



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ – ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Διοίκηση μονάδων υγείας & πρόνοιας»

Διπλωματική Εργασία

**Η επίδραση του κυλιόμενου ωραρίου στην εργασιακή
εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας της Ελλάδας**

Χαράλαμπος Περιστεράκης

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Ευαγγελία Σταλικά

Θεσσαλονίκη, Μάιος 2021

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα εργάζονται σε κυλιόμενο σύστημα εργασίας ώστε οι υπηρεσίες υγείας να παρέχονται ανεμπόδιστα ολόκληρο το 24ωρο. Ωστόσο, η εργασία σε ασταθές ωράριο επηρεάζει την ψυχική και σωματική τους υγεία και συμβάλει στον κίνδυνο εμφάνισης εργασιακής εξουθένωσης. Η εργασιακή εξουθένωση επηρεάζει αρνητικά τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση της εργασιακής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας της Ελλάδας και στην επίδραση του κυλιόμενου ωραρίου.

Υλικό και μεθοδολογία: Το δείγμα αποτελείται από επαγγελματίες υγείας διαφόρων κλάδων που εργάζονται στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο εξετάζει δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, καθώς και την εργασιακή εξουθένωση με τις κλίμακες της Maslach. Στις ερωτήσεις απάντησαν 160 επαγγελματίες υγείας. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα PSPP και χρησιμοποιήθηκαν πίνακες T – test και Anova, καθώς και μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis.

Αποτελέσματα: Οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος είναι στην πλειοψηφία τους γυναίκες (81%) και εργάζονται σε σύστημα βαρδιών (73%). Εμφανίζουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση, υψηλή αποπροσωποποίηση καθώς και υψηλό δείκτη προσωπικών επιτευγμάτων. Επομένως, φαίνεται να πάσχουν από εργασιακή εξουθένωση. Η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από τα έτη εργασίας στον τομέα της υγείας, τα έτη εργασίας σε κυλιόμενο ωράριο, τη δυνατότητα ρύθμισης των ωραρίων, την ικανοποίηση από τον μισθό. Τα προσωπικά επιτεύγματα επηρεάζονται από τη δυνατότητα ρύθμισης των ωραρίων. Η εργασία σε κυλιόμενο ωράριο επηρεάζει και τις τρεις κλίμακες της Maslach.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας πάσχουν από εργασιακή εξουθένωση. Η εργασία σε κυλιόμενο ωράριο ενισχύει την εργασιακή εξουθένωση.

Λέξεις – κλειδιά: Επαγγελματίες υγείας, εργασιακή εξουθένωση, κυλιόμενο ωράριο, βάρδιες

Abstract

Introduction: Health professionals work in hospital in shift work so that health services are provided unhindered 24 hours a day. However, working in shift work affects their mental and physical health and contributes to the risk of burnout. Burnout adversely affects health professionals as well as the level of care provided.

Purpose: This study aims to investigate the burnout of health professionals in Hellas and the effect of shift work.

Methodology: The sample consists of health professionals from various fields working in health in Hellas. The questionnaire investigates demographic and occupational characteristics, also burnout by the Maslach Burnout Inventory. 160 health professionals participated. The statistical analysis was performed with the PSPP program and T-test, Anova tables and non- parametric Kruskal- Wallis control were used.

Results: Most of the health professionals in the sample are women (81%) and work in shift work (73%). They show high emotional exhaustion, high depersonalization and high index of personal achievements. So they seem to be suffering from burnout. Emotional exhaustion is statistically significantly affected by years of work in health, years of work in shifts, the ability to adjust schedules, salary satisfaction. Personal achievements are influenced by the ability to adjust schedules. Shift work affects all three scales of Maslach.

Conclusions: Health professionals suffer from burnout. Shift work enhances burnout.

Key words: Health professionals, burnout, shift work

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή.....	7
1 ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΒΑΡΔΙΕΣ.....	8
1.1 Ορισμός - βασικές έννοιες	8
1.2 Σύστημα βαρδιών στα ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα	9
1.2.1 Η περίπτωση των ιατρών	10
1.2.2 Η περίπτωση των νοσηλευτών.....	11
2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΡΥΘΜΟΙ (ΚΙΡΚΑΔΙΟΙ)	12
2.1 Ορισμός – λειτουργίες.....	12
3 ΥΠΝΟΣ.....	14
3.1 Ορισμός.....	14
3.2 Η επίδραση του κυλιόμενου ωραρίου στον ύπνο των επαγγελματιών υγείας 14	
3.3 Διαταραχές ύπνου.....	15
3.4 Διαταραχές ύπνου στους επαγγελματίες υγείας.....	16
4 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΥΛΙΟΜΕΝΟΥ ΩΡΑΡΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	18
4.1 Επιπτώσεις στην υγεία	19
4.2 Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία.....	20
4.3 Επιπτώσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή.....	22
4.4 Επιπτώσεις στην εργασία	24
4.5 Επιπτώσεις στην ατομική ασφάλεια	25
4.6 Προτάσεις για την άμβλυνση των επιπτώσεων του κυλιόμενου ωραρίου....	26
5 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	28
5.1 Εισαγωγή.....	28
5.2 Ορισμοί της Εργασιακής Εξουθένωσης.....	29
5.3 Εργασιακή εξουθένωση και συσχέτιση με εργασιακό στρες, κόπωση και κατάθλιψη	33
5.4 Εργασιακή εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας.....	35
6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	37
6.1 Εξωγενείς παράγοντες.....	37
6.2 Ενδογενείς παράγοντες	40
7 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	41

7.1	Σε ατομικό επίπεδο.....	42
7.1.1	Σωματικά.....	42
7.1.2	Ψυχολογικά.....	42
7.1.3	Συμπεριφορά.....	43
7.2	Στην εργασία.....	43
7.2.1	Ασθενείς.....	43
7.2.2	Οργανισμοί.....	45
7.3	Εγκατάλειψη επαγγέλματος.....	45
7.4	Εργασιακή Ικανοποίηση.....	47
8	ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ – ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....	49
1	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	52
1.1	Σκοπός.....	52
1.2	Συλλογή δεδομένων.....	52
1.3	Κριτήρια επιλογής του πληθυσμού.....	52
1.4	Ερευνητικά εργαλεία.....	53
1.5	Στατιστική ανάλυση των δεδομένων.....	54
2	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	54
2.1	Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά.....	54
2.2	Χαρακτηριστικά εργασίας σε κυκλικό ωράριο.....	64
2.3	Εργασιακή Εξουθένωση.....	69
2.3.1	Επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης.....	84
2.4	Επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην εργασιακή εξουθένωση.....	86
2.5	Επίδραση του επαγγέλματος στην εργασιακή εξουθένωση.....	89
2.6	Επίδραση των ετών εργασίας στην εργασιακή εξουθένωση.....	90
2.7	Επίδραση των ετών εργασίας σε βάρδιες στην εργασιακή εξουθένωση.....	92
2.8	Επίδραση της δυνατότητας ρύθμισης των ωραρίων εργασίας στην εργασιακή εξουθένωση.....	94
2.9	Επίδραση της ικανοποίησης από τον μισθό στην εργασιακή εξουθένωση.....	96
2.10	Επίδραση του φύλου των επαγγελματιών υγείας στην εργασιακή εξουθένωση.....	98
2.11	Επίδραση της ηλικίας στην εργασιακή εξουθένωση.....	98
2.12	Επίδραση της θέσης στον χώρο εργασίας στην εργασιακή εξουθένωση.....	99
3	Συζήτηση – συμπεράσματα.....	100
3.1	Περιορισμοί της έρευνας.....	103
	Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	104

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Ηλικία	55
Διάγραμμα 2: Φύλο.....	55
Διάγραμμα 3: Δείκτης μάζας σώματος.....	56
Διάγραμμα 4: Οικογενειακή κατάσταση	56
Διάγραμμα 5: Εργάζεται ο/η σύζυγός σας;.....	57
Διάγραμμα 6: Πλήθος παιδιών ηλικίας 0-5 ετών	57
Διάγραμμα 7: Πλήθος παιδιών ηλικίας 6-12 ετών	58
Διάγραμμα 8: Πλήθος παιδιών ηλικίας 12-18 ετών	58
Διάγραμμα 9: Πλήθος νέων ηλικίας 19-24 ετών	59
Διάγραμμα 10: Πλήθος ενηλίκων 25-60 ετών	59
Διάγραμμα 11: Πλήθος ηλικιωμένων 60 ετών και άνω.....	60
Διάγραμμα 12: Πλήθος ατόμων στην οικογένεια που χρειάζονται φροντίδα	61
Διάγραμμα 13: Εκπαίδευση	61
Διάγραμμα 14: Επάγγελμα.....	62
Διάγραμμα 15: Θέση στο χώρο εργασίας	62
Διάγραμμα 16: Έτη υπηρεσίας στον τομέα υγείας.....	63
Διάγραμμα 17: Ικανοποίηση από τον μισθό	64
Διάγραμμα 18: Εργασία σε κυκλικό ωράριο	64
Διάγραμμα 19: Έτη εργασίας σε κυκλικό ωράριο	65
Διάγραμμα 20: Αριθμός νυχτερινών βαρδιών σε έναν μήνα.....	66
Διάγραμμα 21: Αριθμός απογευματινών βαρδιών σε έναν μήνα	67
Διάγραμμα 22: Αριθμός εφημεριών σε έναν μήνα	67
Διάγραμμα 23: Επιθυμία παύσης εργασίας σε βάρδιες	68
Διάγραμμα 24: Δυνατότητα ρύθμισης ωραρίων εργασίας	69
Διάγραμμα 25: Ψυχική εξάντληση	70
Διάγραμμα 26: Πρωινή ψυχική εξάντληση	70
Διάγραμμα 27: Εργασία με ανθρώπους	71
Διάγραμμα 28: Εξουθένωση από τη δουλειά	72
Διάγραμμα 29: Απογοήτευση από τη δουλειά.....	72
Διάγραμμα 30: Σκληρή εργασία	73
Διάγραμμα 31: Στρες στην εργασία με ασθενείς.....	74
Διάγραμμα 32: Όρια αντοχής	74
Διάγραμμα 33: Νιώθω «άδειος»	75
Διάγραμμα 34: Ενσυναίσθηση.....	76
Διάγραμμα 35: Αντιμετώπιση προβλημάτων ασθενών	76
Διάγραμμα 36: Θετική επιρροή άλλων.....	77
Διάγραμμα 37: Ενεργητικότητα.....	78
Διάγραμμα 38: Άνετη ατμόσφαιρα.....	78
Διάγραμμα 39: Αξιόλογα πράγματα στη δουλειά.....	79
Διάγραμμα 40: Ήρεμη αντιμετώπιση προβλημάτων	80
Διάγραμμα 41: Αναζωογόνηση από τη δουλειά	80

Διάγραμμα 42: Απρόσωπη συμπεριφορά	81
Διάγραμμα 43: Σκληρότητα στην εργασία	82
Διάγραμμα 44: Ανησυχία για σκληρότητα	83
Διάγραμμα 45: Προβλήματα ασθενών	83
Διάγραμμα 46: Αδιαφορία για ασθενείς	84

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Όρια εργασιακής εξουθένωσης (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992)	85
Πίνακας 2: Μέση Τιμή τριών διαστάσεων της κλίμακας Maslach.....	85
Πίνακας 3: Test Kolmogorov-Smirnov για έλεγχο κανονικότητας δείγματος για την εργασιακή εξουθένωση	86
Πίνακας 4: Συσχέτιση κυλιόμενου ωραρίου με συναισθηματική εξάντληση	87
Πίνακας 5: Μέσος όρος συναισθηματικής εξάντλησης όσων εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο και όσων δεν εργάζονται	87
Πίνακας 6: Συσχέτιση κυλιόμενου ωραρίου με προσωπικά επιτεύγματα	88
Πίνακας 7: Μέσος όρος προσωπικών επιτευγμάτων όσων εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο και όσων δεν εργάζονται	88
Πίνακας 8: Συσχέτιση κυλιόμενου ωραρίου με αποπροσωποποίηση	89
Πίνακας 9: Μέσος όρος αποπροσωποποίησης όσων εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο και όσων δεν εργάζονται.....	89
Πίνακας 10: Συσχέτιση ετών εργασίας στην υγεία με την συναισθηματική εξάντληση	90
Πίνακας 11: Σύγκριση συναισθηματικής εξάντλησης ανάλογα με τα έτη εργασίας στην υγεία	91
Πίνακας 12: Συσχέτιση ετών εργασίας σε βάρδιες με συναισθηματική εξάντληση ...	92
Πίνακας 13: Σύγκριση συναισθηματικής εξάντλησης ανάλογα με τα έτη εργασίας σε βάρδιες	93
Πίνακας 14: Συσχέτιση ετών εργασίας σε βάρδιες με τα προσωπικά επιτεύγματα	94
Πίνακας 15: Συσχέτιση ετών εργασίας σε βάρδιες με την αποπροσωποποίηση	94
Πίνακας 16: Συσχέτιση δυνατότητας ρύθμισης του ωραρίου με την συναισθηματική εξάντληση	95
Πίνακας 17: Σύγκριση συναισθηματικής εξάντλησης ανάλογα με τη δυνατότητα ρύθμισης ωραρίων	95
Πίνακας 18: Συσχέτιση δυνατότητας ρύθμισης ωραρίων με την αποπροσωποποίηση	96
Πίνακας 19: Μέσοι όροι συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με την ικανοποίηση από τον μισθό.....	97
Πίνακας 20: Σύγκριση συναισθηματικής εξάντλησης ανάλογα με ικανοποίηση από τον μισθό.....	97
Πίνακας 21: Σύγκριση συναισθηματικής εξάντλησης ανάλογα με την ηλικία	99
Πίνακας 22: Μέσος όρος προσωπικών επιτευγμάτων ανάλογα με τη θέση εργασίας	100

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών καθώς είναι ένα φαινόμενο που ενισχύεται από τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Περιγράφεται ως η αδυναμία του ατόμου να ανταπεξέλθει στο ψυχολογικό στρες που προκύπτει από την εργασία του (Δουβανάς, Μπάλιου, Παντελάκη, Πουσδέρηκη & Μαρβάκη, 2011). Το φαινόμενο είναι πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό. Αφορά κυρίως εργαζόμενους σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα, ενώ τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στον τομέα της υγείας.

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν καθημερινά τον ανθρώπινο πόνο. Η εργασία στον τομέα της υγείας είναι πολύ απαιτητική, καθώς χαρακτηρίζεται από σωματική και ψυχολογική καταπόνηση, ενώ οι ευθύνες είναι πολύ μεγάλες καθώς αφορούν θέματα υγείας και ανθρώπινης ζωής. Επιπλέον, οι συνθήκες εργασίας στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι δυσμενείς, ενώ ο κίνδυνος είναι μεγάλος.

Για να παρέχονται αδιάλειπτα οι υπηρεσίες υγείας, οι επαγγελματίες υγείας αναγκάζονται να εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο. Η εργασία σε βάρδιες διαταράσσει τον φυσιολογικό ρυθμό λειτουργίας του σώματος κι επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητα και την υγεία του ατόμου.

Αν και υπάρχει πληθώρα ερευνών για την εργασιακή εξουθένωση τόσο των νοσηλευτών όσο και των επαγγελματιών υγείας γενικότερα, λίγες είναι αυτές που μελετούν την εξουθένωση σε συνδυασμό με το κυλιόμενο ωράριο. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του κυλιόμενου ωραρίου και της εργασιακής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας.

Στο πρώτο μέρος της μελέτης γίνεται αναφορά στην εργασία σε σύστημα βαρδιών και πώς επηρεάζει το κερκάδιο σύστημα και τον ύπνο. Μελετώνται οι επιπτώσεις του εναλλασσόμενου ωραρίου στην υγεία, την καθημερινή ζωή και την εργασία των επαγγελματιών υγείας. Έπειτα περιγράφεται το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης, από ποιους παράγοντες εξαρτάται και τι αποτελέσματα έχει στο υγειονομικό προσωπικό. Τέλος, αναφέρονται παρεμβάσεις και τρόποι αντιμετώπισης του συνδρόμου. Ακολουθεί το ερευνητικό μέρος όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Γίνεται περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση και εξάγονται τα βασικότερα συμπεράσματα.

1 ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΒΑΡΔΙΕΣ

1.1 Ορισμός - βασικές έννοιες

Η εργασία σε κυλιόμενο ωράριο είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στη σύγχρονη κοινωνία. Η βιομηχανοποίηση, καθώς και η ανάγκη του ανθρώπου να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες όλο το 24ωρο, καθιστούν την εργασία σε βάρδιες αναγκαία. Σύμφωνα με έρευνες, 1 στους 5 εργαζόμενους σε Ευρώπη και Αμερική απασχολείται με κυλιόμενο ωράριο (Ferri, Guadi, Marcheselli, Balduzzi, Magnani & Di Lorenzo, 2016). Οι συνηθέστεροι τομείς τέτοιου είδους απασχόλησης είναι η βιομηχανία, οι υγειονομικές υπηρεσίες, οι μεταφορές, οι επικοινωνίες και τα σώματα ασφαλείας.

Η εργασία σε βάρδιες ορίζεται ως ένας τρόπος οργάνωσης της εργασίας όπου οι εργαζόμενοι είναι χωρισμένοι σε ομάδες οι οποίες διαδέχονται χρονικά η μία την άλλη και επιτελούν την ίδια εργασία (International Labour Organization στο Κορομπέλη, 2009). Με αυτόν τον τρόπο ο οργανισμός ή η επιχείρηση μπορεί να λειτουργεί περισσότερο ή και ολόκληρο το 24ωρο, κάτι που θα ήταν αδύνατο αν απασχολούσε εργαζομένους με παραδοσιακό μοντέλο εργασίας. Επιπλέον, η εργασία συνεχίζεται 7 ημέρες την εβδομάδα, επομένως κάποιοι εργαζόμενοι απασχολούνται και τα σαββατοκύριακα. Αυτό το μοντέλο εργασίας έχει τρία χαρακτηριστικά. Είναι συνεχές, οι βάρδιες εναλλάσσονται η μία την άλλη και υπάρχει προγραμματισμός (Κορομπέλη & Σουρτζή 2010).

