροντίδα για την αντιμετώπιση κάθε προβλήματος για την διαπεριώτη του έργου του Νοσοκομείου.

γ) Τμήμα Οικονομικό: Στις αρμοδιότητες αυτού είναι η φροντίδα για την μείωση των οικονομικών αναγκών του Ιδρυμάτος και η εισήγηση για την έγκριση επιξερραγιάτων προτάσεων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του Ιδρυμάτος.

Η πραγματοποίηση των δαπανών, η εκκαθάριση των κτηλοχών προσωπικών και λοιπών αποζημιώσεων. Η προμήθεια διαχείριση και διαφύλαξη των εσόδων και υλικών που χρειάζονται για την λειτουργία του Νοσοκομείου.

Η κατάρτιση του ισολογισμού και απολογισμού, η τήρηση των λογιστικών βιβλίων καθώς και η εισήγηση των εσόδων του νοσηλείου.

Η ευθύνη για την διαφύλαξη της περιουσίας του Ιδρυμάτος και η τήρηση των οικονομικών στατιστικών στοιχείων.

δ) Τμήμα ή Γραφείο Κίνησης Λογισμικών: Έχει την ευθύνη για την έκδοση εισπραχίων, για την εισπραχίωση των κτηλοχών, την έκδοση των εξισθητών και για την τήρηση κτηλοχών κτηλοχών εισπραχίωσης.

Φροντίζει επίσης για την ληρωτική παρακολούθηση της μείωσης των υποχρεώσεων, την χορήγηση δαπανών νοσηλείας και την έκδοση των βιβλίων παραχίτων υπηρεσιών.

Φροντίζει και παρέχει κάθε πληροφορία για αυτούς. Επίσης τρέφει λεπτομερή στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης.

ε) Τμήμα Τεχνικό: Έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση εκτέλεσης των απαιτήσεων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανακαίνισης και διαρκούς βελτίωσης των κτηλοχών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρυμάτος και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού.

Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιλέγει την εκτέλεσή τους και έχει την ευθύνη για την ποιοτική και ποσοτική παρακολούθησή τους.

Έχει την ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παραχίτων κτηλοχών, των εγκαταστάσεων παραχίτων κτηλοχών στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία των μηχανολογικών εγκαταστάσεων.

Φροντίζει για την συντήρηση και κτηνοική λειτουργία του κτηλοχικού και μηχανολογικού εξοπλισμού, καθώς και των οχημάτων του Ιδρυμάτος.

στ) Τμήμα Πληροφορικής — Οργάνωσης:

Η ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία της μηχανογράφησης, της επιξερραγιάτων και τήρησης μηχανογραφικών στατιστικών στοιχείων, παραχίτων και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, του Υπουργείου Υγείας — Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και τους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλης τμηματικής υπηρεσίας.

ζ) Τμήμα ή Γραφείο Διατροφής:

Στις τάξεις Διατροφής κτηλοχών οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διαφύλαξη διατροφικών κτηλοχών και προσωπικών και με την πληροφοριότητα και εκπαίδευση των νοσηλευτικών κτηλοχών και των κτηλοχών των εξωτερικών κτηλοχών, που έχουν ανάλογη από υλική διατροφική κτηλοχία.

Στις τάξεις Διατροφής υλοποιούνται επίσης οι λειτουργίες οργανωτικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριοτήτων, όπως είναι: η παρακολούθηση με τα πρόβια από την προμήθεια μέχρι την κατανάλωσή τους.

η) Τμήμα ή Γραφείο Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρικών: Έχει την ευθύνη και φροντίδα για την γραμματειακή στήριξη των Γενικών Εξωτερικών Ιατρικών, την υπολογίση και εισπραχίωση των προτιρηχίτων τ' αυτά αρρώστων.

Φροντίζει τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των Εξωτερικών Ιατρικών. Φροντίζει τη τρέψη προτιρηχίτων των αρρώστων και προγραμματίζει την επιξερραγιάτων τους με προσημνήση.

Κορρέει υποσημιακά στους άρρωστους όσον το δυνατόν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.

Φροντίζει το κοινό για της όριξ λειτουργίας των κτηλοχών εξωτερικών κτηλοχών και για τον τρόπο λειτουργίας τους.

θ) Τμήμα ή Γραφείο Κοινωνικής Υγείας:

Έχει την ευθύνη και φροντίδα για την συμπεριφορά στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κτηλοχικό τους πρόβλημα της κατήληξη και διατήρηση των κτηλοχών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση, και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών κτηλοχών προτιρηχίτων στο πλαίσιο της γενικότερης Κοινωνικής Πολιτικής της Πολιτείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Πάτρα 24/07/2002

Αρ.Πρ.

Προς: Συμβούλιο Διοίκησης Π.Γ.Ν.Π.

Θέμα: Χορήγηση άδειας για εφαρμογή έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Π.Γ.Ν.Π. στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας με θέμα:
« Σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης (burnout), στους εργαζόμενους του Π.Π.Γ.Ν.Π.»