Ο τρόπος οργάνωσης της εργασίας με εναλλασσόμενο ωράριο ποικίλλει κι εξαρτάται από το είδος της επιχείρησης και τα χαρακτηριστικά του προσωπικού. Οι εργαζόμενοι μπορεί να δουλεύουν 6-12 συνεχόμενες ώρες οπότε χωρίζονται σε δύο, τρεις ή τέσσερις βάρδιες το 24ωρο. Οι τρεις παραδοσιακές βάρδιες είναι 6μμ., 2μμ. και 10μμ, ωστόσο υπάρχουν πολλές διαφοροποιήσεις (Harrington, 2001). Κάποιοι εργάζονται με σταθερή εναλλαγή βαρδιών η οποία μπορεί να είναι εβδομαδιαία, ημερήσια ή να διαρκεί δύο μέρες. Άλλοι εργάζονται μόνο σε νυχτερινή βάρδια. Τέλος, σε πολλές επιχειρήσεις δεν υπάρχει σταθερός τρόπος εναλλαγής των βαρδιών. Συγκεκριμένα, το εναλλασσόμενο ωράριο μπορεί να είναι συνεχές, ημισυνεχές ή διακοπτόμενο. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα νοσηλευτικά ιδρύματα των οποίων η λειτουργία είναι 24ωρη. Οι εργαζόμενοι χωρίζονται σε 4 ομάδες από τις οποίες οι 3 δουλεύουν (πρωινή, απογευματινή, βραδινή βάρδια) και η μία ξεκουράζεται. Οι ομάδες διαδέχονται η μία την άλλη χωρίς παύση τις αργίες και τα Σάββατα. Στις

περιπτώσεις κάποιων εργοστασίων όπου υπάρχει παύση το σαββατοκύριακο αλλά τις υπόλοιπες ημέρες υπάρχουν 3 βάρδιες, έχουμε ημισυνεχές σύστημα. Τέλος, όταν δεν υπάρχει νυχτερινή εργασία ή και εργασία το σαββατοκύριακο, το σύστημα βαρδιών ονομάζεται διακοπτόμενο (Κορομπέλη & Σουρτζή 2010).

Ακόμη μία διαφοροποίηση μεταξύ της λειτουργίας του συστήματος βαρδιών στις διάφορες επιχειρήσεις και οργανισμούς, είναι η κατεύθυνση προς την οποία αλλάζουν οι βάρδιες. Μπορεί να εναλλάσσονται με την φορά των δεικτών του ρολογιού, δηλαδή από πρωινή βάρδια σε απογευματινή κι έπειτα σε βραδινή ή ανάποδα. Επιπλέον, ρόλο παίζει και ο ρυθμός εναλλαγής που μπορεί να είναι αργός (πχ. αλλαγή βάρδιας κάθε εβδομάδα ή κάθε μήνα) ή γρήγορος (πχ. αλλαγή βάρδιας κάθε μέρα ή κάθε δυο ημέρες).

Σε κάποιες χώρες, εκτός από το σύνηθες 8ωρο σύστημα βαρδιών, υπάρχει και το 12ωρο ή το 6ωρο. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξει και συνδιασμός αυτών. Για παράδειγμα, σε δημόσια νοσοκομεία της Βραζιλίας υπάρχουν δύο 6ωρες βάρδιες (7:00 – 13:00 και 13:00 – 19:00) και μία 12ωρη νυχτερινή (19:00 – 7:00). Το 12ωρο σύστημα παρέχει το πλεονέκτημα περισσότερων ημερών ανάπαυσης (Vidotti κ.α. 2018).

1.2 Σύστημα βαρδιών στα ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι ένας από τους οργανισμούς που παρέχει υπηρεσίες ολόκληρο το 24ωρο. Οι εργαζόμενοι σε αυτά είναι απαραίτητο να δουλεύουν σε κυλιόμενο ωράριο ώστε να επιτυγχάνεται η αδιάκοπη παροχή υπηρεσιών υγείας. Νοσηλευτές, γιατροί, ακτινολόγοι, βοηθοί μικροβιολόγοι και άλλοι επαγγελματίες υγείας εργάζονται αδιάκοπα σε βάρδιες έτσι ώστε να είναι σε θέση να λειτουργεί το εθνικό σύστημα υγείας.

Οι έρευνες που έχουν γίνει σε διάφορες χώρες δείχνουν ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας εργάζεται με εναλλασσόμενο ωράριο. Συγκεκριμένα στη χώρα μας έρευνα που έγινε σε δύο νοσοκομεία έδειξε ότι το 92% των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν εργαζόταν σε βάρδιες (Μπελλάλη & Παυλίδου, 2014). Σε αντίστοιχη έρευνα στο Ισραήλ, σε δείγμα 688 νοσηλευτών, οι 493 (72%) εργάζονταν με εναλλασσόμενο ωράριο (Admi et all, 2008), ενώ και σε Ιταλική πόλη του βορρά υπήρξαν αντίστοιχα αποτελέσματα (77% των νοσηλευτών) (Ferri et all, 2016). Όλοι σχεδόν οι νοσηλευτές και οι γιατροί που εργάζονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα απασχολούνται με κυλιόμενο ωράριο κι εφημερίες. Εξαιρούνται συνήθως οι

προϊστάμενοι νοσηλευτές, καθώς και άλλες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας όπως οι φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α.

Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, τα ωράρια των εργαζομένων και οι εφημερίες καθορίζονται από νόμους με πιο πρόσφατο τον Νόμο 4498/2017 ο οποίος βρίσκεται σε εναρμόνιση με την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2003/88/ΕΚ, τα βασικά σημεία της οποίας αναφέρονται παρακάτω.

1.2.1 Η περίπτωση των ιατρών

Οι γιατροί, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, έχουν δικό τους σύστημα εναλλαγής ωραρίου καθώς παγκοσμίως υπάρχει το καθεστώς των εφημεριών. Στη χώρα μας το ωράριο των γιατρών χωρίζεται σε τακτικό και εφημερίες. Οι εφημερίες μπορεί να είναι ενεργές, δηλαδή ο γιατρός βρίσκεται στο νοσηλευτικό ίδρυμα, επιφυλακής, όπου ο γιατρός είναι στο σπίτι του και αν τον καλέσουν μεταβαίνει στο νοσοκομείο, και μικτές όπου ο χρόνος εφημερίας περιλαμβάνει και τα δύο προηγούμενα είδη (Νόμος 4498, *Εναρμόνιση του ελληνικού δικαίου με την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2003/88/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 4ης Νοεμβρίου 2003 «σχετικά με ορισμένα στοιχεία της οργάνωσης του χρόνου εργασίας» ως προς την οργάνωση του χρόνου εργασίας των ιατρών και οδοντιάτρων του Ε.Σ.Υ. - Ρυθμίσεις θεμάτων ιατρών Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ 72/Α/16-11-2017)

Τα άρθρα 3-5 του Νόμου 4498/2017 περιγράφουν λεπτομερώς το ωράριο και οι εφημερίες των γιατρών. Τα βασικότερα σημεία τους είναι:

- Τακτικό ωράριο 7ωρο (8:00-15:00), πενθήμερο.
- Μέγιστος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας 60 ώρες μαζί με τις εφημερίες. Για να υπερβεί ο χρόνος εργασίας τις 48ωρες χρειάζεται έγγραφη συναίνεση από τον εκάστοτε ιατρό.
- Η συμμετοχή στις εφημερίες είναι υποχρεωτική.
- Οι ειδικευόμενοι γιατροί κάνουν μόνο ενεργές εφημερίες.
- Μέγιστος ημερήσιος χρόνος εργασίας 12 ώρες μαζί με τις εφημερίες.
- Ημερήσια υποχρεωτική ανάπαυση 12 συνεχόμενων ωρών. Για την εύρυθμη λειτουργία των ιδρυμάτων ή την παροχή συνεχόμενης φροντίδας μπορεί να

μειωθεί ο ημερήσιος χρόνος ανάπαυσης. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να αντισταθμιστεί άμεσα κι όχι μετά από μέρες.

1.2.2 Η περίπτωση των νοσηλευτών

Οι νοσηλευτές, όπως και άλλοι επαγγελματίες υγείας, δεν ακολουθούν το σύστημα εφημεριών των γιατρών αλλά εργάζονται με συνεχές κυλιόμενο ωράριο. Συγκεκριμένα, στα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας μας οι βάρδιες των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, δεν εναλλάσσονται με το σύστημα του «ρολογιού», αλλά ακανόνιστα και ο ρυθμός εναλλαγής τους είναι γρήγορος (Κορομπέλη & Σουρτζή 2010). Οι επαγγελματίες υγείας στα δημόσια νοσοκομεία εργάζονται σε 3 8ωρες βάρδιες (7πμ. 3μμ. 11μμ.).

Στην Ελλάδα το σύστημα βαρδιών του νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζεται από το Προεδρικό Διάταγμα 88/1999, στο οποίο έγιναν κάποιες αντικαταστάσεις το 2012, ώστε να εναρμονίζεται με την Ευρωπαϊκή Οδηγία. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση (2003/88/ΕΕ), ο τρόπος οργάνωσης της εργασίας σε κυλιόμενο ωράριο πρέπει να διέπεται από ορισμένους κανόνες:

- Οι εργαζόμενοι δεν πρέπει να δουλεύουν περισσότερες από 48 ώρες την εβδομάδα (άρθρο 2).
- Ο ημερήσιος χρόνος ξεκούρασης πρέπει να είναι το λιγότερο 11 συνεχόμενες ώρες (άρθρο 3).
- Οι εργαζόμενοι πρέπει να έχουν μία ή δύο συνεχόμενες μέρες ξεκούρασης κάθε βδομάδα (άρθρο 5).
- Οι εργαζόμενοι δικαιούνται διάλειμμα 15 λεπτών για κάθε βάρδια που υπερβαίνει τις 6 ώρες (άρθρο 4).
- Η νυχτερινή εργασία δεν πρέπει να ξεπερνά τις 8 ώρες ημερησίως (άρθρο 8).

(Επίσημη εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, L 299/9, 18.11.2003).

Ωστόσο, στη χώρα μας παρατηρείται συχνά καταστρατήγηση των οδηγιών, λόγω έλλειψης προσωπικού. Συγκεκριμένα η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ, 2014) επιστὰ την προσοχή στους νοσηλευτές καθώς συχνά παραβιάζονται τα δικαιώματά τους. Συγκεκριμένα είναι σύνηθες να εργάζονται πρωί και νύχτα (07:00-15:00 και 23:00- 7:00). Όμως έτσι καταστρατηγείται το δικαίωμά τους για 11ωρη ημερήσια συνεχόμενη ανάπαυση. Επίσης, συχνά δεν παίρνουν τα εβδομαδιαία ρεπό τους, όπως και οι γιατροί.

2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΡΥΘΜΟΙ (ΚΙΡΚΑΔΙΟΙ)

2.1 Ορισμός – λειτουργίες

Ο ανθρώπινος οργανισμός είναι ρυθμισμένος ώστε να εργάζεται τη μέρα με πιο εντατικούς ρυθμούς και να ανακτά δυνάμεις κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η αλλαγή αυτή στις λειτουργίες του σώματος ρυθμίζεται από ένα εσωτερικό βιολογικό ρολόι, το οποίο ονομάζεται κιρκάδιο.

Η λέξη «κιρκάδιο» προέρχεται από τα λατινικά και σημαίνει “περί την ημέρα” (circa + dies). Οι κιρκάδιοι ρυθμοί είναι ενδογενείς, συντηρούνται από τον ίδιο τον οργανισμό, και διαρκούν λίγο παραπάνω από 24 ώρες (Τσαούσογλου, Μπερή, Βγόντζας & Χρούσος, 2006). Το βιολογικό ρολόι καθορίζει τον κύκλο εγρήγορσης / ύπνου σε όλα τα θηλαστικά και στα περισσότερα έμβια όντα. Επηρεάζεται από τον ημερήσιο κύκλο φωτός / σκότους, ωστόσο είναι κατά βάση ενδογενές.

Με το φως της ημέρας περνάει ένα ερέθισμα από τον αμφιβληστροειδή χιτώνα που μεταφέρεται στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στον υπερχιασματικό πυρήνα, το ρυθμιστικό κέντρο του υποθαλάμου (Honma et all, 2020). Έρευνες που έγιναν σε τυφλούς οργανισμούς απέδειξαν πως διατηρούσαν κιρκάδιους ρυθμούς πολύ κοντά στο 24ωρο, ακόμα κι αν δεν είχαν δει ποτέ φως (Mansfield et all, 2017). Αυτό αποδεικνύει πως το κιρκάδιο σύστημα επηρεάζεται από τον κύκλο φωτός/ σκότους αλλά δεν εξαρτάται από αυτόν. Εκτός από τον κύκλο ύπνου, το σημείο αυτό του εγκεφάλου, ρυθμίζει την θερμοκρασία του σώματος καθώς και την έκκριση διαφόρων ορμονών (μελατονίνη, κορτιζόλη κ.α). Ακόμα, ο κιρκάδιος κύκλος επηρεάζει την μνήμη, την αντίληψη, την εγρήγορση και την υπνηλία.

Κατά τη διάρκεια της νύχτας, με την απουσία φωτός, οι λειτουργίες του οργανισμού μειώνονται, ο χρόνος αντίδρασης πέφτει και η υπνηλία αυξάνεται. Συγκεκριμένα στις 5:00 το πρωί η θερμοκρασία του ανθρώπινου σώματος είναι στην πιο χαμηλή τιμή της (περίπου 35,5° C). Αντιθέτως, στις 17:00 η θερμοκρασία φτάνει τους 37° C και η αρτηριακή πίεση είναι ανεβασμένη (Akerstedt, 2003). Επομένως, παρατηρείται ένα λειτουργικό ναδίρ του οργανισμού νωρίς το πρωί (4 – 5 π.μ.), ενώ οι λειτουργίες του φτάνουν στον μέγιστο βαθμό τους το απόγευμα πριν τη δύση του ηλίου.

Οι ορμόνες μελατονίνη και κορτιζόλη επηρεάζουν με τη σειρά τους τον κύκλο ύπνου/εγρήγορσης. Η σύνθεση της μελατονίνης πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια

της νύχτας και ευθύνεται για την υπνηλία. Επιπλέον επιδρά στον μεταβολισμό καθώς αναστέλλει την έκκριση ινσουλίνης (Potter, Skene, Arendt, Cade, Grant, &Hardie, 2016). Εν αντιθέσει, η κορτιζόλη είναι μία ορμόνη στρες που εκκρίνεται τις πρωινές ώρες και ενεργοποιεί τον οργανισμό. Η συγκέντρωσή της στο αίμα βρίσκεται στα υψηλότερα επίπεδα στις 8π.μ., ενώ στα χαμηλότερα περίπου τα μεσάνυχτα, όταν δηλαδή οι περισσότεροι άνθρωποι κοιμούνται (Chan &Debono, 2010).

Ο Borbely το 1982 πρότεινε το μοντέλο ρύθμισης ύπνου/εγρήγορσης. Σύμφωνα με αυτό ο ύπνος ρυθμίζεται από την αλληλεπίδραση του κερκάδιου και του ομοιοστατικού συστήματος του οργανισμού (Potter et all, 2016). Η ομοιόσταση είναι η τάση που έχει ο ανθρώπινος οργανισμός να διατηρεί σταθερές συνθήκες στο σώμα (πχ. θερμοκρασία). Οι κερκάδιοι ρυθμοί διαρκούν λίγο παραπάνω από 24 ώρες. Ωστόσο συνήθως συγχρονίζονται με το 24ωρο σύστημα καθώς επηρεάζονται και από εξωγενείς παράγοντες όπως είναι το φως και η κοινωνική ζωή (Τσαούσογλου κ.α. 2006).

Επομένως, σύμφωνα με τη βιολογία, οι κερκάδιοι ρυθμοί επηρεάζουν όλες τις εκφάνσεις της καθημερινότητάς μας. Το πρωί σταματά η έκκριση μελατονίνης έτσι ώστε να ξυπνήσουμε. Η αρτηριακή πίεση αυξάνεται, είμαστε σε εγρήγορση κι έχουμε καλύτερη απόδοση σε ό,τι κάνουμε. Ως το απόγευμα έχουμε καλό συντονισμό και πιο γρήγορα αντανακλαστικά. Το βραδάκι ξεκινά η έκκριση της μελατονίνης και οι λειτουργίες του ανθρώπου φθίνουν. Μεταξύ 2-3 π.μ. έχει παρατηρηθεί ότι λαμβάνει χώρα ο βαθύτερος ύπνος. Οι άνθρωποι είναι «σχεδιασμένοι» ώστε να εργάζονται κατά τη διάρκεια της ημέρας και να αναπαύονται τη νύχτα.

Ωστόσο, από την εποχή της βιομηχανοποίησης, παρατηρείται συχνά η υπερβολική έκθεση του ανθρώπου σε τεχνητό φωτισμό (Potter et all, 2016). Ο σύγχρονος τρόπος ζωής εκθέτει τον άνθρωπο σε λιγότερο φυσικό φως κατά τη διάρκεια της ημέρας, αφού η πλειοψηφία εργάζεται σε εσωτερικούς χώρους, και σε περισσότερο τεχνητό φως κατά τη διάρκεια της νύχτας. Επιπλέον, μία μεγάλη μερίδα του πληθυσμού, δουλεύει σε βάρδιες. Αυτό σημαίνει πως μπορεί να εργάζεται τις ώρες που κανονικά έπρεπε να κοιμάται ή το αντίθετο. Έτσι ο κερκάδιος ρυθμός διαταράσσεται, το βιολογικό ρολόι χάνει τον συγχρονισμό του και συχνά τα άτομα εμφανίζουν διαταραχές ύπνου, εξουθένωση, σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα.

3 ΥΠΝΟΣ

3.1 Ορισμός

Οι επαγγελματίες υγείας είναι μία από τις πιο πολυπληθής κατηγορίες εργαζομένων που δουλεύουν με κυλιόμενο ωράριο. Συχνά εμφανίζουν διαταραχές ύπνου εξαιτίας της απορύθμισης του κιρκάδιου ρυθμού.

Ο ύπνος αποτελεί ζωτική ανάγκη του ανθρώπου. Σύμφωνα με τον Maslow, είναι μια από τις βιολογικές ανάγκες, μαζί με την τροφή και την ανάγκη για ζέστη. Οι ανάγκες αυτές βρίσκονται στην βάση της πυραμίδας ιεράρχησης των αναγκών, και αν δεν ικανοποιηθούν δεν μπορεί κανείς να επικεντρωθεί στην ικανοποίηση ανώτερων αναγκών όπως η ασφάλεια, η κοινωνικότητα και η αυτοεκτίμηση (Montana & Charnov, 2002).

Ο ύπνος είναι μία αναγκαία κατάσταση για τον άνθρωπο και όλα τα ζώα που έχουν εγκέφαλο. Κατά τη διάρκεια του ύπνου καταστέλλεται η πλειοψηφία των λειτουργιών ενός οργανισμού, περιορίζεται η κίνηση στο ελάχιστο και ο μεταβολικός ρυθμός επιβραδύνει (Καζάλα, Καραγιάννη & Γραμματίκας, 2019). Παρατηρείται προσωρινή απώλεια συνείδησης και μειώνεται η αντίληψη. Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα συνεχίζει να λειτουργεί αλλά με διαφορετικό τρόπο από ότι όταν ο οργανισμός βρίσκεται σε εγρήγορση. Ο άνθρωπος χρειάζεται περίπου 7-8 ώρες ύπνο το 24ωρο έτσι ώστε ο εγκέφαλος και το σώμα του να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της ημέρας και να είναι σε εγρήγορση (Κορομπέλη, 2009). Η ποσότητα του ύπνου είναι σημαντική για την ξεκούραση του σώματος και την καλή λειτουργία του εγκεφάλου. Ωστόσο, εξίσου σημαντική είναι και η ποιότητα του ύπνου. Ο άνθρωπος θα πρέπει να έχει καθημερινά επαρκή ποσότητα από όλα τα στάδια ύπνου για να έχει ποιοτικό ύπνο, με πιο σημαντικά τα στάδια βαθέως ύπνου.

3.2 Η επίδραση του κυλιόμενου ωραρίου στον ύπνο των επαγγελματιών υγείας

Η εργασία με εναλλασσόμενο ωράριο επηρεάζει τον κιρκάδιο ρυθμό και διαταράσσει την κοινωνική και οικογενειακή ζωή του ατόμου. Οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται συνήθως σε 3 βάρδιες (πρωινή, απογευματινή, βραδινή) και

σύμφωνα με έρευνες η βραδινή βάρδια είναι αυτή που οδηγεί στις περισσότερες διαταραχές ύπνου (Admi et all, 2008).

Η πλειοψηφία των εργαζομένων σε νυχτερινή βάρδια έχει έναν σύντομο ύπνο το απόγευμα πριν την εργασία και καταφέρνει να κοιμηθεί περίπου μία ώρα μετά το πέρας της βάρδιας. Ο ύπνος αυτός είναι συνήθως 2-4 ώρες λιγότερος από τον συνηθισμένο βραδινό ύπνο (Akerstedt, 2003). Επιπλέον, ο ημερήσιος ύπνος στερείται ποιότητας (Admi et all, 2008), καθώς τα στάδια ελαφρύ ύπνου διαρκούν λιγότερο. Αντιθέτως τα στάδια βαθέως ύπνου δεν φαίνεται να επηρεάζονται. Παλιότερες έρευνες αποδεικνύουν πως πολλοί εργαζόμενοι σε νυχτερινή βάρδια κοιμούνται στην δουλειά άθελά τους νωρίς το πρωί, καθώς νιώθουν ακατανίκητη υπνηλία (Akerstedt, 2003). Εξάλλου, τις πρώτες πρωινές ώρες η έκκριση μελατονίνης είναι στον υψηλότερο βαθμό κι έτσι το ανθρώπινο σώμα έχει ρυθμιστεί να κοιμάται. Αξίζει να σημειωθεί πως η υπνηλία που οφείλεται σε νυχτερινή εργασία παραμένει για δύο 24ωρα μετά την τελευταία βάρδια.

Η πρωινή βάρδια, όπως και η βραδινή, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον ύπνο και γι' αυτό το λόγο δεν είναι αρεστή στους επαγγελματίες υγείας. Οι εργαζόμενοι σε πρωινή βάρδια αναγκάζονται να ξυπνούν πολύ νωρίς το πρωί (5-6 π.μ.), οπότε η αφύπνιση είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Ακόμα, ο ύπνος τους είναι συνήθως σύντομος (< 6 ώρες) και στερείται ποιότητας, έτσι παρατηρείται υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (Akerstedt, 2003).

Όσον αφορά την επίδραση της απογευματινής βάρδιας στον ύπνο των επαγγελματιών υγείας, είναι σαφώς μικρότερη από τις άλλες δύο. Οι εργαζόμενοι σε αυτήν τη βάρδια σχολούν στις 10 ή 11 μ.μ. κι έτσι τείνουν να κοιμούνται αργότερα το βράδυ. Ξυπνούν περίπου στις 8 π.μ οπότε συμπληρώνουν 7-8 ώρες βραδινού ύπνου.

3.3 Διαταραχές ύπνου

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι με κυλιόμενο ωράριο είναι η στέρηση του ύπνου και άλλες διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο. Ως διαταραχές του ύπνου ορίζονται όλες οι δυσκολίες που σχετίζονται με τον ύπνο κι επηρεάζουν την ποιότητα, την ποσότητα αλλά και τα χαρακτηριστικά του (Ηλιάδης, Ζιώγου & Κουρκούτα, 2015). Οι διαταραχές αυτές συχνά προκαλούνται από αυξημένα επίπεδα άγχους, μη σταθερά ωράρια εργασίας και παχυσαρκία (Mansfield et all, 2017).

Η συνηθέστερη διαταραχή είναι η **αϋπνία** και αφορά σχεδόν το 50% του παγκόσμιου πληθυσμού. Αναφέρεται στη δυσκολία που αντιμετωπίζουν πολλοί άνθρωποι να κατορθώσουν να κοιμηθούν ή και να διατηρήσουν τον ύπνο τους, όπως επίσης και στη δυσκολία να ξανακοιμηθούν μετά από πολύ πρωινή αφύπνιση. Οι αϋπνίες, όποια μορφή κι αν έχουν, χαρακτηρίζονται από μικρή διάρκεια ύπνου, καθώς το άτομο δαπανά χρόνο για να πετύχει την έλευση του ύπνου. Το έλλειμμα του ύπνου επηρεάζει τον άνθρωπο στην καθημερινότητα του τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά (Μπελλάλη & Παυλίδου, 2014).

Οι **υπερπνίες** (υπνηλία) αναφέρονται σε περιπτώσεις ακατανίκητης επιθυμίας για ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας, δηλαδή όταν το άτομο θα έπρεπε να είναι σε εγρήγορση. Παρατηρείται συχνά σε ανθρώπους που στερούνται ύπνο και νιώθουν ότι δεν έχουν την ενέργεια που απαιτείται για να διεκπεραιώσουν της καθημερινές τους υποχρεώσεις.

Οι **παραϋπνίες** αφορούν δυσμενή επεισόδια κατά τη διάρκεια του ύπνου, όπως υπνοβασία, υπνικός τρόμος, εφιάλτες, σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (Καζάλα κ.α. 2019). Σχετίζονται με ενεργοποίηση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, περιέχουν κινητική δραστηριότητα και παρουσιάζονται συχνότερα στα παιδιά.

Οι διαταραχές που σχετίζονται με το αναπνευστικό σύστημα είναι το ροχαλητό και το σύνδρομο υπνικής άπνοιας που παρουσιάζονται συνήθως σε άντρες μεγαλύτερης ηλικίας.

Τέλος, υπάρχουν διαταραχές που σχετίζονται με τον κερκάρδιο ρυθμό. Αυτές είναι το jet lag (αποσυγχρονισμός κερκάρδιου ρυθμού λόγω ταξιδιού με αεροσκάφος υψηλής ταχύτητας) και το σύνδρομο διαταραχής ύπνου που σχετίζεται με το κυλιόμενο ωράριο εργασίας.

3.4 Διαταραχές ύπνου στους επαγγελματίες υγείας

Οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ωράριο συχνά αναγκάζονται να δουλεύουν ενώ ο οργανισμός τους βρίσκεται στο ναδίρ των λειτουργιών του. Αυτό συμβαίνει στην βραδινή βάρδια αλλά εν μέρει και στην απογευματινή. Η προσπάθεια του ανθρώπινου οργανισμού να είναι σε εγρήγορση σε μη φυσιολογικές ώρες μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές ύπνου.

Μία από αυτές είναι ο αποσυγχρονισμός του βιολογικού ρυθμού. Αυτό μπορεί να συμβεί αν κάποιος προσπαθεί να αλλάξει τις ώρες που κοιμάται ή που είναι

ξύπνιος. Στη νυχτερινή βάρδια ο εργαζόμενος πρέπει να μείνει ξύπνιος ασυνήθιστες για τον οργανισμό ώρες και να κοιμηθεί με το φως της ημέρας κι ενώ το σώμα του έχει προγραμματιστεί να είναι σε εγρήγορση. Η περίπτωση αυτή ονομάζεται «εξωτερικός αποσυγχρονισμός» καθώς τα ερεθίσματα που δέχεται το σώμα από το περιβάλλον (φως) δεν συγχρονίζονται με αυτά του οργανισμού (ανάγκη για ύπνο) (Κορομπέλη, 2009).

Αν η εργασία σε κυλιόμενο ωράριο συνεχιστεί για χρόνια, ο συνεχής αποσυγχρονισμός του κικκάδιου συστήματος μπορεί να επιφέρει διαταραχές στον ανθρώπινο οργανισμό. Η πιο συχνή είναι η «διαταραχή εργασίας σε βάρδιες». Τα κριτήρια για την γνωμάτευσή της είναι αϋπνία που επιμένει για περισσότερο από τρεις μήνες ή/ και η υπνηλία του εργαζόμενου ενώ προσπαθεί να μείνει ξύπνιος. Ειδικότερα σε περιπτώσεις πολλών νυχτερινών βαρδιών στη σειρά η βιολογική ανάγκη για ύπνο πολλαπλασιάζεται από τη συσσωρευμένη έλλειψη ύπνου κι έχει ως αποτέλεσμα υπνηλία που δεν μπορεί να ελεγχθεί από το άτομο (Μακρυνίκα κ.α. 2013). Οι εργαζόμενοι που πάσχουν από το εν λόγω σύνδρομο, εκτός από διαταραχές ύπνου, συχνά εμφανίζουν κόπωση, πονοκέφαλο, μελαγχολία, δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν και δεν μπορούν να αποδώσουν τα μέγιστα στην δουλειά τους.

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας εργάζεται σε κυκλικό ωράριο. Ωστόσο, δεν εμφανίζουν όλοι την εν λόγω διαταραχή του ύπνου. Φαίνεται πως αυτή επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία, το σύστημα βαρδιών, το κατά πόσο κανείς είναι ικανοποιημένος από την εργασία του καθώς και γενετικούς παράγοντες (Μακρυνίκα κ.α. 2013). Συγκεκριμένα, όσοι εργάζονται μονίμως σε νυχτερινή βάρδια φαίνεται να κοιμούνται περισσότερες ώρες από αυτούς που δουλεύουν περιστασιακά νύχτα σε κυλιόμενο ωράριο. Ωστόσο είναι και οι δυο περιπτώσεις εξίσου επιρρεπείς για εμφάνιση διαταραχής ύπνου. Επιπλέον, όσοι αντλούν ικανοποίηση από την εργασία τους τείνουν να εμφανίζουν σπανιότερα διαταραχές ύπνου. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες αναφέρουν συχνότερα διαταραχές ύπνου γιατί πιθανόν αναλαμβάνουν περισσότερες υποχρεώσεις που αφορούν το σπίτι και τα παιδιά και κοιμούνται λιγότερο (Μακρυνίκα κ.α. 2013). Γενικότερα, η παρουσία άλλων μελών, και κυρίως παιδιών, στο σπίτι είναι ανασταλτικός παράγοντας για ύπνο ιδιαίτερα μετά από νυχτερινή βάρδια. Έρευνα που έγινε σε εργαζομένους σε πλατφόρμα γεώτρησης πετρελαίου στη Βόρεια Θάλασσα, έδειξε ότι η απουσία φυσικού φωτός καθώς και κοινωνικής ζωής ήταν παράγοντες που ευνοούσαν στην έλευση και διατήρηση του

ύπνου μετά από νυχτερινή βάρδια και βοηθούσαν στην εύκολη προσαρμογή (Akerstedt, 2003).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι στις ΗΠΑ πάνω από το 30% των εργαζομένων σε εναλλασσόμενο ωράριο εμφανίζει συμπτώματα διαταραχής ύπνου, σε αντίθεση με τους εργαζομένους σε πρωινή βάρδια που είναι στο 20% (Μακρυνίκα κ.α. 2013). Σε αντίστοιχη έρευνα στο Ισραήλ οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο εμφάνιζαν συχνότερα αϋπνίες σε σχέση με τους νοσηλευτές σταθερού ωραρίου (Admi et all, 2008). Οι McDowall et all (2017), στην έρευνά τους για την επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην ποιότητα ύπνου των νοσηλευτών, αναφέρουν πως το εναλλασσόμενο ωράριο είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου, καθώς η πλειοψηφία των νοσηλευτών έχει κακή ποιότητα ύπνου. Ωστόσο, και σε αυτήν την έρευνα οι νοσηλευτές που δήλωναν πως δεν είχαν καλή ποιότητα ύπνου ήταν στην πλειοψηφία τους εργαζόμενοι σε σύστημα βαρδιών (78% έναντι 59% των εργαζομένων με πρωινό ωράριο). Επιπλέον, οι γυναίκες νοσηλεύτριες υποφέρουν συχνότερα από διαταραχές ύπνου και συνοδά προβλήματα υγείας σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους (Admi et all 2008). Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε βάρδιες κι έχουν παιδιά, οπότε και οικογενειακές υποχρεώσεις, φαίνεται να είναι περισσότερο δυσαρεστημένοι από την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου τους σε σύγκριση με τους άτεκνους συναδέλφους τους (Vidotti et all, 2018).

4 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΥΛΙΟΜΕΝΟΥ ΩΡΑΡΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με μελέτες 10 – 20% των εργαζομένων σε κυλιόμενο ωράριο εμφανίζουν συμπτώματα διαταραχής ύπνου που οφείλεται στις βάρδιες ή αλλιώς «shift lag». Το ποσοστό αυτό φαίνεται να ανεβαίνει στους επαγγελματίες υγείας εξαιτίας του άγχους και της πίεσης από την φύση της δουλειάς τους. Κυμαίνεται μεταξύ 25 – 45% ανάλογα με την έρευνα (Ferri et all, 2016). Οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας παραπονιούνται συχνά για χρόνια κόπωση, αϋπνίες, αυξημένη υπνηλία, γαστρεντερολογικά προβλήματα και μειωμένη νοητική ικανότητα και απόδοση (Κορομπέλη και συν, 2006). Τα προβλήματα αυτά προκύπτουν από τον αποσυγχρονισμό του κερκάδιου ρυθμού, εξαιτίας του εναλλασσόμενου ωραρίου και

τις επιδράσεις του στον ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου. Οι συνέπειες είναι εμφανείς τόσο στην σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων όσο και στην οικογενειακή ζωή και την εργασία τους.

4.1 Επιπτώσεις στην υγεία

Το γαστρεντερικό και το καρδιαγγειακό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού φαίνεται να είναι αυτά που πλήττονται περισσότερο από την εργασία σε κυκλικό ωράριο. Ακολουθούν προβλήματα που αφορούν το μεταβολισμό, αλλά και ορμονικά προβλήματα στις γυναίκες.

Όσον αφορά τις διαταραχές του πεπτικού συστήματος εμφανίζονται συχνότερα δυσπεψία, κοιλιακός πόνος, γαστρίτιδα, έλκος στομάχου και διαταραχές όρεξης (Ferri et all, 2016). Παλιότερη έρευνα αποκάλυψε πως τα $\frac{3}{4}$ των εργαζομένων σε νυχτερινή βάρδια παρουσίαζε γαστρεντερικά προβλήματα (Μπελλάλη & Παυλίδου, 2014). Αυτά οφείλονται τόσο στη διαταραχή του κερκάδιου ρυθμού όσο και στις διατροφικές τους επιλογές. Συγκεκριμένα, οι διεργασίες του γαστρεντερικού συστήματος παρουσιάζουν μία περιοδικότητα που συγχρονίζεται με τους κερκάδιους ρυθμούς. Έτσι κατά τη διάρκεια της ημέρας παρατηρείται αυξημένη δράση, όπως έκκριση γαστρικών υγρών, κινητικότητα εντέρου, παραγωγή ενζύμων και ευκολότερη απορρόφηση θρεπτικών ουσιών (Κορομπέλη & Σουρτζή, 2010). Όταν ο ύπνος λαμβάνει χώρα σε ακατάλληλες ή και ακανόνιστες ώρες έχουμε διαταραχές πέψης με κατ' επέκταση τα προβλήματα που αναφέρθηκαν. Επιπλέον, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο οι εργαζόμενοι στην νυχτερινή βάρδια να καταναλώνουν «έτοιμα γεύματα», γλυκά και καφεϊνούχα ροφήματα. Έτσι, η λήψη βασικών γευμάτων σε ασυνήθιστες ώρες σε συνδυασμό με την κακής ποιότητας τροφή είναι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση πεπτικών διαταραχών. Σε έρευνα των Κορομπέλη και συνεργατών (2006) σε νοσοκομείο της Αττικής, περισσότεροι από το 1/3 των νοσηλευτών που εργάζονταν με βάρδιες ανέφεραν διαταραχές όρεξης, ναυτία αλλά και κακή διατροφή.

Σύμφωνα με έρευνες τα άτομα που εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο έχουν 40% περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρδιαγγειακά προβλήματα (Harrington, 2001). Αυτό οφείλεται κυρίως στα αυξημένα επίπεδα στρες που βιώνουν οι εργαζόμενοι σε βάρδιες εξαιτίας της απορρύθμισης του κερκάδιου ρυθμού αλλά και άλλων προσωπικών παραγόντων. Οι διαταραχές του κερκάδιου ρυθμού μπορεί να προκαλέσουν αύξηση στην έκκριση της κορτιζόλης (ορμόνη του στρες). Αυτό έχει ως

αποτέλεσμα αύξηση της αρτηριακής πίεσης, των καρδιακών παλμών καθώς και εμφάνιση θρόμβων στο αίμα (Κορομπέλη και συν, 2006). Τα συνηθέστερα προβλήματα είναι η υπέρταση, η στηθάγχη καθώς και το έμφραγμα του μυοκαρδίου (Harrington, 2001). Ωστόσο, κι άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία σε βάρδιες παίζουν ρόλο, όπως ο ύπνος, το φαγητό και το κάπνισμα.

Το φαγητό κατά τη διάρκεια της νυχτερινής βάρδιας μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα που σχετίζονται με τον μεταβολισμό, όπως ο διαβήτης και η παχυσαρκία, ενώ συχνά παρατηρούνται αυξημένα τριγλυκερίδια (Κορομπέλη & Σουρτζή, 2010). Αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με έρευνα των Admi et all (2008), οι γυναίκες νοσηλεύτριες αναφέρουν συχνότερα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το εναλλασσόμενο ωράριο απ' ότι οι άντρες συνάδελφοί τους.