Δρ. Π. Γ. Ν. Π. 19070/24.7.02

Κύριοι,

ονομάζομαι Τελώνη Δήμητρα – Δώρα και είμαι σπουδάστρια Κοινωνικής Εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

Στα πλαίσια της εργαστηριακής πρακτικής άσκησης μου (του Ε', ΣΤ', Ζ εξαμήνων αλλά και της εξαμηνιαίας πρακτικής άσκησης), τόσο την προηγούμενη ακαδημαϊκή χρονιά όσο και την επόμενη ασκούμει σε κλινικές του Π.Π.Γ.Ν.Π. υπό την εποπτεία του κ. Πανταζάκα Παντελή Κοινωνικού Λειτουργού, προϊστάμενου της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Π.Π.Γ.Ν.Π.

Παράλληλα ανέλαβα πτυχιακή εργασία με θέμα τον σχεδιασμό προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Π.Γ.Ν.Π. με επίπτρια την κα Χαράλαμπος Μαίρη καθηγήτρια Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας.

Το θέμα της συγκεκριμένης πτυχιακής επιλέχθηκε σε συνδυασμό προσωπικού ενδιαφέροντος αλλά και πιθανής αναγκαιότητας αξιοποίησης ενός τέτοιου προγράμματος από τις υπηρεσίες του Π.Π.Γ.Ν.Π. με την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας.

Μέρος της πτυχιακής εργασίας αποτελεί η διεξαγωγή έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του Νοσοκομείου με ζητούμενα την διερεύνηση επαγγελματικού άγχους/ εξουθένωσης αλλά και την ανίχνευση αναγκών των εργαζομένων για την ύπαρξη προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και τα χαρακτηριστικά ενός τέτοιου προγράμματος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιοποιηθούν και θα αποτελέσουν την βάση του σχεδιασμού του προγράμματος το οποίο φιλοδοξείται να είναι εκτός από επιστημονικά έγκυρο, εφικτό και σε πιθανή μελλοντική του υλοποίηση από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Για τους λόγους αυτούς σας παρακαλώ να μου χορηγηθεί άδεια διεξαγωγής της έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Π.Γ.Ν.Π. (νοσηλεύτές/ τριες, γιατροί ΔΕΠ, ΕΣΥ, ειδικευόμενοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές) η οποία θα διεξαχθεί κατά τους προσεχείς 2 – 3 μήνες στα εξής τμήματα:

- Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας
- Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού
- Νεφρολογική
- Μ.Ε.Θ. – Μ.Α.Φ.
- Χειρουργική
- Μονάδα Εμφραγμάτων
- Καρδιολογική
- Νευροχειρουργική
- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
- Παθολογική
- Τ.Ε.Π.
- και πιθανά Ορθοπαιδική

Η έρευνα θα διεξαχθεί χρησιμοποιώντας ως μεθοδολογικό εργαλείο το ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο θα διανέμεται από την υπογράφουσα στο δείγμα των εργαζομένων που θα συμμετάσχει στην έρευνα. Οι πληροφορίες που θα δίδονται στα ερωτηματολόγια από τους εργαζόμενους είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς και ακαδημαϊκούς σκοπούς.

Σας επισυνάπτω το ερωτηματολόγιο, καθώς και την βεβαίωση σπουδών από το Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας και θα ήθελα να σας ενημερώσω πως για τα παραπάνω καθώς και για την πιθανή διεξαγωγή της έρευνας υπάρχει και η σχετική έγκριση από τον προϊστάμενο της Κοινωνικής Υπηρεσίας κο Πανταζάκα Παντελή.

Σας ευχαριστώ,

Με τιμή
Τελώνη Δώρα – Δήμητρα
Σπουδάστρια Κοινωνικής Εργασίας Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Κ.ΣΠΑΝΟΣ

Διεύθυνση : ΚΟΥΚΟΥΛΙ ΠΑΤΡΑΣ 26334 ΠΑΤΡΑ Τηλ. : 061-319136

Αρ. Πιστ.: 361

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ

Βεβαιώνεται ότι, όπως προκύπτει από τα στοιχεία του τμήματος, η ΤΕΛΩΝΗ ΔΗΜΗΤΡΑ του ΔΡΑΣΤΕΙΔΗ (Α.Ε.Μ. 2322) είναι σπουδάστρια του Τμήματος ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ στη ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ του ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ. Βρίσκεται χρονολογικά στο ΣΤ εξάμηνο για το ΕΑΡΙΝΟ εξάμηνο του σπουδαστικού έτους 2001 - 2002.

Εγγραφή για πρώτη φορά στο Τμήμα μας στις 06/10/1999 στο Α - ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ εξάμηνο του σπουδαστικού έτους 1999 - 2000.

Η ελάχιστη διάρκεια φοίτησης είναι 8 (οκτώ) εξάμηνα.

Η σπουδάστρια υποχρεούται στο τελευταίο εξάμηνο να πραγματοποιήσει την εξάμηνη πρακτική της άσκηση.