4.2 Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία

Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με στρεσογόνες καταστάσεις καθώς το αντικείμενο της δουλειάς τους σχετίζεται με προσφορά υπηρεσιών σε ασθενείς. Οι συνθήκες εργασίας συχνά δεν είναι ιδανικές. Παγκοσμίως, στα νοσηλευτικά ιδρύματα, παρατηρείται το φαινόμενο της έλλειψης προσωπικού, έτσι ο φόρτος εργασίας πολλαπλασιάζεται (Κορομπέλη & Σουρτζή, 2010). Συχνά, ελλείπει πόρων, το προσωπικό αναγκάζεται να εργάζεται με περιορισμένο ή ακατάλληλο εξοπλισμό. Σε συνδυασμό με τυχόν απαιτητικούς ασθενείς ή συνοδούς, τα επαγγέλματα υγείας βρίσκονται στην κορυφή της λίστας της επαγγελματικής εξουθένωσης και των διαταραχών άγχους. Οι νοσηλευτές και οι ιατροί φέρουν το μεγαλύτερο βάρος καθώς εργάζονται σε εναλλασσόμενα ωράρια, ενώ καλούνται να πάρουν γρήγορες αποφάσεις.

Οι διαταραχές ύπνου σχετίζονται άμεσα με ψυχικά προβλήματα. Άνθρωποι που πάσχουν από αϋπνία εκδηλώνουν, εκτός των άλλων, ψυχική αστάθεια και συχνά γίνονται ευέξαπτοι, επιθετικοί ή μελαγχολικοί. Επιπλέον, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη (Μπελλάλη & Παυλίδου, 2014).

Είναι φανερό πως η εργασία σε εναλλασσόμενο ωράριο επηρεάζει τον ύπνο και κατ' επέκταση την ψυχική υγεία των εργαζομένων. Έρευνες που έγιναν σε ποντίκια απέδειξαν την επίδραση της μελατονίνης (ορμόνης του ύπνου) στην διάθεση και στην ενεργοποίηση των κινήτρων. Όταν οι κερκάρδιοι ρυθμοί διαταράσσονται τότε

παρατηρούνται συναισθηματικές διαταραχές καθώς και μειωμένη διέγερση και παρακίνηση (Cheng & Drake, 2018).

Δεν είναι περίεργο που οι νοσηλευτές παρουσιάζουν συχνά κατάθλιψη, χρόνια κόπωση, ευερεθιστότητα, εξουθένωση, αίσθημα απελπισίας και νευρωτική διαταραχή (Κορομπέλη & Σουρτζή, 2010). Όταν απορυθμίζεται το κirkάδιο σύστημα διαταράσσεται η ψυχοκοινωνική λειτουργία του ατόμου με αποτέλεσμα να έχει αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης. Η μελέτη των Jaradat et al (2016) σε νοσηλευτικό προσωπικό της Παλαιστίνης έδειξε πως οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο είχαν αυξημένη ψυχική δυσφορία έναντι των συναδέλφων τους που εργάζονταν σε πρωινό ωράριο. Επιπλέον, παρουσίαζαν χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση. Η έρευνα δεν έδειξε συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των ψυχικών διαταραχών. Αντίστοιχα αποτελέσματα είχε και ελληνική έρευνα σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στο σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας. Το 60% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι βιώνει αυξημένο άγχος εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου, ενώ σχεδόν τα ¾ δήλωσαν πως δεν είναι ευχαριστημένοι από το ωράριο και θα ήθελαν να σταματήσουν να εργάζονται σε βάρδιες, αν είχαν αυτή την επιλογή (Μπελλάλη & Παυλίδου, 2014).

Ωστόσο, σύμφωνα με σύγχρονη αναθεώρηση η συσχέτιση της εργασίας με κυκλικό ωράριο και της εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών δεν είναι ξεκάθαρη καθώς τα αποτελέσματα ερευνών είναι αντικρουόμενα (Cheng & Drake, 2018). Εξάλλου, το άγχος είναι μία έννοια υποκειμενική που είναι δύσκολο να οριστεί και κατ' επέκταση να μετρηθεί. Φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των ετών που εργάζεται κάποιος σε κυκλικό ωράριο και την παρουσία άγχους και νευρωτισμού, ωστόσο αυτά από μόνα τους δεν αποτελούν ψυχικά νοσήματα (Harrington, 2001). Δεν εμφανίζουν όλοι οι εργαζόμενοι σε βάρδιες ψυχικές διαταραχές. Τα ψυχικά νοσήματα έχουν κατά βάση ενδογενείς αιτίες (προσωπικότητα, γενετικοί παράγοντες, προηγούμενες εμπειρίες). Επηρεάζονται σαφώς από το περιβάλλον αλλά δεν προκαλούνται από αυτό. Επομένως, άνθρωποι που έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους και χαρακτηρίζονται ως μη προσαρμόσιμοι, αν εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο, έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές (Admi et al 2008).

4.3 Επιπτώσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή

Όταν ένα μέλος της οικογένειας εργάζεται σε βάρδιες, είναι σαν να «εργάζεται» σε βάρδιες ολόκληρη η οικογένεια. Η εργασία σε κυκλικό ωράριο δεν επηρεάζει τους εργαζόμενους απλά σαν μονάδες, αλλά τους οικείους τους και την κοινωνική ζωή τους (Μπελλάλη & Παυλίδου, 2014). Ο αντίκτυπος είναι μεγαλύτερος όταν η μητέρα είναι αυτή που δεν έχει σταθερό ωράριο εργασίας (Simunic & Gregon, 2012).

Όταν ο ένας από τους δύο γονείς εργάζεται σε κυκλικό ωράριο, προκύπτουν προβλήματα στον προγραμματισμό των υποχρεώσεων και των δραστηριοτήτων της οικογένειας. Για παράδειγμα, ποιος θα πάρει τα παιδιά από το σχολείο συγκεκριμένες μέρες, τι ώρα θα γευματίσει η οικογένεια, πότε θα πάνε μία εκδρομή ή ποιος θα παρακολουθήσει τη σχολική γιορτή. Στην περίπτωση που και οι δύο γονείς εργάζονται σε βάρδιες τα πράγματα είναι εξαιρετικά δύσκολα. Έρευνα έδειξε πως τα παιδιά των εργαζομένων σε εναλλασσόμενο ωράριο στερούνται χρόνο με τους γονείς τους, καθώς χάνεται χρόνος από οικογενειακά γεύματα, ώρες παιχνιδιού και χαλάρωσης αλλά και κοινωνικών εκδηλώσεων (Cheng & Drake, 2018).

Ο ελεύθερος χρόνος των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο συνήθως δεν είναι λιγότερος από των υπολοίπων εργαζομένων. Ωστόσο, οι ημέρες ανάπαυσης μπορεί να είναι στα μέσα της εβδομάδας και όχι το σαββατοκύριακο που τα παιδιά δεν έχουν σχολείο. Η εργασία τα σαββατοκύριακα στέκεται εμπόδιο σε συμμετοχή της οικογένειας σε θρησκευτικές και αθλητικές εκδηλώσεις, καθώς λαμβάνουν χώρα συνήθως τις δύο αυτές ημέρες (Harrington, 2001). Επιπλέον, η εργασία στις γιορτές και τις αργίες επιφέρει αίσθημα δυσαρέσκειας τόσο στον ίδιο τον εργαζόμενο όσο και στους οικείους του (Κορομπέλη & Σουρτζή, 2010). Έρευνα σε νοσοκομεία της Κεντρικής Μακεδονίας έδειξε πως η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών που εργάζονται σε βάρδιες (90% του δείγματος), δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις της οικογένειάς τους λόγω κόπωσης (Δημητριάδου, Λαβδανίτη, Μηνασίδου, Τσαλογλίδου, Καυκιά & Σαπουντζή, 2009).

Στην περίπτωση που η μητέρα είναι αυτή που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο, οι επιπτώσεις είναι ακόμα μεγαλύτερες στην λειτουργία της οικογένειας αλλά και στον συναισθηματικό κόσμο των παιδιών. Παρόλο που τα κοινωνικά στερεότυπα, που θέλουν τη γυναίκα «νοικοκυρά», τείνουν να αλλάζουν, δεν έχουν εξαλειφθεί

πλήρως, ειδικά σε παραδοσιακές κοινωνίες όπως της χώρας μας. Στη σύγχρονη κοινωνία οι γυναίκες είναι επιφορτισμένες με πολλούς ρόλους που συχνά είναι αντικρουόμενοι. Η οικογενειακή ζωή έρχεται σε σύγκρουση με την εργασία, ειδικά όταν η μητέρα εργάζεται σε βάρδιες. Ακόμα και στις μέρες μας οι γυναίκες αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες που αφορούν την φροντίδα του σπιτιού και των παιδιών (Simunic & Gregon, 2012). Όταν η μητέρα εργάζεται σε κυκλικό ωράριο, ο σύζυγος συχνά θα πρέπει να αναλάβει ρόλους που δεν θα αναλάμβανε σε άλλη περίπτωση. Για παράδειγμα, να ετοιμάσει το φαγητό ή να ντύσει τα παιδιά για το σχολείο, όπως και να τα συνοδεύσει στη σχολική γιορτή ή να παρευρεθεί σε μία κοινωνική εκδήλωση μόνος του. Οι υποχρεώσεις αυτές συχνά αγχώνουν τους άντρες και τους καταβάλλουν. Η έλλειψη σταθερότητας, καθώς και οι επιπλέον ρόλοι που καλούνται να αναλάβουν οι σύζυγοι, αυξάνουν τις πιθανότητες να οδηγηθεί ο γάμος στο διαζύγιο (Μπελλάλη & Παυλίδου, 2014).

Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις η εργασία σε κυκλικό ωράριο επιδρά θετικά, καθώς λύνει πρακτικά ζητήματα της καθημερινότητας (Harrington, 2001). Κάποιοι εργαζόμενοι προτιμούν να έχουν τα ρεπό τους ημέρες που άλλοι εργάζονται ώστε να διεκπεραιώνουν γραφειοκρατικές υποχρεώσεις χωρίς να ζητούν άδεια ή να απολαμβάνουν τα χόμπι τους χωρίς συνωστισμό. Επιπλέον, σε κάποιες οικογένειες με μικρά παιδιά, οι σύζυγοι επιλέγουν να εργάζονται σε αντίθετα ωράρια ώστε να ανταπεξέρχονται στην φροντίδα των παιδιών τους χωρίς να καταφεύγουν στη λύση του βρεφικού σταθμού (Cheng & Drake, 2018).

Η εργασία σε κυκλικό ωράριο φαίνεται να επηρεάζει όχι μόνο την οικογενειακή αλλά και την κοινωνική ζωή των ατόμων. Οι άνθρωποι που δεν εργάζονται σε σταθερό πρωινό ωράριο φαίνεται να έχουν μικρότερη κοινωνική δραστηριότητα και λιγότερους φίλους. Συχνά προτιμούν μοναχικά χόμπι καθώς έχουν ελεύθερο χρόνο όταν ο περισσότερος κόσμος εργάζεται (Κορομπέλη & Σουρτζή, 2010). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Μεγάλη Βρετανία έγινε φανερό ότι οι εργαζόμενοι σε βάρδιες συμμετέχουν λιγότερο σε κοινωνικές δραστηριότητες που μπορεί να περιλαμβάνουν: εθελοντισμό, πολιτική, πολιτιστικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις, αθλητικές διοργανώσεις (Cheng & Drake, 2018). Συχνά νιώθουν μοναξιά και δεν είναι ευχαριστημένοι από την κοινωνική τους ζωή καθώς δεν μπορούν να συμμετέχουν σε αυτήν όσο θα ήθελαν ή όσο οι άλλοι εργαζόμενοι. Το κοινωνικό αυτό έλλειμμα πιθανόν επηρεάζει τα άτομα σε ψυχολογικό επίπεδο κι ευθύνεται για εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών.

4.4 Επιπτώσεις στην εργασία

Η έλλειψη ύπνου και οι διαταραχές του κερκάρδιου ρυθμού επηρεάζουν την εγρήγορση του ατόμου και την απόδοσή του κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ωράριο συχνά έχουν ελλείμματα σε γνωστικούς τομείς όπως η αντίληψη, ο χρόνος αντίδρασης και η επαγρύπνηση. Οι συγκεκριμένες ελλείψεις φαίνεται να έχουν επιπτώσεις στην παραγωγικότητα του ατόμου, στην προσωπική του ζωή αλλά και την δημόσια ασφάλεια (Cheng & Drake, 2018).

Στον τομέα της δημόσιας υγείας οι επιπτώσεις αφορούν σφάλματα και ατυχήματα που επηρεάζουν την ασφάλεια τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών. Όσο περισσότερες συνεχόμενες βραδινές βάρδιες κάνει κάποιος, τόσο περισσότερα είναι τα λάθη που παρατηρούνται. Τα σφάλματα αφορούν κυρίως λάθη στις διαγνώσεις, παραλείψεις ή λάθη στη χορήγηση φαρμάκων, ακούσια τρυπήματα από βελόνες, κοψίματα, καθώς και μειωμένη αντίδραση σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (Μπελλάλη & Παυλίδου, 2014). Στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας, τα λάθη μπορεί να κοστίσουν την υγεία ή ακόμα και ανθρώπινες ζωές. Έρευνα έδειξε πως ειδικευόμενοι γιατροί που εργάζονταν σε συνεχείς εφημερίες έκαναν πολλαπλάσια ιατρικά λάθη σε σύγκριση με συναδέλφους τους που εργάζονταν σε πιο σύντομες βάρδιες. Το συχνότερο σφάλμα είναι τρύπημα του επαγγελματία υγείας από σύριγγα, κάτι που μπορεί να αποβεί μοιραίο για την υγεία του. Στις ΗΠΑ οι ειδικευόμενοι γιατροί συνηθίζουν να δουλεύουν ως 80 ώρες την εβδομάδα. Ωστόσο, ο αριθμός αυτός μπορεί να ξεπεράσει τις 100 ώρες, κάτι που σημαίνει πως μπορεί να εργάζονται κατά μέσο όρο 15 ώρες την ημέρα για συνεχόμενες εβδομάδες (Keller, Berryman & Lukes, 2009). Έρευνα των Admi et al (2008) σε νοσηλευτές Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ισραήλ, έδειξε πως καταγράφηκαν 205 κλινικά λάθη, μέσα σε ένα έτος, τα οποία είχαν δυσμενείς επιπτώσεις. Τα νοσηλευτικά σφάλματα αφορούσαν κυρίως λάθη σε φάρμακα, παράλειψη μετρήσεων και πτώσεις ασθενών.

Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται συχνά αντιμέτωποι με τις συνέπειες των σφαλμάτων τους. Οι περισσότεροι κάποια στιγμή στην επαγγελματική τους πορεία θα κληθούν να αντιμετωπίσουν την νομική ευθύνη κάποιου κλινικού λάθους τους. Επιπλέον, κινδυνεύουν περισσότερο από άλλους επαγγελματίες, να αιτηθούν μακροχρόνια αναρρωτική άδεια ή αναπηρική σύνταξη λόγω τραυματισμού (Keller et al, 2009). Η σωματική, ψυχολογική και πνευματική κόπωση που συνεχίζεται για

χρόνια οδηγεί σε γνωστικά ελλείμματα και όλα αυτά έχουν ως συνέπεια λάθη, παραλήψεις και ατυχήματα. Έρευνα έχει δείξει πως οι άνθρωποι που εργάζονται για χρόνια σε κυκλικό ωράριο αντιμετωπίζουν γνωστικό έλλειμμα. Το έλλειμμα αυτό αντισταθμίζεται αν περάσουν τουλάχιστον 5 έτη χωρίς εργασία σε βάρδιες (Cheng & Drake, 2018).

4.5 Επιπτώσεις στην ατομική ασφάλεια

Η έλλειψη ύπνου των επαγγελματιών υγείας δεν επηρεάζει μόνο την ασφάλεια των ιδίων και των ασθενών τους κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, αλλά και μετά τη λήξη της βάρδιας. Οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ωράριο οι οποίοι μετακινούνται με ιδιωτικό όχημα, συχνά εμπλέκονται σε τροχαία ατυχήματα που μπορεί να είναι θανατηφόρα, μετά το πέρας της βραδινής βάρδιας (Μπελλάλη & Παυλίδου, 2014).

Η υπνηλία είναι μία από τις πιθανότερες αιτίες για αυτοκινητιστικό δυστύχημα. Πολλοί άνθρωποι παίρνουν τα αυτοκίνητά τους ενώ νυστάζουν και το 28% αυτών δηλώνει πως τους έχει πάρει ο ύπνος ενώ οδηγούσαν τουλάχιστον μια φορά το προηγούμενο έτος. Οι εργαζόμενοι σε βραδινή βάρδια κινδυνεύουν να εμπλακούν σε αυτοκινητιστικό ατύχημα, ειδικά νωρίς το πρωί, όταν επιστρέφουν στο σπίτι από την εργασία τους και η υπνηλία τους είναι αυξημένη (Lee et al, 2016).

Σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί με τη χρήση προσομοιωτή οδήγησης, διαφάνηκε ότι οι άνθρωποι που είχαν στερηθεί ύπνο δεν είχαν καλά αντανακλαστικά και δεν αντιδρούσαν γρήγορα σε ενδεχόμενους κινδύνους. Επιπλέον, έβγαιναν συχνά εκτός λωρίδας κυκλοφορίας και κινδύνευαν να εκτραπούν από την πορεία τους με το όχημά τους (Lee et al, 2016). Άλλη έρευνα έδειξε πως όταν ο χρόνος, που ήταν άυπνοι οι οδηγοί, ξεπερνούσε τις 24 ώρες, η ικανότητα οδήγησης έφτανε στα επίπεδα αυτής των οδηγών υπό την επήρεια μέθης (Γκριζιώτη, Μαστροκόστας, Χάιδις, Παναγοπούλου & Μπένος, 2010).

Οι εργαζόμενοι σε βραδινή βάρδια όταν οδηγούν για να επιστρέψουν στο σπίτι τους έχουν αυξημένα επίπεδα νωθρότητας και δυσκολεύονται να κρατήσουν τα μάτια τους ανοιχτά και την προσοχή τους στραμμένη στην πορεία τους. Ο κίνδυνος για σύγκρουση αυξάνεται κατακόρυφα όταν η διαδρομή διαρκεί πάνω από 30 λεπτά (Lee et al, 2016). Σύμφωνα με έρευνα σε δημόσιο ελληνικό νοσοκομείο, οι εργαζόμενοι σε κυλιόμενο ωράριο εμφάνιζαν σχεδόν 30% περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε αυτοκινητιστικό ατύχημα απ' ότι οι εργαζόμενοι σε πρωινό ωράριο.