Η ανωτέρω σπουδάστρια έχει ανατεθεί πτυχιακή εργασία με θέμα "Σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης και του άγχους των ειδικών υγείας στο Π.Π.Γ.Ν.Π."

Η βεβαίωση αυτή χορηγείται μετά από αίτησή της για κάθε χρήση.



ΠΑΤΡΑ, 30/05/2002

ΠΡΟΪΣΤΗΤΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Μαρία Χαραλαμποπούλου



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Προς το
Επιστημονικό Συμβούλιο

Τηλ. 0610 999797
0610 999265

Αριθ. Πρωτ.73
Πάτρα 2-9-02

Η Επιτροπή Έρευνας, Ηθικής και Δεοντολογίας συνεδρίασε στις 17-9-02. Παρόντες ήταν ο κ. Πάνος Γκούμας, Πρόεδρος της Επιτροπής, ο κ. Θ. Μαραζιώτης, ο κ. Δ. Παπαβασιλείου και τα αναπληρωματικά μέλη της Επιτροπής ο κ. Μ. Μαραγκός, ο κ. Κ. Γιαννάκας και ο κ. Α. Σπανός.

Η Επιτροπή ενέκρινε την διεξαγωγή έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας με θέμα "Σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξάντλησης (burnout), στους εργαζόμενους του Π.Γ.Ν.Π."

Η έρευνα θα διεξαχθεί από την κα Τελώνη Δήμητρα σπουδάστρια Κοινωνικής Εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, με επίπτρια την κα Χαραλάμπους Μαίρη Καθηγήτρια Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Για την διεξαγωγή της έρευνας υπάρχει και η σχετική έγκριση από τον προϊστάμενο της Κοινωνικής Υπηρεσίας κο Πανταζάκα Παντελή.

Μέρος της πτυχιακής εργασίας αποτελεί η διεξαγωγή έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του Νοσοκομείου με ζητούμενα την διερεύνηση επαγγελματικού άγχους/ εξάντλησης (burnout) αλλά και την ανίχνευση αναγκών των εργαζομένων για την ύπαρξη προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξάντλησης καθώς και τα χαρακτηριστικά ενός τέτοιου προγράμματος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιοποιηθούν και θα αποτελέσουν την βάση του σχεδιασμού του προγράμματος το οποίο φιλοδοξείτε να είναι εκτός από επιστημονικό εφικτό και σε πιθανή μελλοντική του υλοποίηση από τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου.

Η έρευνα θα γίνει στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. (Νοσηλεύτές/τριες, Γιατρούς ΔΕΠ, ΕΣΥ, Ειδικευόμενοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Φυσιοθεραπευτές), η οποία θα διεξαχθεί κατά τους προσεχείς 2-3 μήνες στα εξής τμήματα:

- Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας
- Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού
- Νεφρολογική
- Μ.Ε.Θ. – Μ.Α.Φ.
- Χειρουργική

- Μονάδα Εμφραγμάτων
- Καρδιολογική
- Νευροχειρουργική
- Μονάδα Τεχνικού Νεφρού
- Παθολογική
- Τ.Ε.Π.
- Και πιθανά Ορθοπαιδική

Η έρευνα θα διεξαχθεί χρησιμοποιώντας ως μεθοδολογικό εργαλείο το ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο εγκρίνει η Επιτροπή, και θα διανέμεται από την ερευνήτρια στο δείγμα των εργαζομένων που θα συμμετάσχει στην έρευνα. Οι πληροφορίες που θα δίδονται στα ερωτηματολόγια από τους εργαζόμενους είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς και ακαδημαϊκούς σκοπούς.

Συνημμένα παραλάβαμε:

1. Ερωτηματολόγιο
2. Βεβαίωση σπουδών της κας Τελώνη

Ο Πρόεδρος
Επιτροπής Έρευνας, Ηθικής &
Δεοντολογίας

Καθηγητής Πανος Δ. Γκούμας

Α.Υ. 23800/23-Ρ-02

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
(Πε.Σ.Υ.) ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

Πάτρα 19 Σεπτεμβρίου 2002
Α.Π. : 65

Ταχ. Διεύθυνση : 26 504 Ρίο
Πληροφορίες : Ιωάννα Πρόγκα
Τηλ. : 0610-999.895, 999.896
Φαξ : 0610-999.971
e-mail : proga.i@med.upatras.gr

ΠΡΟΣ : 1. κ. Στ. Μπεράτη
Καθηγήτρια Ψυχιατρικής
Π.Γ.Ν. Πατρών
2. κ. Παντ. Πανταζάκα
Προϊστάμενο Κοινωνικής
Υπηρεσίας Π.Γ.Ν. Πατρών

Σας διαβιβάζουμε :

1. Την αίτηση της κ. Δημ. Τελώνη, σπουδάστρια Κοινωνικής Εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας και
2. Την υπ' αριθ. 73/2-9-2002 απόφαση της Επιτροπής Έρευνας Εκπαίδευσης και Δεοντολογίας, με την οποία ενεκρίθη η διεξαγωγή έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας με θέμα **Σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξάντλησης (burnout), στους εργαζόμενους του Π.Γ.Ν.Π.**

Η έρευνα θα διεξαχθεί από την κα Τελώνη Δήμητρα σπουδάστρια Κοινωνικής Εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, με επίπρεια την κα Χαράλαμπος Μαίρη Καθηγήτρια Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Για την διεξαγωγή της έρευνας υπάρχει και η σχετική έγκριση από τον προϊστάμενο της Κοινωνικής Υπηρεσίας κο Πανταζάκα Παντελή (όπως αναφέρεται στην απόφαση της Επιτροπής Έρευνας Εκπαίδευσης και Δεοντολογίας).

Μέρος της πτυχιακής εργασίας αποτελεί η διεξαγωγή έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του Νοσοκομείου με ζητούμενα την διερεύνηση επαγγελματικού άγχους/ εξάντλησης (burnout) αλλά και την ανίχνευση αναγκών των εργαζομένων για την ύπαρξη προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξάντλησης καθώς και τα χαρακτηριστικά ενός τέτοιου προγράμματος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιοποιηθούν και θα αποτελέσουν την βάση του σχεδιασμού του προγράμματος το οποίο φιλοδοξείτε να είναι εκτός από επιστημονικό εφικτό και σε πιθανή μελλοντική του υλοποίηση από τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου.

Η έρευνα θα γίνει στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. (Νοσηλεύτές/τριες, Γιατρούς ΔΕΠ, ΕΣΥ, Ειδικευόμενοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Φυσιοθεραπευτές), η οποία θα διεξαχθεί κατά τους προσεχείς 2-3 μήνες στα εξής τμήματα:

- Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας
- Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού
- Νεφρολογική
- Μ.Ε.Θ. – Μ.Α.Φ.
- Χειρουργική
- Μονάδα Εμφραγμάτων
- Καρδιολογική
- Νευροχειρουργική
- Μονάδα Τεχνικού Νεφρού
- Παθολογική
- Τ.Ε.Π.
- Και πιθανά Ορθοπαιδική

Η έρευνα θα διεξαχθεί χρησιμοποιώντας ως μεθοδολογικό εργαλείο το **ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο ενέκρινε η Επιτροπή**, και θα διανέμεται από την ερευνήτρια στο δείγμα των εργαζομένων που θα συμμετάσχει στην έρευνα. Οι πληροφορίες που θα δίδονται στα ερωτηματολόγια από τους εργαζόμενους είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς και ακαδημαϊκούς σκοπούς.

Συνημμένα παραλάβουμε:

- 1. Ερωτηματολόγιο
- 2. Βεβαίωση σπουδών της κας Τελώνη

Παρακαλούμε να μας γνωστοποιήσετε τις ενέργειές σας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΒΑΓΕΝΑΚΗΣ

Ακριβές αντίγραφο
Η Γραμματέας



Αρ. Πρωτ. 25256

Πανεπιστήμιο Πατρών
Τμήμα Ιατρικής
Ψυχιατρική Κλινική
Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
265 00 Ρίον, Πάτρα

Τηλ.: 061-994.534, 992.996, 999.245

Fax: 061-994.534

ευθύντρια: Καθηγήτρια Στ. Μπεράτη
mail: stbera@med.upatras.gr

e-mail κλινικής: psychdpt@med.upatras.gr

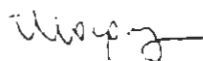
Πάτρα, 3-10-2002

Αριθ. Πρωτ.: 1376

Προς το
Επιστημονικό Συμβούλιο
Πε.Σ.Υ.

Θέμα: Σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/εξόντλησης (burnout), στους εργαζόμενους του Π.Γ.Ν.Π.

Σας ενημερώνω ότι ουδεμία αντίρρηση έχω στο να γίνει η έρευνα από την κυρία Δήμητρα Τελώνη και ότι ουδεμία αντίρρηση έχω για τα προταθέν ερωτηματολόγιο.



Σταυρούλα Μπεράτη

Διευθύντρια Ψυχιατρικής Κλινικής

Καθηγήτρια Ψυχιατρικής

Παιδοψυχιατρικής & Ψυχανάλυσης

Πάτρα 3/10/02

25256

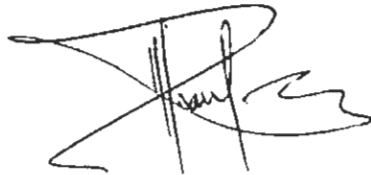
Προς: Επιστημονικό Συμβούλιο Πε.ΣΥ.

Εξ ενημερώων πως εγκρίνω την διεξαγωγή έρευνας της κας Δήμητρα Τελώνη σπουδάστρια Κοινωνικής Εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας στα πλαίσια της πτυχιακής της εργασίας με θέμα: «Σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξάντλησης (burnout), στους εργαζόμενους του Π.Γ.Ν.Π.»