Οι ερωτηθέντες ανέφεραν πως οι κύριοι λόγοι πρόκλησης ατυχήματος ήταν η μειωμένη προσοχή, η κόπωση και η υπνηλία (Γκριζιώτη κ.α. 2010).

Η αϋπνία γενικότερα σαν διαταραχή ύπνου σχετίζεται με την πρόκληση ατυχήματος στην εργασία, το σπίτι ή τον δρόμο. Σύμφωνα με έρευνα των Leger et all (2014), η αϋπνία αυξάνει τα ποσοστά ατυχημάτων εξαιτίας της υπνηλίας που προκαλείται από την χρόνια έλλειψη ύπνου. Επομένως είναι αναμενόμενο οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται κατ' εξοχήν σε κυκλικό ωράριο να είναι επιρρεπείς στην πρόκληση τροχαίου ατυχήματος και να κινδυνεύει η σωματική τους ακεραιότητα και μετά το πέρας της βάρδιάς τους.

4.6 Προτάσεις για την άμβλυνση των επιπτώσεων του κυλιόμενου ωραρίου

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας εργάζεται σε κυλιόμενο ωράριο χωρίς να έχει την δυνατότητα να ρυθμίσει το πρόγραμμα σύμφωνα με τις επιθυμίες και τις υποχρεώσεις του. Για να μειωθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις που επιφέρει το κυκλικό ωράριο στην ψυχολογία του εργαζόμενου και στον οικογενειακό προγραμματισμό θα πρέπει να μπορεί να επιλέγει τις ημέρες που θα έχει τα ρεπό του και την άδειά του. Φυσικά σε μία κλινική με μεγάλο αριθμό εργαζομένων δεν είναι πάντοτε εφικτό, αλλά σίγουρα είναι δυνατό ως έναν βαθμό (Μπελλάλη & Παυλίδου, 2014). Επιπλέον οι εργαζόμενοι να μαθαίνουν όσο το δυνατόν νωρίτερα το μηνιαίο τους πρόγραμμα. Με αυτόν τον τρόπο μειώνεται αρκετά το άγχος που προκαλείται από την έλλειψη ελέγχου του προγραμματισμού των βαρδιών.

Κανένα σύστημα εργασίας σε βάρδιες δεν στερείται δυσμενών επιπτώσεων αλλά έχει παρατηρηθεί ότι το κυκλικό ωράριο με φορά δεικτών ρολογιού παρέχει κάποια πλεονεκτήματα. Οι βάρδιες διαδέχονται η μία την άλλη με την εξής σειρά: πρωινή – απογευματινή – βραδινή (Harrington, 2001). Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται επαρκής χρόνος ξεκούρασης από την μία βάρδια στην άλλη, κάτι που δεν συμβαίνει όταν το κυλιόμενο σύστημα έχει ανάποδη φορά, αφού μετά την απογευματινή βάρδια κανείς θα πρέπει να δουλέψει πρωί. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα θα πρέπει να ακολουθούν την ευρωπαϊκή οδηγία που αναφέρει χρόνο ανάπαυσης τουλάχιστον 11 ωρών ανάμεσα στις βάρδιες (Ferri et all, 2016).

Σχετικά με την ταχύτητα εναλλαγής των βαρδιών έχει παρατηρηθεί πως οι εργαζόμενοι προτιμούν το γρήγορα εναλλασσόμενο σύστημα. Αυτό συμβαίνει γιατί

μπορούν να ρυθμίσουν ευκολότερα τις υποχρεώσεις τους, ενώ ο οργανισμός δεν προλαβαίνει να αποσυγχρονιστεί πλήρως (Κορομπέλη & Σουρτζή, 2010). Συγκεκριμένα ο κirkάδιος ρυθμός διαταράσσεται προσωρινά και γρήγορα επανέρχεται στο φυσιολογικό του.

Μετά τη βραδινή βάρδια καλό είναι να παρέχεται χρόνος ανάπαυσης τουλάχιστον 24 ωρών. Ιδανικά οι εργαζόμενοι μετά την τελευταία νυχτερινή βάρδια τους να παίρνουν τα ρεπό τους έτσι ώστε να ξεκουράζονται και να επανέρχεται ο κirkάδιος ρυθμός. Επιπλέον, να μην έχουν περισσότερες από δύο νυχτερινές βάρδιες στη σειρά (Κορομπέλη και συν, 2006).

Όσον αφορά τις ημέρες ανάπαυσης των εργαζομένων σε κυκλικό ωράριο θα πρέπει να είναι συνεχόμενες και να μην παρέχονται τμηματικά. Μία φορά το δίμηνο θα μπορούσε να παίρνει καθένας άδεια λίγων ημερών ώστε να χαλαρώνει από την πίεση της δουλειάς και του ωραρίου. Ακόμα, καλό θα ήταν να έχει κάθε εργαζόμενος ένα σαββατοκύριακο ελεύθερο τον μήνα ώστε να παίρνει μέρος σε κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένειά του (Μπελλάλη & Παυλίδου, 2014). Θα πρέπει να αποφεύγεται να εργάζονται οι άνθρωποι πάνω από 6-7 ημέρες χωρίς να έχουν ρεπό.

Σημαντική συνιστώσα είναι η ώρα αλλαγής της βάρδιας, ιδιαίτερα της πρωινής. Στις περισσότερες χώρες η πρωινή βάρδια αναλαμβάνει δουλειά στις 6π.μ γεγονός που είναι δυσμενές για τον ύπνο καθώς οι εργαζόμενοι πρέπει να ξυπνήσουν ενώ ακόμα τα επίπεδα μελατονίνης στο αίμα είναι αυξημένα (Harrington, 2001). Θα ήταν προτιμότερο η αλλαγή της βάρδιας να γινόταν παγκοσμίως στις 7 π.μ, όπως συμβαίνει στη χώρα μας.

Τέλος, σε ατομικό επίπεδο, πολύ σημαντικός φαίνεται πως είναι ο σύντομος ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας, όταν ο εργαζόμενος δουλεύει νυχτερινή βάρδια. Ο ύπνος αυτός που μπορεί να έχει διάρκεια ½ - 2 ώρες είναι ιδιαίτερα ευεργετικός καθώς μειώνει, ως έναν βαθμό, την νωθρότητα που παρατηρείται τις πρώτες πρωινές ώρες (Akerstedt, 2003).

5 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

5.1 Εισαγωγή

Η εργασιακή εξουθένωση (burnout) είναι ένα σύνδρομο που παρατηρείται σε επαγγελματίες που η εργασία τους αφορά την στενή επαφή με άλλους ανθρώπους και αντιμετωπίζουν αυξημένη πίεση και αγχώδεις καταστάσεις (Σταυριανόπουλος, Σταμάτη, Γκρεβέκη, Γκουρβέλου & Παπαδημητρίου, 2011). Εκφράζεται με συναισθηματική και σωματική καταπόνηση του εργαζομένου σε τέτοιο βαθμό που με δυσκολία ανταπεξέρχεται στις επαγγελματικές του υποχρεώσεις. Η εξουθένωση, που είναι και το κυρίαρχο χαρακτηριστικό, επηρεάζει το άτομο τόσο στην επαγγελματική όσο και στην προσωπική του ζωή. Κατ' επέκταση επηρεάζει τον οργανισμό στον οποίο δουλεύει και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Το σύνδρομο αυτό περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Αμερικανό ψυχολόγο H. Freudenberger το 1974, για να χαρακτηρίσει την επαγγελματική εξάντληση που βίωναν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν εθελοντικά σε μια κλινική απεξάρτησης από τα ναρκωτικά στην Νέα Υόρκη (Reith, 2018). Ο όρος “burn out” που δόθηκε από τον Freudenberger, στα αγγλικά μεταφράζεται ως «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των έσω, μέχρι το σημείο της απανθράκωσης» (Θεοφίλου, 2009).

Τις επόμενες δεκαετίες το σύνδρομο “burnout” μελετήθηκε παγκοσμίως και δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα εξαιτίας των συνεπειών του. Αποδείχθηκε πως εργαζόμενοι σε επαγγέλματα προσφοράς υπηρεσιών, όπως οι αστυνομικοί, οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες υγείας, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης εργασιακής εξουθένωσης. Ωστόσο η επαγγελματική εξουθένωση αφορά και την μη αμειβόμενη εργασία. Υψηλά επίπεδα εξάντλησης παρατηρήθηκαν σε φοιτητές, εθελοντές καθώς και σε φροντιστές ηλικιωμένων ή ατόμων με ειδικές ανάγκες (van Dam, 2016).

Οι επαγγελματίες υγείας πλήττονται συχνότερα από το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης εξαιτίας της φύσης του επαγγέλματος αλλά και των συνθηκών εργασίας. Η συνεχής ενασχόληση με τον ανθρώπινο πόνο και τον θάνατο, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, η έλλειψη προσωπικού και πόρων καθώς και η

ανάγκη λήψης γρήγορων αποφάσεων κάτω από συνθήκες πίεσης ανεβάζουν τα επίπεδα του στρες και της κόπωσης. (Αλεξιάς, Αναγνωστόπουλος & Πιλιάτης, 2010).

Η εργασιακή εξουθένωση προσομοιάζει με χρόνιο επαγγελματικό στρες. Είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που πρέπει να αντιμετωπίζεται ως διαδικασία που εξελίσσεται και όχι ως κατάσταση (Καρακώστας, 2014). Ωστόσο το σύνδρομο αυτό δεν έχει αναγνωριστεί ως ψυχιατρική διαταραχή ούτε στο DSM – 5. Επομένως δεν έχει συγκεκριμένη συμπτωματολογία και η ανίχνευσή του είναι δύσκολη υπόθεση (Reith, 2018).

5.2 Ορισμοί της Εργασιακής Εξουθένωσης

Πολλοί επιστήμονες ασχολήθηκαν με το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης, χωρίς να έχουν συμφωνήσει σε έναν καθολικό ορισμό. Ο πρώτος που περιέγραψε και ονόμασε το σύνδρομο “burnout” ήταν ο Freudenberger το 1974. Σύμφωνα με αυτόν η εργασιακή εξουθένωση χαρακτηρίζεται από *εξάντληση που προκαλείται από τις υπέρογκες απαιτήσεις σε ενέργεια, δύναμη και πόρους* στις οποίες καλούνται να ανταποκριθούν οι εργαζόμενοι. Τα συμπτώματα αφορούν κόπωση, απογοήτευση, κυνισμό και αίσθημα αναποτελεσματικότητας. Πλήττουν κυρίως άτομα που η εργασία τους απαιτεί συναισθηματική εμπλοκή και αφοσίωση στον «πελάτη» (Reith, 2018).

Ο πλέον αποδεκτός ορισμός δόθηκε από την ψυχολόγο Christine Maslach μερικά χρόνια αργότερα (1982). Η εργασιακή εξουθένωση ορίζεται ως *συναισθηματική και σωματική εξάντληση του εργαζομένου και απώλεια του ενδιαφέροντος και των συναισθημάτων συμπαθείας για τον πελάτη, που στα επαγγέλματα υγείας είναι ο ασθενής* (Θεοφίλου, 2009). Η Maslach διακρίνει τρεις παραμέτρους που μαζί διαμορφώνουν την εργασιακή εξουθένωση: την εξάντληση, τον κυνισμό και την αναποτελεσματικότητα (Leiter & Maslach, 2016).

- Η εξάντληση αναφέρεται στην ψυχική και σωματική κόπωση που βιώνει ο εργαζόμενος και του στερούν τον συναισθηματικό δεσμό με τον ασθενή. Το άτομο που πάσχει από εργασιακή εξουθένωση νιώθει πως δεν έχει αρκετή ενέργεια για να συγκεντρωθεί στη δουλειά του και να προσφέρει στους ασθενείς του. Καθημερινά νιώθει αδύναμο να ανταποκριθεί στις υψηλές απαιτήσεις της εργασίας και τα ψυχικά του αποθέματα να λιγοστεύουν (Γρηγοροπούλου και συν, 2018).

- Ο κυνισμός ή αλλιώς αποπροσωποποίηση αναφέρεται στα αρνητικά συναισθήματα του εργαζόμενου για τους ασθενείς του και στην απομάκρυνσή του από αυτούς (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008). Δείχνει να αδιαφορεί για τους ασθενείς ως ανθρώπους, τους αντιμετωπίζει σαν περιστατικά, χωρίς ευαισθησία στον πόνο ή στον επικείμενο θάνατο. Η κυνική και συχνά αγενής συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας φαίνεται να είναι ένας μηχανισμός άμυνας απέναντι στο εργασιακό άγχος και την εξουθένωση (Γρηγοροπούλου και συν, 2018). Επομένως, η αποπροσωποποίηση είναι απόρροια της συναισθηματικής εξουθένωσης και τα στάδια αυτό διαδέχεται το προηγούμενο.
- Η αναποτελεσματικότητα αναφέρεται διαφορετικά ως έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Ο εργαζόμενος βιώνει χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και η παραγωγικότητά του μειώνεται. Σταδιακά αντιλαμβάνεται ότι αδυνατεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον τομέα της εργασίας του, τουλάχιστον όχι με τον τρόπο που θα ήθελε. Παραιτείται από την προσπάθεια να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της φροντίδας των ασθενών αλλά και να επικοινωνήσει με τους συναδέλφους του (Πετράκος κ.α., 2018).

Οι Leiter & Maslach (2016), αναφέρουν ότι η εργασιακή εξουθένωση δεν είναι απλή εξάντληση και αίσθημα ότι σε έχει καταβάλλει η δουλειά. Οι εργαζόμενοι που πάσχουν από burnout έχουν χάσει την επικοινωνία και την ψυχική σύνδεση με την εργασία τους. Η εργασιακή εξουθένωση δεν είναι στατική κατάσταση αλλά μία διαδικασία που εξελίσσεται. Γι' αυτό το λόγο οι πάσχοντες εμφανίζουν με διαφορετική βαρύτητα τα συμπτώματα κάθε παράγοντα. Επιπλέον, η κλινική εικόνα του ασθενή με εργασιακή εξουθένωση διαφέρει από μία χρονική περίοδο σε μία άλλη (Leiter & Maslach, 2016). Για παράδειγμα όταν το burnout είναι σε αρχικό στάδιο ο ασθενής εμφανίζει εντονότερα τα συμπτώματα της συναισθηματικής εξουθένωσης, ενώ αντιθέτως μετά από έναν χρόνο μπορεί βιώνει αποπροσωποποίηση σε μεγαλύτερο βαθμό.

Επιπλέον, το αίσθημα της εξάντλησης αποτελεί προγνωστικό παράγοντα, αλλά όχι το μοναδικό κριτήριο για την διάγνωση της εργασιακής εξουθένωσης. Οι τρεις διαστάσεις που αναφέρθηκαν είναι αλληλένδετες και παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση μεταξύ τους αλλά είναι διακριτές και δεν απαντώνται όλες στον ίδιο βαθμό. Συνήθως οι ασθενείς με burnout χωρίζονται σε υπο- ομάδες ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους. Όσοι παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα είναι σε

θέση να συνεχίσουν να εργάζονται, συχνά με μειωμένες αρμοδιότητες, σε αντίθεση με όσους εμφανίζουν πιο σοβαρά συμπτώματα που συνήθως αναγκάζονται σε αναρρωτική άδεια. Σε κάθε περίπτωση η πρόγνωση και η θεραπεία διαφέρουν (van Dam, 2016).

Πρόσφατη έρευνα σε ασθενείς που πάσχουν από εργασιακή εξουθένωση έδειξε πως υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης δείχνουν πως το άτομο βιώνει εντονότερα το σύνδρομο απ' ότι άτομα που εμφανίζουν συναισθηματική εξάντληση σε μεγαλύτερο βαθμό (Leiter & Maslach, 2016). Επομένως ενισχύεται η άποψη της Maslach ότι το burnout είναι μία κατάσταση πολυδιάστατη που δεν περιλαμβάνει μόνο εξάντληση ή εργασιακό άγχος.

Μία ακόμα θεωρία για την εργασιακή εξουθένωση είναι αυτή των Edelmich & Brodsky, που αναφέρεται επίσης σε στάδια με διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ τους, όπως οι τρεις διαστάσεις της Maslach. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο οι εργαζόμενοι περνούν από τέσσερα στάδια στην επαγγελματική τους πορεία: τον ενθουσιασμό, την αμφιβολία, την απογοήτευση και την απάθεια (van Dam, 2016).

- Στην αρχή της καριέρας του ο εργαζόμενος διακατέχεται από ενθουσιασμό και όρεξη να προσφέρει τα μέγιστα. Οι προσδοκίες του είναι πολύ υψηλές, συχνά ουτοπικές. Επενδύει χρόνο και ενέργεια ώστε να πετύχει τους στόχους του (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).
- Όταν αντιλαμβάνεται ότι οι στόχοι του είναι δύσκολο να κατακτηθούν, περνάει στο στάδιο της αμφιβολίας. Ο εργαζόμενος συνειδητοποιεί πως οι κόποι του δεν αναγνωρίζονται και οι προσπάθειές του δεν καρποφορούν. Τότε καταβάλει ακόμα μεγαλύτερη προσπάθεια για να πετύχει τις υψηλές του προσδοκίες, παρά την κούραση που τον καταβάλλει, ενώ διακατέχεται από άγχος και στρες (van Dam, 2016).
- Κάποια στιγμή συνειδητοποιεί ότι παλεύει εις μάτην. Τότε έρχεται η ματαίωση και η απογοήτευση. Ο εργαζόμενος αναγκάζεται να «παραδεχτεί την ήττα του» και να επανακαθορίσει τους στόχους του ή να αλλάξει επάγγελμα (Θεοφίλου, 2009).
- Εάν επιλέξει να παραμείνει στην ίδια εργασία είναι πολύ πιθανό να φτάσει στο τελευταίο στάδιο εξουθένωσης, την απάθεια. Ο εργαζόμενος νιώθει κόπωση και προσπαθεί να αποφύγει τα καθήκοντά του γιατί του προκαλούν άγχος και απογοήτευση. Είναι παθητικός απέναντι στους ασθενείς του και βλέπει ότι δεν έχει τα ψυχικά αποθέματα να αναλάβει τις υποχρεώσεις του.

Νιώθει ανεπαρκής και δεν αντλεί καθόλου ικανοποίηση από την εργασία του (van Dam, 2016).

Προς την ίδια κατεύθυνση με τους άλλους δύο κινείται και η θεωρία του Cherniss. Υποστηρίζει πως η εργασιακή εξουθένωση είναι μια εξελικτική διαδικασία και όχι ένα «συμβάν», ενώ διακρίνει τρία στάδια:

- Το πρώτο στάδιο αναφέρεται ως «εργασιακό στρες» και προκαλείται από την αναντιστοιχία των διαθέσιμων πόρων και των απαιτήσεων (De Vos et al., 2016). Όλοι οι εργαζόμενοι αναλαμβάνουν κάποια καθήκοντα και θέτουν τους στόχους τους. Στην αρχή της καριέρας τους συνήθως έχουν υψηλούς στόχους και προσωπικά οράματα. Όταν αντιλαμβάνονται ότι οι πόροι που έχουν στην διάθεσή τους δεν επαρκούν για την υλοποίηση των στόχων τους, νιώθουν πίεση και άγχος. Αυτή η ανισορροπία συμβαίνει συχνά στους εργαζομένους, χωρίς να προκαλεί σε όλους εργασιακή εξουθένωση (Θεοφίλου, 2009).
- Η έλλειψη ισορροπίας επιφέρει αρνητικά συναισθήματα στον εργαζόμενο και του προκαλεί ένταση, κούραση και άγχος (De Vos et al., 2016). Περνάει στην φάση της «εξάντλησης», όπου σταδιακά χάνει το ενδιαφέρον του για τη δουλειά του και αναλαμβάνει συχνότερα γραφειοκρατική δουλειά ώστε να αποφύγει την ενασχόληση με τους πελάτες – ασθενείς. Ο χώρος εργασίας αποτελεί μόνιμη πηγή άγχους για το άτομο (Θεοφίλου, 2009).
- Σε περίπτωση που δεν μπορέσει να καταπολεμήσει την εξάντλησή του και να διαχειριστεί το άγχος του περνάει στο τελευταίο στάδιο, αυτό της «αμυντικής κατάληξης». Κυρίαρχα χαρακτηριστικά είναι η απάθεια και ο κυνισμός που εκδηλώνει ο εργαζόμενος (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Για να κατορθώσει να συνεχίσει την δουλειά του, ο εργαζόμενος αναγκάζεται να αποσυνδεθεί συναισθηματικά από την εργασία του. Έτσι αλλάζει η συμπεριφορά του και η στάση του απέναντι στους άλλους και είναι έντονη η αποπροσωποποίηση που νιώθει (Leiter & Maslach, 2016).

Ο Cherniss υποστηρίζει πως το burnout μπορεί να εκδηλωθεί από τα πρώτα χρόνια της εργασιακής πορείας κάποιου. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας των υψηλών στόχων που θέτει κανείς ακόμα από τα φοιτητικά του χρόνια και της ανεπάρκειας σε εφόδια. Οι νέοι επαγγελματίες όταν αποφοιτούν βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους λόγω της απειρίας τους. Δεν νιώθουν έτοιμοι να αναλάβουν τον ρόλο τους και να ασκήσουν το επάγγελμά τους (De vos et all, 2016). Ιδιαίτερα οι επαγγελματίες υγείας των οποίων τα λάθη μπορεί να κοστίσουν την υγεία των ασθενών ή ακόμα και τη ζωή

τους. Σύμφωνα με τον Cherniss οι νέοι επαγγελματίες βιώνουν «κρίση ταυτότητας» και αν δεν την διαχειριστούν σωστά είναι πιθανό να οδηγηθούν σε πρόωμη εργασιακή εξουθένωση (De vos et all, 2016).

Σε αντίθεση με τις παραπάνω θεωρίες κινείται το μοντέλο της Pines. Σύμφωνα με αυτό η εργασιακή εξουθένωση δεν είναι πολυδιάστατη έννοια και μπορεί να μετρηθεί από μία και μόνο κλίμακα. Αναφέρεται πως προκαλείται από τη συνεχή και σε βάθος χρόνου έκθεση του ατόμου σε απαιτητικές συνθήκες εργασίας και καταστάσεις πίεσης (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Επιπλέον, φαίνεται να επηρεάζει όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης φύσης και να οδηγεί σε σωματική, συναισθηματική και ψυχική εξάντληση. Η Pines δεν περιορίστηκε στην μελέτη της εξουθένωσης μόνο στον εργασιακό χώρο, αλλά επεκτάθηκε στις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και τις πολιτικές αναμετρήσεις (Θεοφίλου, 2009).

Τα μοντέλα που περιγράφουν το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης έχουν κάποιες διαφορές μεταξύ τους, ωστόσο όλα συγκλίνουν στην συναισθηματική εξάντληση και την μείωση του ενδιαφέροντος για την εργασία από την πλευρά του εργαζομένου. Ως εκ τούτου δυσχεραίνει η επικοινωνία και διαταράσσονται οι σχέσεις με τους ασθενείς και το εργασιακό περιβάλλον (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Η εργασιακή εξουθένωση είναι δύσκολο να μετρηθεί καθώς αποτελεί προσωπική υπόθεση. Άρα οποιαδήποτε μέτρηση δεν θα ήταν αντικειμενική. Το πιο διαδεδομένο εργαλείο για τη αξιολόγηση της εργασιακής εξουθένωσης είναι το ερωτηματολόγιο των Maslach & Jackson που δημιουργήθηκε το 1981. Απαρτίζεται από 22 ερωτήσεις που μπορούν να ταξινομηθούν σε υποκατηγορίες και μετρούν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του ατόμου σχετικά με κάθε μία από τις τρεις διαστάσεις (Reith, 2018). Αξιολογεί τις εκφάνσεις της εργασιακής εξουθένωσης σε συμπεριφορικό, συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο (Κωνσταντίνου, Μηνασίδου, Γκριζιώτη, Τσαγκάρη & Μπελλάλη, 2018).

5.3 Εργασιακή εξουθένωση και συσχέτιση με εργασιακό στρες, κόπωση και κατάθλιψη

Η εργασιακή εξουθένωση δεν είναι σύνδρομο αναγνωρισμένο από την Ψυχιατρική Εταιρεία και δεν υπάρχει κάποιο διεθνώς αποδεκτό ψυχομετρικό εργαλείο για την διάγνωσή της. Έτσι συχνά γίνεται λόγος για τα όρια μεταξύ αυτής, του εργασιακού άγχους, της χρόνιας κόπωσης και της κατάθλιψης (van Dam, 2016).

Οι ορισμοί που δόθηκαν για την εργασιακή εξουθένωση έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό, το εργασιακό άγχος. Ο δεσμός που υπάρχει μεταξύ αυτών των δύο είναι άρρηκτος και συχνά οι έννοιες συγχέονται και ταυτίζονται, καθώς τα όρια δεν είναι ευδιάκριτα. Το επαγγελματικό στρες ορίζεται ως μία δυσμενής ψυχολογική κατάσταση που βιώνει ο εργαζόμενος όταν οι εργασιακές απαιτήσεις είναι ιδιαίτερα υψηλές γι' αυτόν και δυσκολεύεται να ανταποκριθεί και να ελέγξει την κατάσταση. Είναι μία υποκειμενική έννοια αφού η ίδια κατάσταση σε κάποιους προκαλεί άγχος, ενώ σε κάποιους άλλους όχι (Κωνσταντίνου και συν, 2018). Το στρες συχνά εξαντλεί τα ψυχικά αποθέματα του ατόμου και μπορεί να διαταράξει την ψυχική του ισορροπία (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014).

Κάθε εργαζόμενος διαμορφώνει κάποιες προσδοκίες όσον αφορά την εργασιακή του πορεία. Συχνά οι προσδοκίες συγκρούονται με τις συνθήκες που επικρατούν στον εργασιακό χώρο και τότε προκαλούνται συναισθήματα άγχους στον εργαζόμενο καθώς νιώθει ότι παρά τις προσπάθειές του δεν ανταμείβεται. Τα επίπεδα του άγχους και η αντιμετώπισή του εξαρτώνται από το ίδιο το άτομο, τις εμπειρίες του και την προσωπικότητά του (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014). Το εργασιακό στρες είναι δύσκολο να αξιολογηθεί αντικειμενικά καθώς εξαρτάται από το ίδιο το άτομο. Όταν το εργασιακό άγχος δεν αντιμετωπιστεί μπορεί να επιφέρει αλλαγές σε συναισθηματικό, νοητικό και συμπεριφορικό επίπεδο και να προκαλέσει εργασιακή εξουθένωση (Μανομενίδης, Παναγοπούλου & Μπελλάλη, 2017).

Επομένως, η εργασιακή εξουθένωση δεν είναι μια μορφή εργασιακού άγχους, αλλά κάτι πολύ περισσότερο. Για να επέλθει η εξουθένωση πρέπει το άτομο να εκτεθεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε έντονο άγχος και πίεση. Ωστόσο, το άγχος από μόνο του δεν προκαλεί εξουθένωση. Η διατήρηση της αγχογόνου κατάστασης στην εργασία και η μη αποτελεσματική αντιμετώπιση του στρες ενδέχεται να προκαλέσει στον εργαζόμενο εργασιακή εξουθένωση.

Ακόμα, η εργασιακή εξουθένωση μοιάζει με το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, γιατί και στις δύο περιπτώσεις ο ασθενής νιώθει έντονη κόπωση και εξάντληση ενώ επηρεάζονται οι καθημερινές του λειτουργίες. Η διαφορά των δύο συνδρόμων είναι ότι οι επιπτώσεις της εργασιακής εξουθένωσης προσανατολίζονται στον εργασιακό τομέα, ενώ της χρόνιας κόπωσης στην σωματική υγεία του ίδιου του ατόμου (van Dam, 2016).

Περισσότερο συναφής φαίνεται να είναι η συναισθηματική κόπωση. Όταν το άτομο νιώθει έντονο άγχος και εκτίθεται σε συνεχείς καταστάσεις στις οποίες πρέπει

να συνδέεται άμεσα με ανθρώπους, να επικοινωνεί μαζί τους, να τους υποστηρίζει και να τους συμπονά, τότε μπορεί να οδηγηθεί σε συναισθηματική εξάντληση (Y. Zhang, C. Zhang, Han, Li & Wang, 2018). Οι επαγγελματίες υγείας, και κυρίως οι νοσηλευτές, βιώνουν έντονη συναισθηματική κόπωση καθώς η φύση της δουλειάς τους είναι τέτοια. Πρέπει να λειτουργούν με ενσυναίσθηση και να συμπαραστέκονται στους ασθενείς προσπαθώντας να ανακουφίσουν τον πόνο τους. Αυτή η συνεχής συναισθηματική εμπλοκή ενέχει κινδύνους και συχνά οδηγεί σε συναισθηματική κόπωση, επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη (Zhang et al, 2018).

Ωστόσο, η κόπωση δεν πρέπει να συγχέεται με την εργασιακή εξουθένωση. Η συναισθηματική κόπωση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της εργασιακής εξουθένωσης αλλά όχι αναγκαία συνθήκη. Οι εργαζόμενοι που πάσχουν από εξουθένωση είναι πολύ πιθανό να νιώθουν συναισθηματική εξάντληση αλλά σίγουρα δεν νιώθουν μόνο αυτό.

Όσον αφορά την κατάθλιψη φαίνεται ότι αλληλεπικαλύπτεται με την εργασιακή εξουθένωση σε κάποιες περιπτώσεις. Τα συμπτώματα των δύο αυτών διαταραχών μοιάζουν καθώς περιλαμβάνουν απελπισία, κόπωση, παραίτηση, δυσκολία στη συγκέντρωση. Συγκεκριμένα, η εργασιακή εξουθένωση αλληλεπικαλύπτεται με την υποκλινική κατάθλιψη, που είναι μια συγκαλυμμένη μορφή ήπιας κατάθλιψης (van Dam, 2016). Στην ψυχοπαθολογία η συννοσηρότητα είναι πολύ συχνό φαινόμενο καθώς τα συμπτώματα των διαταραχών μοιάζουν. Για παράδειγμα η κόπωση είναι συχνό σύμπτωμα πολλών διαταραχών όπως η εργασιακή εξουθένωση, η κατάθλιψη και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Οι επιστήμονες καλό θα ήταν να εστιάσουν στην αντιμετώπιση των διαταραχών παρά στην ταμπέλα της γνωμάτευσης (van Dam, 2016).

5.4 Εργασιακή εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εμφάνιση συμπτωμάτων εργασιακής εξουθένωσης λόγω της φύσης της δουλειάς τους. Οι νεαροί γιατροί και οι νοσηλευτές φαίνεται να αντιμετωπίζουν το μεγαλύτερο πρόβλημα (Σταυροπούλου κ.α., 2010). Αναφέρεται ότι ένας στους δύο νοσηλευτές παγκοσμίως παρουσιάζει συμπτώματα εργασιακής εξουθένωσης. Μάλιστα το 1/3 των νοσηλευτών εμφανίζει συμπτώματα από τα πρώτα χρόνια της εργασιακής του πορείας (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Αξίζει να σημειωθεί πως με την πάροδο του

χρόνου η εργασιακή εξουθένωση φαίνεται να αυξάνεται σε συχνότητα. Πριν 20 χρόνια τα ποσοστά κυμαίνονταν γύρω στο 40% στους νοσηλευτές της Αμερικής (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002). Έρευνα που έγινε σε ογκολογικές κλινικές στην Ελλάδα αναφέρει ποσοστά που κυμαίνονται γύρω στο 40% (Ρούπα, Ραφτόπουλος, Τζαβέλας, Σαπουτζή – Κρέπια & Κοτρώτσιου, 2008). Σε αντίστοιχη έρευνα στην Ταϊλάνδη, το ποσοστό είναι μεγαλύτερο από 50% (Nantsupawat et al., 2016). Τα υψηλότερα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης εντοπίζονται στους ειδικευόμενους γιατρούς. Συγκεκριμένα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2016, παρατηρήθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό εξουθένωσης παρουσίαζαν οι ειδικευόμενοι χειρουργοί με ποσοστό 78% (Reith, 2018).

Πολλές έρευνες κατέδειξαν ότι οι νεαρότεροι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό εργασιακή εξουθένωση. Συγκεκριμένα, έρευνα των Wisetborisut et al (2014) αναφέρει ότι οι επαγγελματίες υγείας με προϋπηρεσία 5-10 έτη εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό εξουθένωσης από τους συναδέλφους τους με περισσότερα έτη. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή η εμπειρία τους λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας στην συναισθηματική εξουθένωση. Επιπλέον, τα πολλά έτη προϋπηρεσίας πιθανόν να τους παρέχουν κάποια προνόμια όπως ηγετικό ρόλο στην κλινική ή απαλλαγή από νυχτερινές βάρδιες.

Όσον αφορά την επίδραση της μόρφωσης στην επαγγελματική εξουθένωση τα αποτελέσματα των ερευνών διίστανται. Κάποιες έρευνες κατέδειξαν πως οι εργαζόμενοι που κατέχουν παραπάνω τίτλους σπουδών εμφανίζουν σπανιότερα εργασιακή εξουθένωση και αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί έχουν περισσότερα προσόντα και καταβάλλονται δυσκολότερα από εργασιακό άγχος ενώ απολαμβάνουν την εκτίμηση και την αναγνώριση από τους προϊσταμένους και τους συναδέλφους τους (Al Sabei et al., 2020). Ωστόσο, άλλες έρευνες υποστηρίζουν πως οι καταρτισμένοι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης, πιθανόν λόγω των αυξημένων ευθυνών και του φόρτου εργασίας (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ομάν της Μέσης Ανατολής κατέδειξε πως οι νοσηλευτές με πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης ή και μεταπτυχιακό εμφάνιζαν συχνότερα εργασιακή εξουθένωση έναντι των διπλωματούχων συναδέλφων τους (Al Sabei et al., 2020).

Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της εργασιακής εξουθένωσης παίζει το τμήμα εργασίας. Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικά και ογκολογικά τμήματα καθώς και σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας φαίνεται να αναφέρουν

συχνότερα εξουθένωση. Ακόμα υψηλά ποσοστά αναφέρονται σε εργαζομένους σε μονάδες ηλικιωμένων και κέντρα αποκατάστασης (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2007). Τέλος, νοσηλευτές που εργάζονται σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξουθένωση, πιθανόν λόγω των εξαντλητικών ωραρίων, των ασθενών με ειδικές απαιτήσεις και ανάγκες και της συνεχούς παρουσίας φοιτητών (Nantsupawat et all, 2016).

6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Η συνεχής επαφή με τον πόνο, την ασθένεια και τον θάνατο αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα εμφάνισης του συνδρόμου της εξουθένωσης. Οι επαγγελματίες υγείας δεν έρχονται σε επαφή μόνο με τους ασθενείς αλλά και με τους οικείους τους που τους προκαλούν επιπρόσθετο άγχος και πίεση, καθώς πρέπει να τους διαχειρίζονται καθημερινά. Αναλαμβάνουν ευθύνες που σχετίζονται με την υγεία ή ακόμα και την ανθρώπινη ζωή και είναι αναγκασμένοι να παίρνουν δύσκολες αποφάσεις (Κωνσταντίνου κ.α., 2018). Επιπλέον, η έλλειψη υγειονομικού προσωπικού, που είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα, καθώς και το εξαντλητικό ωράριο επιβαρύνουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση (Σταυροπούλου, Παπαδάκη, Φτυλάκη & Καμπά, 2010).

Οι αιτιολογικοί παράγοντες του συνδρόμου της εργασιακής εξουθένωσης αναζητούνται σε εκείνους τους συντελεστές που επιδρούν στο άτομο και αλλάζουν το ωφέλιμο και αποδοτικό άγχος σε προβληματικό (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2007). Αυτοί οι παράγοντες ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες, τους εξωγενείς και τους ενδογενείς, ανάλογα με το αν προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον ή τον ίδιο τον εργαζόμενο.

6.1 Εξωγενείς παράγοντες

Πολλοί μελετητές εστιάζουν στο εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας ως κύριο παράγοντα της εμφάνισης εργασιακής εξουθένωσης. Το νοσοκομειακό περιβάλλον, οι συνθήκες εργασίας, οι σχέσεις με τους ασθενείς και

τους συνοδούς τους, οι συγκρούσεις με την ηγεσία και τους συναδέλφους φαίνεται να ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό (Παυλάκης, 2019).

Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν πως οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ευνοϊκό περιβάλλον παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης και αυξημένη ικανοποίηση από την εργασία τους. Ως ευνοϊκό ορίζεται το νοσοκομειακό περιβάλλον που παρέχει τους κατάλληλους πόρους ώστε οι επαγγελματίες υγείας να ασκούν την κλινική πρακτική τους σε υψηλό βαθμό και να συνεργάζονται αποτελεσματικά για να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς (Al Sabei et al, 2020). Ωστόσο, το εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας σήμερα σε παγκόσμιο επίπεδο απέχει πολύ από το ιδανικό.