Επίσης εγκρίνω την εφαρμογή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου στο προσωπικό του νοσοκομείου του οποίου γνωρίζω την δομή και τους σκοπούς.

Εξ ενημερώων πως τα αποτελέσματα της εν λόγω πτυχιακής πιθανά να αξιοποιηθούν, σε μελλοντική φάση, από την Κοινωνική Υπηρεσία του Π.Γ.Ν.Π. στην εφαρμογή ανάλογου προγράμματος για τους εργαζόμενους του νοσοκομείου.

Ο Προϊστάμενος της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Π.Γ.Ν.Π.



Πανταζάκας Παντελής



ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
265 04 ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ
ΤΗΣ ΑΡ. 33/8.10.2002 ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΣ
ΤΟΥ Σ.Δ. ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Π.

Ρίο σήμερα 8.10.2002 ημέρα Τρίτη και ώρα 14.00 στην αίθουσα συνεδριάσεων του Π.Γ.Ν.Πατρών συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Σ.Δ. του Νοσοκομείου στο οποίο παρέστησαν τα πιο κάτω μέλη :

- | | |
|------------------------|------------------------------------|
| 1. ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ | ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ |
| 2. ΜΑΝΤΑΓΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ |
| 3. ΒΑΓΕΝΑΚΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ | ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ |
| 4. ΣΟΥΡΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ |
| 5. ΑΣΚΟΤΙΡΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ | ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ |

Στη συνεδρίαση παρέστησαν η Δ/κή Υπάλληλος κ. Α. Παπαδοπούλου ως Γραμματέας και ο Νομικός Σύμβουλος κ. Νικολετάτος Ανδρέας για θέματα της αρμοδιότητάς του.

Επίσης παραβρέθηκαν, μετά από πρόσκληση του Διοικητή, ο Πρόεδρος Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Πατρών κ. Δημητρακόπουλος Γεώργιος και το Δ.Σ. του Σωματείου των Εργαζομένων, για θέματα της αρμοδιότητάς τους μετά τη λήξη των οποίων ένας έκαστος απεχώρησε, το δε Συμβούλιο συνέχισε με τα υπόλοιπα θέματά του.

ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ

Ο Διοικητικός Διευθυντής θέτει υπόψη των μελών του Σ.Δ. το υπ' αριθ.25683/8.10.2002 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου, το οποίο έχει ως εξής :

"Το Επιστημονικό Συμβούλιο ενέκρινε τη διεξαγωγή έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας με θέμα "Σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/εξάντλησης (burnout), στους εργαζόμενους του Π.Γ.Ν.Π.

Η έρευνα θα διεξαχθεί από την κα Τελώνη Δήμητρα σπουδάστρια Κοινωνικής Εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, με επίπτρια την κα Χαραλάμπους Μαίρη Καθηγήτρια Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Για την διεξαγωγή της έρευνας υπάρχει και η σχετική έγκριση από τον προϊστάμενο της Κοινωνικής Υπηρεσίας κο Πανταζάκα Παντελή (όπως αναφέρεται στην απόφαση της Επιτροπής Έρευνας Εκπαίδευσης και Δεοντολογίας).

Μέρος της πτυχιακής εργασίας αποτελεί η διεξαγωγή έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του Νοσοκομείου με ζητούμενα την διερεύνηση επαγγελματικού άγχους/εξάντλησης (burnout) αλλά και την ανίχνευση αναγκών των εργαζομένων για την

7

ύπαρξη προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξάντλησης καθώς και τα χαρακτηριστικά ενός τέτοιου προγράμματος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιοποιηθούν και θα αποτελέσουν την βάση του σχεδιασμού του προγράμματος το οποίο φιλοδοξείτε να είναι εκτός από επιστημονικό εφικτό και σε πιθανή μελλοντική του υλοποίηση από τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου.

Η έρευνα θα γίνει στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. (Νοσηλεύτριες/τριες, Γιατρούς ΔΕΠ, ΕΣΥ, Ειδικευόμενοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Φυσιοθεραπευτές), η οποία θα διεξαχθεί κατά τους προσεχείς 2-3 μήνες στα εξής τμήματα:

- Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας
- Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού
- Νεφρολογική
- Μ.Ε.Θ. – Μ.Α.Φ.
- Χειρουργική
- Μονάδα Εμφραγμάτων
- Καρδιολογική
- Νευροχειρουργική
- Μονάδα Τεχνικού Νεφρού
- Παθολογική
- Τ.Ε.Π.
- Και πιθανά Ορθοπαιδική

Η έρευνα θα διεξαχθεί χρησιμοποιώντας ως μεθοδολογικό εργαλείο το ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο ενέκρινε η Επιτροπή, και θα διανέμεται από την ερευνήτρια στο δείγμα των εργαζομένων που θα συμμετάσχει στην έρευνα. Οι πληροφορίες που θα δίδονται στα ερωτηματολόγια από τους εργαζόμενους είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς και ακαδημαϊκούς σκοπούς.