Κυρίαρχο πρόβλημα είναι η έλλειψη προσωπικού που συνεπάγεται υπερβολικό φόρτο εργασίας. Μικρός αριθμός επαγγελματιών υγείας πρέπει να παρέχει τις υπηρεσίες του σε μεγάλο αριθμό ασθενών σε λίγο χρόνο (Αδάλη και Λεμονίδου, 2001). Ο χρόνος που αφιερώνει ο επαγγελματίας σε κάθε ασθενή ελαχιστοποιείται με ό,τι αυτό μπορεί να συνεπάγεται για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με έρευνες όσο μεγαλώνει η αναλογία ασθενών – επαγγελματιών υγείας τόσο αυξάνεται και η επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα, έρευνα σε νοσοκομεία της Πενσυλβανία των ΗΠΑ έδειξε ότι όταν η αναλογία ασθενών – νοσηλευτών ήταν 8-1 υπήρχαν διπλάσιες πιθανότητες να προκληθεί εργασιακή εξουθένωση από ότι σε περιπτώσεις που ήταν 4-1 που θεωρείται το ιδανικό (Aiken et all, 2002).

Ένας ακόμα επιβαρυντικός παράγοντας είναι το εξουθενωτικό ωράριο. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας εργάζεται σε κυκλικό ωράριο ή και εξαντλητικές εφημερίες. Οι νυχτερινές βάρδιες καθώς και η έλλειψη σταθερότητας στο ωράριο αυξάνουν την σωματική και ψυχολογική κόπωση των εργαζομένων (Σωτηριάδου, Μαλλιαρού & Σαράφης, 2014). Έρευνα που έγινε στην Ταϊλάνδη κατέδειξε πως ο επαγγελματίας υγείας που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο εμφανίζουν εργασιακή εξουθένωση σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους συναδέλφους τους σε σταθερό ωράριο (Wisetborisut et all, 2014). Τέλος, οι μεγάλες σε διάρκεια βάρδιες και εφημερίες, που αφορούν κυρίως τους γιατρούς, φαίνεται να ενισχύουν την εξουθένωση. Σύμφωνα με έρευνες όσο αυξάνονται οι ώρες εργασίας τόσο μειώνεται η εργασιακή ικανοποίηση (Reith, 2018).

Σπουδαίο ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η επικοινωνία και οι σχέσεις με τους συναδέλφους και τα ηγετικά στελέχη. Οι εντάσεις και οι συγκρούσεις μεταξύ

των εργαζομένων παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με την εμφάνιση συναισθηματικής εξάντλησης. Τα άτομα που δεν διαπληκτίζονται με συναδέλφους παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης (Διλιντάς, 2010). Επιπλέον, η έλλειψη ενσυναίσθησης και υποστήριξης από τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους φαίνεται να επιδρά αρνητικά στην ψυχολογική κατάσταση των εργαζομένων και να επιβαρύνει την εξουθένωση (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Καθοριστική στην εμφάνιση του συνδρόμου είναι η σχέση με την ηγεσία. Σε περιπτώσεις που ο εργαζόμενος νιώθει ότι αδικείται ή ότι δεν έχει δικαίωμα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων αυξάνεται η εργασιακή εξουθένωση. Όταν το περιβάλλον εργασίας είναι απρόσωπο και η ηγεσία διοικεί με αυστηρό και ελεγκτικό τρόπο, τότε τα επίπεδα του άγχους αυξάνονται με αποτέλεσμα την συναισθηματική εξάντληση του εργαζομένου (Αδάλη & Λεμονίδου, 2001).

Η ασάφεια των ρόλων και η έλλειψη καθηκοντολογίου φαίνεται να επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές βρίσκονται στη μέση δύο εξουσιών: των γιατρών και των διοικούντων και νιώθουν υποτιμημένοι και αναποτελεσματικοί, γεγονός που μειώνει το αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων (Σωτηριάδου κ.α., 2014).

Επιπλέον, οι χαμηλοί μισθοί και η έλλειψη κινήτρων ενδεχομένως να αυξάνουν τις πιθανότητες για εργασιακή εξουθένωση, όπως και η έλλειψη πρόσβασης στην δια βίου μάθηση και κατάρτιση. Έχει αποδειχθεί πως όταν το προσωπικό είναι ικανοποιημένο από την αμοιβή του κι έχει κίνητρα τότε νιώθει λιγότερη εξάντληση (Διλιντάς, 2010).

Τέλος κάποιες έρευνες αναφέρουν την αυξημένη γραφειοκρατική δουλειά των επαγγελματιών υγείας ως επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση εργασιακής εξουθένωσης. Σύμφωνα με έρευνες στις ΗΠΑ οι γιατροί αφιερώνουν περίπου 6 ώρες την εβδομάδα σε διοικητική και γραφική εργασία (Reith, 2018).

Η καθημερινή αλληλεπίδραση των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς και τους συνοδούς που τους υποστηρίζουν προκαλεί στους εργαζομένους άγχος και πίεση. Ειδικά σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν δυσεπίλυτα προβλήματα ή που πρέπει να κάνουν λεπτούς συναισθηματικούς χειρισμούς, νιώθουν αμηχανία, απόγνωση ακόμα και θυμό. Σύμφωνα με έρευνα στην Αγγλία, δύσκολοι ασθενείς που έχουν πολλές απαιτήσεις προκαλούν υψηλά επίπεδα άγχους στους νοσηλευτές (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Οι άνθρωποι που ανήκουν στο υποστηρικτικό περιβάλλον των ασθενών συχνά επεμβαίνουν στο έργο των επαγγελματιών υγείας,

έχουν παράλογες απαιτήσεις ή αρνούνται να συνεργαστούν. Η δυσκολία στην επικοινωνία και οι συγκρούσεις με ασθενείς και συνοδούς προκαλούν εργασιακό στρες και αυξάνουν τις πιθανότητες για εργασιακή εξουθένωση.

Τέλος, η συνεχής επαφή με τον πόνο και τον θάνατο, καθώς και η τεράστια ευθύνη για θέματα υγείας και ανθρώπινης ζωής αυξάνουν τα επίπεδα άγχους και συναισθηματικής κόπωσης. Ειδικά σε περιπτώσεις ογκολογικών ασθενών και ασθενών που είναι σε ΜΕΘ ή Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών η φροντίδα που απαιτείται είναι ακόμα πιο απαιτητική και εξειδικευμένη. Ανά πάσα στιγμή μπορεί να συμβούν κρίσιμα γεγονότα που μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπλοκές ή και στον θάνατο (Κωνσταντίνου και συν, 2018). Οι αποφάσεις πρέπει να ληφθούν γρήγορα αλλά με διαύγεια. Οι στρεσογόνοι αυτοί παράγοντες είναι πολύ πιθανό να οδηγήσουν σε εργασιακή εξουθένωση τους επαγγελματίες υγείας.

6.2 Ενδογενείς παράγοντες

Όταν τα αίτια για την εμφάνιση του συνδρόμου αναζητούνται σε παράγοντες που σχετίζονται με το ίδιο το άτομο και τα χαρακτηριστικά του, τότε γίνεται λόγος για ενδογενείς παράγοντες. Η εργασιακή εξουθένωση εμφανίζεται όταν οι προσδοκίες που τρέφει ο εργαζόμενος για το επίπεδο της δουλειάς του δεν ισορροπούν με τους παρεχόμενους πόρους και τα αποτελέσματα των προσπαθειών του (de Vos et al., 2016). Εκτός από τις προσδοκίες στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται η προσωπικότητα, οι εμπειρίες, τα κίνητρα καθώς και δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση (Παυλάκη, 2019).

Τα κίνητρα που ώθησαν το άτομο να επιλέξει το συγκεκριμένο επάγγελμα φαίνεται να παίζουν σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση εργασιακής εξουθένωσης. Όταν κάποιος επιλέγει ένα επάγγελμα τυχαία είναι πιο πιθανό να οδηγηθεί σε εξουθένωση από κάποιον που το επέλεξε συνειδητά (Αδάλη, & Λεμονίδου, 2001). Ιδιαίτερα επαγγέλματα όπως αυτά του γιατρού και του νοσηλευτή χρειάζονται ισχυρά εσωτερικά κίνητρα ώστε να καταφέρει κάποιος να ανταπεξέλθει στον εργασιακές συνθήκες.

Η προσωπικότητα του εργαζομένου φαίνεται να σχετίζεται άμεσα καθώς η εξουθένωση είναι υποκειμενική έννοια. Άτομα που είναι ανθεκτικά στο άγχος και κατορθώνουν να το διατηρούν σε ελεγχόμενα επίπεδα ώστε να είναι αποδοτικό και ωφέλιμο φαίνεται να παρουσιάζουν σπανιότερα εργασιακή εξουθένωση. Επιπλέον, η υιοθέτηση τεχνικών διαχείρισης του άγχους λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στην

εξουθένωση. Η συναισθηματική ωριμότητα και οι δεξιότητες επικοινωνίας βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να ανταπεξέλθουν καλύτερα σε καταστάσεις πίεσης και να αποφύγουν συγκρούσεις με συναδέλφους και ασθενείς (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2007).

Οι νεοεισερχόμενοι επαγγελματίες παρουσιάζουν συχνά εργασιακή εξουθένωση λόγω του άγχους που προκαλείται από την έλλειψη εμπειρίας. Τα συχνά λάθη και η υπερπροσπάθεια που καταβάλλουν οι νέοι επαγγελματίες για να ανταπεξέλθουν επιβαρύνουν την εξουθένωση από την εργασία. Σύμφωνα με έρευνες οι έμπειροι επαγγελματίες υγείας νιώθουν αυτοπεποίθηση, έχουν συναισθηματική ωριμότητα και είναι σε θέση να προστατεύσουν καλύτερα τον εαυτό τους από την πίεση της δουλειάς. Στην βιβλιογραφία συχνά αναφέρονται ως «πληθυσμός των επιζώντων», δηλαδή έχουν περάσει τα χειρότερα και πλέον διαθέτουν τα εφόδια και την πείρα να ανταπεξέλθουν (Wisetborisut et al, 2014).

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά η πλειοψηφία των ερευνών δεν έχει καταδείξει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση του συνδρόμου. Σε πολλές μελέτες οι γυναίκες εμφανίζονται πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση εργασιακής εξουθένωσης, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στις αυξημένες υποχρεώσεις σε οικογενειακό επίπεδο και στη σύγκρουση του γονεϊκού ρόλου με τον επαγγελματικό (Διλιντάς, 2010). Οι έγγαμοι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα εξάντλησης έναντι των άγαμων συναδέλφων τους, κάτι που ενδεχομένως οφείλεται στην λειτουργία της οικογένειας ως προστατευτικού παράγοντα αφού συνήθως αποτελεί υποστηρικτικό πλαίσιο.

Η εργασιακή εξουθένωση αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο που επηρεάζεται τόσο από προσωπικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η έκθεση σε εργασιακό άγχος έχει διαφορετική επίδραση σε κάθε εργαζόμενο και αντιμετωπίζεται ξεχωριστά (Πετράκος κ.α. 2017).

7 ΣΥΝΕΠΕΙΔΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Η εργασιακή εξουθένωση επηρεάζει τους εργαζόμενους τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Οι επιπτώσεις της μπορεί να γίνουν επικίνδυνες για τους ασθενείς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Οι εργαζόμενοι ενδέχεται να εμφανίζουν οργανικά συμπτώματα από το άγχος και την απογοήτευση που μπορεί να είναι μικρές ενοχλήσεις αλλά και μεγαλύτερα προβλήματα υγείας. Επίσης,

επηρεάζεται η ψυχολογία τους και κατ' επέκταση η συμπεριφορά τους (Παππά, Αναγνωστόπουλος & Νιάκας, 2008). Σε επαγγελματικό επίπεδο η εργασιακή εξουθένωση επηρεάζει την παρεχόμενη φροντίδα και την ασφάλεια των ασθενών. Μειώνει την παραγωγικότητα με δυσμενείς συνέπειες για τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις (Nantsupawat et al., 2016).

7.1 Σε ατομικό επίπεδο

7.1.1 Σωματικά

Η εργασιακή εξουθένωση επηρεάζει την υγεία και την ευεξία των εργαζομένων. Αναφέρονται πολλά σωματικά συμπτώματα όπως οι γαστρεντερικές διαταραχές, η σεξουαλική δυσλειτουργία, ο πονοκέφαλος, οι ημικρανίες, οι πόνοι στη μέση και την πλάτη καθώς και διαταραχές διατροφής (Σταυριανόπουλος κ.α., 2011). Το άγχος και η καθημερινή πίεση ευθύνονται για πληθώρα ψυχοσωματικών παθήσεων. Ποιοτικές έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα αποδεικνύουν πως οι νοσηλευτές εμφανίζουν πολύ συχνά σωματικά συμπτώματα εξουθένωσης. Μέσα από συνεντεύξεις αναφέρουν πως έχουν υπερβολικό άγχος και παρατηρούν προβλήματα με το στομάχι τους. Δεν έχουν σεξουαλική διάθεση ενώ συχνά υποφέρουν από αϋπνίες λόγω της υπερέντασης (Σταυροπούλου κ.α. 2010). Επίσης, αναφέρουν πως πάσχουν από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου σε μεγάλη συχνότητα. Τέλος, φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς για εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου και καρδιαγγειακών νοσημάτων (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014).

7.1.2 Ψυχολογικά

Η ψυχολογική επιβάρυνση που υφίστανται οι επαγγελματίες υγείας που πάσχουν από εργασιακή εξουθένωση είναι πολύ έντονη. Παρατηρείται μεγάλο ποσοστό εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, όπως το εργασιακό άγχος και η κατάθλιψη. Ακόμα, αναφέρεται συνεχής ανησυχία και δυσφορία (Παυλάκης, 2019). Η κατάθλιψη είναι συχνό φαινόμενο στους επαγγελματίες υγείας. Ένας στους τρεις ειδικευόμενους γιατρούς εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης. Το ποσοστό τείνει να μειώνεται όταν οι γιατροί εξειδικευτούν και αποκατασταθούν επαγγελματικά. Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση κατάθλιψης (Κοϊνης, Τζιαφέρη & Σαρίδη, 2014). Ακόμα, οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν να έχουν υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών έναντι του γενικού πληθυσμού. Οι νοσηλευτές και οι

ψυχίατροι εμφανίζουν το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007). Σύμφωνα με έρευνα στην Σουηδία, ένας στους 10 γιατρούς έχει σκεφτεί να θέσει τέλος στη ζωή του. Στις ΗΠΑ οι γυναίκες ιατροί παρουσιάζουν 3 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν από τον υπόλοιπο πληθυσμό (Κοϊνης, κ.α. 2014).

7.1.3 Συμπεριφορά

Καθώς η εργασιακή εξουθένωση καταβάλλει τον εργαζόμενο νιώθει ότι αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις των ασθενών του και να κατακτήσει τους στόχους και τις προσδοκίες του. Η συμπεριφορά του αλλάζει. Παύει να δένεται συναισθηματικά και αντιμετωπίζει τους ασθενείς του απρόσωπα, με ψυχρότητα και αδιαφορία (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008). Συχνά αναφέρεται στον ασθενή με το όνομα του δωματίου και όχι με το επίθετό του, επιβεβαιώνοντας ότι τον βλέπει ως ένα περιστατικό και όχι ως άνθρωπο. Η συμπεριφορά του μπορεί να γίνει επιθετική και η συγκέντρωσή του να μειωθεί. Συχνά κάνει λάθη, του ξεφεύγουν οι λεπτομέρειες και δεν εκτιμά σωστά την κατάσταση (Αλεξιάς κ.α., 2010). Επιπλέον, αναφέρεται ότι οι εργαζόμενοι που πάσχουν από εργασιακή εξουθένωση συχνά εμφανίζουν εξαρτήσεις, όπως αλκοολισμό ή κάπνισμα (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014). Συνηθισμένα είναι επίσης τα προβλήματα επικοινωνίας τόσο με τους ασθενείς όσο και με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Έχει παρατηρηθεί πως τα άτομα με εξουθένωση απουσιάζουν από την εργασία τους συχνότερα ή αργοπορούν (Σταυριανόπουλος κ.α., 2011). Ακόμα νιώθουν αποθαρρυσμένοι κι έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση.

Η εργασιακή εξουθένωση δεν επηρεάζει τη συμπεριφορά του ατόμου μόνο στον χώρο εργασίας, αλλά και στην οικογενειακή και κοινωνική του ζωή. Τα αρνητικά συναισθήματα μεταφέρονται και στο σπίτι όπου παρατηρείται απόσυρση από τα υπόλοιπα μέλη. Η εργασιακή εξουθένωση φαίνεται να μειώνει την ικανοποίηση για την ζωή (Αλεξιάς κ.α. 2010).

7.2 Στην εργασία

7.2.1 Ασθενείς

Οι συνέπειες της εργασιακής εξουθένωσης δεν αφορούν μόνο τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας που πάσχουν από αυτήν, αλλά και τους ασθενείς τους, καθώς και τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Η εξουθένωση των υπαλλήλων φαίνεται να κοστίζει στην ασφάλεια των ασθενών αλλά και στην ποιότητα της φροντίδας. Οι

«εξουθενωμένοι» επαγγελματίες υγείας φαίνεται να κάνουν περισσότερα λάθη και να είναι συχνότερα υπεύθυνοι για δυσμενείς εκβάσεις περιστατικών, όπως λοιμώξεις ασθενών, μετεγχειρητικές επιπλοκές και αυξημένο χρόνο νοσηλείας (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

Συγκεκριμένα, έρευνα έχει δείξει πως όταν οι γιατροί πάσχουν από εξουθένωση έχουν διπλάσιες πιθανότητες να κάνουν λάθη στην φαρμακευτική αγωγή, στις διαγνώσεις εξετάσεων και να συμπεριφερθούν άσχημα στους ασθενείς. Επιπλέον, οι «εξουθενωμένοι» χειρουργοί κάνουν συχνότερα ιατρικά λάθη που σχετίζονται με κακές πρακτικές. Η εργασιακή εξουθένωση των νοσηλευτών έχει συσχετιστεί με αυξημένη θνησιμότητα των ασθενών που περιθάλπουν, ενώ των γιατρών με χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών (Reith, 2018).