Σας διαβιβάζουμε σχετικά :

1. Την αίτηση της κ. Δημ. Τελώνη, σπουδάστρια Κοινωνικής Εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας και
2. Την υπ' αριθ. 73/2-9-2002 απόφαση της Επιτροπής Έρευνας Εκπαίδευσης και Δεοντολογίας, με την οποία ενεκρίθη η διεξαγωγή έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας με θέμα "Σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/ εξάντλησης (burnout), στους εργαζόμενους του Π.Γ.Ν.Π.
3. Το υπ' αριθ. 25256/3-10-2002 έγγραφο της καθ. Ψυχιατρικής Παιδοψυχιατρικής και Ψυχανάλυσης κ. Στ. Μπεράτη και του Προϊσταμένου της Κοινωνικής Υπηρεσίας κ. Π. Πανταζάκα".

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΒΑΓΕΝΑΚΗΣ

Το Σ.Δ. αφού έλαβε υπόψη του την παραπάνω εισήγηση

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ

εγκρίνει στην κ. Δημ. Τελώνη, σπουδάστρια Κοινωνικής Εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, με επίπτρια την κα Χαραλάμπους Μαίρη Καθηγήτρια Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, τη διεξαγωγή έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας με θέμα "Σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/εξάντλησης (burnout), στους εργαζόμενους του Π.Γ.Ν.Π."

Η έρευνα θα διεξαχθεί χρησιμοποιώντας ως μεθοδολογικό εργαλείο το ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο ενέκρινε η Επιτροπή, και θα διανέμεται από την ερευνήτρια στο δείγμα των εργαζομένων που θα συμμετάσχει στην έρευνα. Οι πληροφορίες που θα δίδονται στα ερωτηματολόγια από τους εργαζόμενους είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς και ακαδημαϊκούς σκοπούς.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

Δρ. Ν. ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ

Σ. ΜΑΝΤΑΓΟΣ

Α. ΒΑΓΕΝΑΚΗΣ

Χ. ΣΟΥΡΗΣ

Π. ΑΣΚΟΤΙΡΗ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Σ.Δ.

Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί απευθύνεται στο επιστημονικό προσωπικό του Π.Γ.Ν.Π. και αποτελεί μέρος πτυχιακής εργασίας με θέμα:

«Σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους/επαγγελματικής εξάντλησης των εργαζομένων στο Π.Γ.Ν.Π.»

Η συγκεκριμένη πτυχιακή πέρα της αναγκαιότητας ύπαρξης της για απόκτηση πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας φιλοδοξεί στον σχεδιασμό ενός εφικτού προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) που να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των εργαζομένων στο Π.Γ.Ν.Π. τηρώντας σαφώς τις αναγκαίες ακαδημαϊκές προϋποθέσεις.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελείται από τρεις κύριους άξονες η συμπλήρωση των οποίων θα αποτελέσει πολύτιμο οδηγό για την επίτευξη των παραπάνω στόχων.

Οι πληροφορίες που ζητούνται είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς – ακαδημαϊκούς σκοπούς.

Σας παρακαλώ να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί και για οποιαδήποτε διευκρίνιση μπορείτε να απευθυνθείτε στην υπογράφουσα η οποία θα διεξάγει και την εν λόγω έρευνα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων, και θα ήθελα να σας ενημερώσω πως σε περίπτωση που ενδιαφέρεστε για τα αποτελέσματα της έρευνας θα βρίσκομαι στην διάθεσή σας, με την ολοκλήρωση της έρευνας, στα γραφεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Π.Γ.Ν.Π. κάθε Δευτέρα και Τετάρτη (9.00 – 14.00) τηλ. 433,436.

Τελώνη Δώρα – Δήμητρα
Σπουδάστρια Κοινωνικής Εργασίας Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΓΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ημερομηνία συμπλήρωσης:.....

Παρακαλώ επιλέξτε ένα κωδικό όνομα της αρεσκείας σας:.....

A. Παρακαλώ συμπληρώστε είτε βάζοντας σε κύκλο το νούμερο της απάντησης που επιλέγετε, είτε συμπληρώνοντας όπου χρειάζεται.

1. Τμήμα/ Μονάδα εργασίας						
2. Ειδικότητα	1 Νοσηλεύτης/ α	2 Ιατρός μέλος ΔΕΠ	3 Ιατρός μέλος ΕΣΥ	4 Ιατρός Ειδικευόμενος	5 Κοινωνικός Λειτουργός	
3. Θέση στην ιεραρχία						
4. Χρόνια εργασίας στο Π.Γ.Ν.Π.	1 0-2	2 3-5	3 6-10	4 11-15	5 16-20	6 > 20
5. Φύλο	1 Γυναίκα	2 Ανδρας				
6. Ηλικία	1 20-30	2 30-40	3 40-50	4 50-60	5 > 60	
7. Εκπ/ση	1 Απόφ/ος Τ.Ε.Λ./ Διετούς	2 Απόφ/ος Τ.Ε.Ι	3 Απόφ/ος Α.Ε.Ι	4 Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	5 Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	6 Κάτοχος Μεταδιδα- κτορικού τίτλου
8.Οικογενειακή κατάσταση	1 Αγαμος/η	2 Έγγαμος/η	3 Διαζευγμένος /η	4 Σε διάσταση	5 Χήρος/ α	
9. Βάρδιες	1 Μόνο πρωί	2 Εφημερίες	3 Κυλιόμενο (πρωί – απόγευμα- νύχτα)			
10. Ωράριο	1 7,5 ώρες ημερησίως	2 Πάνω από 7,5 ώρες ημερησίως	3 Μειωμένο	4 Συνήθης αριθμός εφημεριών ανά εβδομαδα: Συνολικός αριθμός ωρών συνεχόμενης εφημερίας:		

B.

Σημειώστε με (X), σ' ένα από τα επτά τετραγωνάκια που αντιστοιχούν σε κάθε ερώτηση. Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις όσο το δυνατόν πιο αυθόρμητα.

	0 Ποτέ	1 Λίγες φορές το χρόνο	2 Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	3 Δύο- τρεις το μήνα	4 Μια φορά την εβδομάδα	5 Αρκετές φορές την εβδομάδα	6 Κάθε μέρα
Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/ η από την δουλειά μου							
Νιώθω άδειος/ α, σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από την δουλειά							
Νιώθω κουρασμένος/ η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω μια μέρα ακόμη στην δουλειά							
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν							
Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς σαν να ήταν αντικείμενα							
Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη την ημέρα							
Κανονίζωπολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου							
Νιώθω εξουθενωμένος/ η από την δουλειά μου							
Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά την ζωή των ασθενών μου μέσα από την δουλειά μου							
Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/ η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή την δουλειά							
Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ η							
Νιώθω γεμάτος/ η δύναμη και ενεργητικότητα							
Αισθάνομαι απογοητευμένος/ η από τη δουλειά μου							

	0 Ποτέ	1 Λίγες φορές το χρόνο	2 Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	3 Δύο- τρεις το μήνα	4 Μια φορά την εβδομάδα	5 Αρκετές φορές την εβδομάδα	6 Κάθε μέρα
4	Πιστεύω ότι εργαζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου						
5	Στην ουσία δεν μ' ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς από τους ασθενείς μου						
6	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους						
7	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου						
8	Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου						
9	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτή τη δουλειά						
10	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφθασε στο χτένι						
11	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στην δουλειά μου						
12	Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους						

Παρακαλώ βάλτε σε κύκλο το νούμερο της απάντησης που θα επιλέξετε ή/ και συμπληρώστε όπου ζητείται

4. Νομίζω πως στον χώρο της υγείας οι εργαζόμενοι έχουν επαγγελματικό άγχος ή/ και εξάντληση (burnout)

1. Ναι
2. Όχι

5. Νομίζω πως παράγοντες που συντελούν στον χώρο που εργάζομαι στην ύπαρξη επαγγελματικού άγχους ή/ και εξάντλησης (burnout) είναι:
Παρακαλώ περιγράψτε

.....

.....

.....

6. Νομίζω πως με διακατέχει επαγγελματικό άγχος ή/ και εξάντληση (burnout)

1. Ναι
Αν απαντήσατε Ναι προχωρήστε στην ερ.4
2. Όχι

7. ΕΑΝ ΝΑΙ, νομίζω πως οφείλεται στα εξής:

.....

.....

.....

8. Νομίζω πως η υπηρεσία που εργάζομαι χρειάζεται να συμβάλει στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας

1. Ναι
Αν απαντήσατε Ναι προχωρήστε στην ερ.6
2. Όχι

ΕΑΝ ΝΑΙ, νομίζω πως η υπηρεσία που εργάζομαι θα μπορούσε να κάνει τα εξής:
(Παρακαλώ περιγράψτε συνοπτικά τι νομίζετε πως θα βοηθούσε)

.....

.....

.....

Νομίζω πως στο περιβάλλον εργασίας μου χρειάζεται βελτίωση:

1. Ο φωτισμός των χώρων
2. Ο εξαερισμός
3. Ο χώρος διαλειμμάτων
4. Άλλο

Γενικά πιστεύω πως θα βοηθούσε να κάνει η υπηρεσία τα εξής:

1. Μείωση φόρτου εργασίας
2. Αποσαφήνιση ρόλου και αρμοδιοτήτων
3. Περισσότερη υποστήριξη από προϊσταμένους
4. Μεγαλύτερη συμμετοχή των εργαζομένων, ανά τμήμα, στον προγραμματισμό της δουλειάς
5. Ευκαιρίες για κατάρτιση στο αντικείμενο εργασίας μου
6. Πρόσληψη προσωπικού
7. Άλλο

Εμένα προσωπικά νομίζω πως για την πρόληψη/ αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους, θα με βοηθούσε η υπηρεσία να κάνει τα εξής:
(Παρακαλώ περιγράψτε συνοπτικά τι νομίζετε πως θα βοηθούσε)

α).....

β).....

γ).....

12. Πιστεύω πως για την πρόληψη/ αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους χρειάζεται προσπάθεια

1. Από την υπηρεσία
2. Από τον ίδιο/α εργαζόμενο/η
3. Και από τους δύο παραπάνω
4. Άλλο

1. Νομίζω πως η συμμετοχή μου σε ένα πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους θα μου ήταν βοηθητική

1. Ναι
2. Όχι

2. Νομίζω πως ένα τέτοιο πρόγραμμα θα πρέπει να γίνεται

1. Εντός ωραρίου
2. Εκτός ωρών εργασίας

13. Αν γινόταν εντός ωραρίου εργασίας θα συμμετείχα

1. Ναι
 2. Όχι
 2. Άλλο (πιθανές προϋποθέσεις).....
-

14. Εκτός ωρών εργασίας θα συμμετείχα σε ένα πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του burn out

1. Ναι
2. Όχι
3. Άλλο (πιθανές προϋποθέσεις).....

5. Ένα τέτοιο πρόγραμμα περιμένω να με βοηθήσει:

1. Να εκφράσω τις δυσκολίες μου στον χώρο εργασίας
2. Να εντοπίσω τα προβλήματα και να βρω τρόπους αντιμετώπισής τους
3. Να βρω τρόπους βελτίωσης των συνθηκών εργασίας
4. Στην εκπαίδευση διαχείρισης του επαγγελματικού άγχους
5. Άλλο.....

6. Θα ήθελα στον χώρο εργασίας μου να αλλάζαν τα εξής:
(Παρακαλούμε σημειώστε έως τρία θέματα)

.....

.....

.....

.....

17. Θα μου ήταν χρήσιμο να μάθω τρόπους εκτόνωσης του εργασιακού άγχους

1. Ναι
2. Όχι

18. Πιστεύω πως χρειάζεται να διεκδικώ περισσότερο για την βελτίωση των συνθηκών στον χώρο που εργάζομαι

1. Ναι
2. Όχι

19. Πιστεύω πως η αλλαγή τμήματος/ μονάδας βοηθά στην αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους

1. Ναι
Αν απαντήσατε Ναι προχωρήστε στην ερ.20

2. Όχι

20. ΕΑΝ ΝΑΙ, νομίζω πως η αλλαγή τμήματος/ μονάδας είναι καλό να γίνεται:

1. Ανά 2 έτη
2. Ανά 3-5 έτη
3. Ανά 5-10 έτη
4. Όταν το ζητά ο/ η εργαζόμενος/ η
5. Άλλο

21. Θα επιθυμούσα στην παρούσα φάση να αλλάξω τμήμα/ μονάδα εργασίας που απασχολούμαι

1. Ναι
2. Όχι

22. Η υπηρεσία που εργάζομαι μου παρέχει δυνατότητες εκπαίδευσης

1. Ναι
2. Όχι

23. Χρησιμοποιώ τις δυνατότητες της υπηρεσίας μου για εκπαίδευση

1. Ναι
2. Όχι

24. Νομίζω πως για να μπορώ να διαχειρίζομαι αποτελεσματικά τις δυσκολίες στον χώρο εργασίας μου θα μου ήταν χρήσιμο:
(Μπορείτε να σημειώσετε από 1 έως τρεις επιλογές)

1. Να εκπαιδευτώ σε θέματα σχετικά με το αντικείμενο της εργασίας μου
2. Να βρω τρόπους βελτίωσης διαπροσωπικών σχέσεων στον χώρο εργασίας
3. Να μάθω τρόπους διαχείρισης του επαγγελματικού άγχους
4. Να μάθω τρόπους καλύτερης οργάνωσης της εργασίας μου
5. Άλλο.....

25. Πιστεύω πως η λειτουργία ομάδων του προσωπικού στον χώρο εργασίας θα βοηθούσε στην καλή συνεργασία

1. Ναι
2. Όχι

26. Νομίζω πως οι ομάδες του προσωπικού θα πρέπει να είναι:
(Μπορείτε να σημειώσετε από 1 έως τρεις επιλογές)

A.

1. Ομάδες δημιουργικών - ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων
2. Διεπιστημονικές ομάδες συνεργασίας
3. Ομάδες διαχείρισης επαγγελματικού άγχους
4. Εποπτεία
5. Ομάδες καταγραφής προβλημάτων ανά τμήμα και διαμόρφωσης προτάσεων
6. Άλλο.....

B. Εγώ θα επέλεγα να συμμετέχω:.....

(Παρακαλώ σημειώστε έως 2 επιλογές καταγράφοντας τους αριθμούς που προηγούνται των παραπάνω απαντήσεων.)

27. Συνολικά πιστεύω πως ένα πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους θα βοηθούσε να περιέχει τα εξής:

(Παρακαλώ σημειώστε ο,τιδήποτε θεωρείτε σημαντικό που θα βοηθούσε εσάς προσωπικά ή/ και το σύνολο)

.....

.....

.....

.....

.....

Σας ευχαριστώ