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρείται ένα φαινόμενο που ονομάζεται «ελλιπής φροντίδα» και φαίνεται να σχετίζεται με την εργασιακή εξουθένωση. Σύμφωνα με αυτό οι επαγγελματίες υγείας δεν ολοκληρώνουν την απαιτούμενη φροντίδα για κάθε ασθενή, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενή συμβάντα, χαμηλής ποιότητας φροντίδα και δυσαρέσκεια των νοσηλευομένων (White, Aiken & McHugh, 2019). Η ελλιπής φροντίδα μπορεί να περιλαμβάνει ανεπαρκή επιτήρηση του ασθενή, καθυστέρηση ή λάθη στη χορήγηση των φαρμάκων, ελλιπή περιποίηση του δέρματος και της στοματικής κοιλότητας, κακή διαχείριση του πόνου του ασθενή, κακή επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ελλιπή ενημέρωση των νοσηλευτικών πλάνων (White et al., 2019).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ το 42% των νοσηλευτών με εργασιακή εξουθένωση άφηνε ανολοκλήρωτη τη φροντίδα του ασθενή, έναντι του 20% των συναδέλφων τους που δεν παρουσίαζαν συμπτώματα εξουθένωσης. Η συχνότερη παράλειψη ήταν η επικοινωνία και ενημέρωση του ασθενή και των συνοδών του για την κατάσταση της υγείας και τις ανάγκες του. Επομένως η εργασιακή εξουθένωση των νοσηλευτών έχει ως συνέπεια την ελλιπή φροντίδα του ασθενή. Όταν ο νοσηλευτής δεν μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ανάγκες του ασθενή νιώθει μεγαλύτερη εργασιακή εξουθένωση, οπότε και κάνει περισσότερα λάθη ή παραλείψεις (White et al., 2019). Έτσι μπαίνει σε έναν φαύλο κύκλο από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να ξεφύγει.

7.2.2 Οργανισμοί

Η εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει άμεσα τα νοσηλευτικά ιδρύματα, καθώς κοστίζει τόσο σε χρήματα και πόρους όσο και σε ποιότητα υπηρεσιών. Οι εργαζόμενοι που πάσχουν από εξουθένωση εμφανίζουν χαμηλή παραγωγικότητα και αποδοτικότητα. Κάνουν περισσότερα λάθη, χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να ολοκληρώσουν τα καθήκοντά τους ή τα αφήνουν ανολοκλήρωτα, έχουν συχνές απουσίες και χαμηλά ποσοστά καλής συνεργασίας με την διεπιστημονική ομάδα (Abdelsalam, 2019). Το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα σοβαρό για τα νοσηλευτικά ιδρύματα και τους οργανισμούς καθώς μειώνει το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κάποιοι δείκτες ποιότητας είναι η χαμηλή θνησιμότητα των ασθενών, ο μικρός χρόνος παραμονής στο νοσηλευτικό ίδρυμα, η βελτίωση της πορείας της υγείας του ασθενή μετά από επέμβαση ή άλλη θεραπεία, η ικανοποίηση των ασθενών από το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών κ.α. (Παππά κ.α., 2008). Πολλές έρευνες έχουν δείξει ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας και της ικανοποίησης που νιώθουν οι ασθενείς από την νοσηλευτική φροντίδα. Συγκεκριμένα, οι «εξουθενωμένοι» γιατροί έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να αξιολογηθούν αρνητικά από τους ασθενείς τους όσον αφορά την ικανοποίησή τους (Panagioti et al., 2019).

Εκτός από την μείωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης η εργασιακή εξουθένωση του προσωπικού αυξάνει τις δαπάνες για τα νοσοκομεία. Τα ιατρικά σφάλματα, οι συχνές απουσίες και η μειωμένη παραγωγικότητα κοστίζουν στις ΗΠΑ 5.000-10.000 δολάρια κάθε χρόνο ανά ιατρό που πάσχει από εξουθένωση (Abdelsalam, 2019). Το συνολικό ετήσιο κόστος για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι αρκετά δισεκατομμύρια δολάρια και αφορά κυρίως «διόρθωση» δυσμενών εκβάσεων (Panagioti et al., 2019).

7.3 Εγκατάλειψη επαγγέλματος

Η εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να σχετίζεται με ένα άλλο παγκόσμιο φαινόμενο που επηρεάζει τους οργανισμούς υγείας, την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Nantsupawat et al. 2016). Οι νοσηλευτές εμφανίζουν υψηλά ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης και εγκατάλειψης του επαγγέλματος. Έρευνες έχουν δείξει πως αυτά τα δύο σχετίζονται μεταξύ τους. Η

εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος φαίνεται να οφείλεται στις δυσμενείς εργασιακές συνθήκες και σε προσωπικούς παράγοντες. Η εργασιακή ικανοποίηση και η συνειδητή επιλογή της νοσηλευτικής επιστήμης παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση με την «νοσηλευτική φυγή» (Σταυριανόπουλος κ.α., 2011).

Οι νοσηλευτές εγκαταλείπουν το επάγγελμα τους κυρίως λόγω των συνθηκών εργασίας που χαρακτηρίζονται από έλλειψη ασφάλειας και υγιεινής, καθώς και του κυκλικού ωραρίου (Σωτηριάδου κ.α., 2014). Τα αυξημένα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης και η δυσαρέσκεια από το επάγγελμα ωθούν τους νοσηλευτές να αλλάξουν καριέρα ή τμήμα εργασίας. Σύμφωνα με έρευνα ένας στους 10 νοσηλευτές σκέφτεται να εγκαταλείψει το επάγγελμα, ενώ ένας στους 6 δεν είναι ικανοποιημένος από την εργασία του (Nantsupawat et al. 2016). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι νοσηλευτές που επιθυμούν να αλλάξουν δουλειά νιώθουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση. Πρόσφατη ελληνική έρευνα των Γρηγοροπούλου και συνεργατών (2018), κατέδειξε ακόμα μεγαλύτερα ποσοστά. Το 23% των νοσηλευτών του δείγματος σκέφτονται να μεταβούν σε άλλη υπηρεσία, με το 80% αυτών να επιθυμεί κάποια διοικητική θέση. Ως σημαντικότερη αιτία αναφέρεται το κυκλικό ωράριο εργασίας. Οι άντρες νοσηλευτές είναι πιθανότερο να εγκαταλείψουν το επάγγελμα, όπως και όσοι κατέχουν πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης ή επιπλέον προσόντα (Al Sabei et al., 2020).

Η εγκατάλειψη του επαγγέλματος από τους νοσηλευτές μειώνει το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα στερούνται έμπειρο προσωπικό και οι διεπιστημονικές ομάδες χάνουν αξιόλογους συνεργάτες (Nantsupawat et al. 2016). Τα νοσοκομεία είναι έτσι κι αλλιώς υποστελεχομένα, οπότε η φυγή των νοσηλευτών κάνει την κατάσταση ακόμα χειρότερη. Η αναλογία νοσηλευτών – ασθενών σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα της περίθαλψης. Η ιδανική αναλογία στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι 1 νοσηλευτής για 4 ασθενείς. Σύμφωνα με έρευνα των Aiken et al. (2002) στις ΗΠΑ, όσο μεγαλώνει η αναλογία τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες θνησιμότητας των ασθενών. Συγκεκριμένα για κάθε επιπλέον ασθενή αυξάνεται κατά 7%. Όταν η αναλογία είναι 1 προς 8 υπάρχουν 31% περισσότερες πιθανότητες να πεθάνει ο ασθενής. Το πρόβλημα της έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα έντονο στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ωστόσο και στη χώρα μας η κατάσταση είναι ανησυχητική. Στο Βέλγιο αντιστοιχούν 15,4 νοσηλευτές για κάθε 1.000 κατοίκους, ενώ στην Ελλάδα μόλις 3,3 (Σωτηριάδου κ.α., 2014). Τα νοσηλευτικά ιδρύματα δυσκολεύονται

να αντικαταστήσουν το προσωπικό που φεύγει, με αποτέλεσμα ο χρόνος περίθαλψης που αναλογεί σε κάθε ασθενή να μειώνεται δραματικά με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την ποιότητα φροντίδας.

Η εγκατάλειψη του επαγγέλματος από μέλη του προσωπικού επιβαρύνει οικονομικά τον προϋπολογισμό του οργανισμού υγείας και των επιχειρήσεων καθώς η αντικατάσταση των υπαλλήλων εκτός από ποιότητα κοστίζει και σε χρήματα. Σε περιπτώσεις αποχώρησης η θέση μένει για κάποιο διάστημα κενή, οπότε το υπάρχον προσωπικό επιβαρύνεται, και η διοίκηση πρέπει να αναζητήσει, να βρει και να εκπαιδεύσει τον κατάλληλο επαγγελματία (West, Dyrbye & Shanafelt, 2018). Στις περιπτώσεις αποχώρησης ιατρών η κατάσταση είναι ακόμα δυσκολότερη, καθώς πρέπει να αντικατασταθεί με άτομο της ίδιας ειδικότητας και οι διαθέσιμοι γιατροί, ειδικά σε κάποιες χώρες, είναι δυσεύρετοι.

Η φυγή από την εργασία σχετίζεται θετικά με την εργασιακή εξουθένωση και αρνητικά με την εργασιακή ικανοποίηση. Οι πιο ικανοποιημένοι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης και μικρότερες πιθανότητες για αποχώρηση από το επάγγελμα (Sabei et al., 2020). Οι διοικητικοί παράγοντες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων θα πρέπει να μεριμνήσουν για την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών ώστε να αποφύγουν την αποχώρηση αξιόλογων κι έμπειρων επαγγελματιών. Κυρίαρχο ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει το θετικό εργασιακό περιβάλλον (Σωτηριάδου κ.α., 2014). Όταν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας νιώθουν ασφαλείς και ικανοποιημένοι τότε οι πιθανότητες να εγκαταλείψουν τον τομέα εργασίας τους μειώνονται. Η ηγεσία οφείλει να λάβει υπόψη της τα αιτήματα των εργαζομένων, να εισακούσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και να προσπαθεί να δώσει λύση στα προβλήματα που δημιουργούνται. Η εμπλοκή των νοσηλευτών στις αποφάσεις και τις υποθέσεις του νοσοκομείου φαίνεται να είναι καθοριστικής σημασίας (Sabei et al., 2020).

7.4 Εργασιακή Ικανοποίηση

Πληθώρα ερευνών ανά τον κόσμο έχουν γίνει για την εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και πολλές έχουν καταδείξει ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ αυτής και της εργασιακής εξουθένωσης. Η ικανοποίηση από την εργασία ορίζεται ως μια ευχάριστη εμπειρία που γεννά θετικά συναισθήματα στον εργαζόμενο μέσα από την ολοκλήρωση της δουλειάς του και την εκτίμηση για αυτήν (Lee & Lin,

2019). Παράγεται όταν ο εργαζόμενος κάνει αξιολόγηση του επαγγελματικού του έργου και επιβεβαιώνει ότι έχει εκπληρώσει τους εργασιακούς του στόχους και τις προσδοκίες του (Αλεξιάς κ.α., 2010).

Μέσα από τον ορισμό γίνεται αντιληπτή η στενή σχέση της εργασιακής εξουθένωσης με την ικανοποίηση από την εργασία. Όταν το άτομο κάνει τον απολογισμό του και ανακαλύπτει πως δεν έχει πετύχει τους στόχους του, παρόλη την προσπάθειά του, τότε νιώθει απογοήτευση και συναισθηματική εξάντληση. Αυτή η δυσαρμονία κόπων – αποτελέσματος οδηγεί σταδιακά σε εργασιακή εξουθένωση. Η έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης έχει συχνά τα ίδια αποτελέσματα με την εξουθένωση, όπως χαμηλή απόδοση και παραγωγικότητα και εγκατάλειψη επαγγέλματος (Abdelsalam, 2019).

Η έννοια της εργασιακής ικανοποίησης είναι πολυδιάστατη καθώς αποτελείται από πολλές παραμέτρους που σχετίζονται με την εργασία και διακρίνεται σε εξωγενής και ενδογενής. Σχετίζεται με το εργασιακό περιβάλλον, τον μισθό, το ωράριο, τις σχέσεις με τους συναδέλφους και την ηγεσία, την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων αλλά και τις προσωπικές φιλοδοξίες και τα κίνητρα του εργαζόμενου (Lee & Lin, 2019). Πρόσφατη έρευνα σε νοσηλευτές απέδειξε πως όταν το προσωπικό παίρνει μέρος στη λήψη αποφάσεων και συμμετέχει στις υποθέσεις του νοσηλευτικού ιδρύματος, νιώθει μεγαλύτερη σύνδεση με την εργασία του και η εργασιακή του ικανοποίηση αυξάνεται (El Sabei, 2020).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας και αφορά ιατρικό προσωπικό, διαφάνηκε πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ιατροί, με μακροχρόνια εμπειρία παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης. Επίσης, περισσότερο ικανοποιημένοι δήλωναν οι ιατροί στα Κέντρα Υγείας έναντι των συναδέλφων τους στα νοσοκομεία (Αλεξιάς κ.α., 2010).

Πολλές έρευνες απέδειξαν την αρνητική συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της εξουθένωσης. Ωστόσο δεν είναι σαφές αν η εργασιακή εξουθένωση ευθύνεται για την έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία ή αν η δυσαρέσκεια από την εργασία οδηγεί το άτομο στην εξουθένωση (Αλεξιάς κ.α., 2010).

8 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ – ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Η εργασία στον τομέα της υγείας είναι από τη φύση της στρεσογόνα και απαιτητική. Οι οργανισμοί αλλά και οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να μεριμνήσουν για τρόπους αντιμετώπισης της εργασιακής εξουθένωσης που αναπόφευκτα θα βιώσουν κάποια στιγμή στην καριέρα τους. Ποικίλα μέτρα προστασίας και παρέμβασης έχουν κατά καιρούς αναφερθεί τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο.

Η ηγεσία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων είναι κατεξοχήν υπεύθυνη για την πρόληψη και την καταπολέμηση της εργασιακής εξουθένωσης των εργαζομένων της. Το πρόβλημα ξεκινά και καταλήγει στην εργασία και οι επιπτώσεις του επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητα του οργανισμού. Επομένως οι ηγεσίες πρέπει να συγκροτήσουν οργανωμένο πρόγραμμα παρέμβασης και να βρουν ουσιαστικές λύσεις (Reith, 2018).

Οι οργανισμοί θα μπορούσαν να διεξάγουν συχνά έρευνες για τη μέτρηση των επιπέδων της εργασιακής εξουθένωσης στα διάφορα τμήματα καθώς και των παραγόντων που την προκαλούν (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008). Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να ανιχνευτεί η εξουθένωση σε χαμηλά επίπεδα και να αντιμετωπιστεί ευκολότερα πριν καταβάλλει το άτομο.

Επιπλέον, οι ηγετικές ομάδες των οργανισμών πρέπει να μεριμνούν για την παροχή κινήτρων στο προσωπικό τους και την αύξηση της επαγγελματικής τους ικανοποίησης (Πετράκος κ.α., 2018). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, την αύξηση της αμοιβής των επαγγελματιών υγείας καθώς και τον προσεκτικό σχεδιασμό των εφημεριών – βαρδιών. Ακόμα, η παροχή ευκαιριών προαγωγής και εξέλιξης, η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με προσωπικό και το ευέλικτο εργασιακό ωράριο μπορούν να συμβάλλουν προς αυτή την κατεύθυνση (Reith, 2018).

Όσον αφορά κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό, η διοίκηση του οργανισμού μπορεί να εφαρμόζει ένα σύστημα κινητικότητας από τμήμα σε τμήμα. Με ερωτηματολόγια οι νοσηλευτές μπορούν να αναφέρουν τις επιθυμίες τους και τους λόγους που επιθυμούν το ανάλογο τμήμα και να υπάρχει μέριμνα για την ικανοποίησή τους. Με αυτόν τον τρόπο οι νοσηλευτές στα πιο επιβαρυνόμενα τμήματα του νοσοκομείου, όπως οι ΜΕΘ και τα ΤΕΠ, δεν θα νιώθουν «τιμωρημένοι» αλλά θα έχουν την δυνατότητα να αλλάζουν κατά καιρούς με άλλους συναδέλφους τους. Όσον

αφορά το ιατρικό προσωπικό, η ηγεσία μπορεί να μελετήσει ποιος τομέας ενδιαφέρει περισσότερο κάθε ιατρό (έρευνα, εκπαίδευση, φροντίδα ασθενών) και να καταρτίσει πρόγραμμα ώστε να αφιερώνει περισσότερο χρόνο σε αυτόν (Reith, 2018).

Σύμφωνα με έρευνες φαίνεται να έχει αποτέλεσμα η δημιουργία ομάδων υποστήριξης για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και πρόνοιας αλλά και για τους οικείους τους. Οι ομάδες εργασίας αποτελούνται από πολλά άτομα διαφόρων κλάδων που δρουν υποστηρικτικά και στόχο έχουν την πρόληψη ή τη μείωση των συμπτωμάτων της εργασιακής εξουθένωσης (Παππά κ.α., 2008).

Τέλος, οι οργανισμοί μπορούν να επενδύσουν στην τακτική οργάνωση σεμιναρίων για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους (Σταυριανόπουλος κ.α., 2011). Η εκπαίδευση σε δεξιότητες διαχείρισης και αντιμετώπισης του στρες που προκαλείται από την δουλειά φαίνεται να μειώνει λίγο τα επίπεδα του άγχους που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας.

Παρόλο που η μέριμνα από τους οργανισμούς για την ανίχνευση και την αντιμετώπιση της εργασιακής εξουθένωσης των εργαζομένων είναι πολύ σημαντική, εξίσου σημαντική είναι και η παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο. Πολλές έρευνες έχουν γίνει για την διαχείριση του εργασιακού στρες και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτοφροντίδας στους επαγγελματίες υγείας (Παππά κ.α., 2008).

Οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους αλλά και ώρες πριν ξεκινήσουν τη βάρδιά τους. Συχνά, φτάνουν στο σημείο να νιώθουν άγχος για τη δουλειά τους συνεχώς, ακόμα και τις ημέρες της ξεκούρασης τους. Η σωστή διαχείριση του εργασιακού στρες μπορεί να προλάβει ή να μειώσει τα επίπεδα της εργασιακής εξουθένωσης.

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας μπορούν να προετοιμάζονται κατάλληλα από πριν, σε ψυχολογικό επίπεδο, ώστε η έλευση στην εργασία τους να μην αποτελεί γι' αυτούς αγχώδη και αρνητική κατάσταση. Υπάρχουν διάφορα μέσα και στρατηγικές χαλάρωσης. Κάποια από αυτά είναι η προσωπική φροντίδα, ο καφές ή το τσιγάρο, η μουσική, η προσευχή, ο διαλογισμός και η αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους (Μανομενίδης και συν, 2017). Καθένας, ανάλογα με την προσωπικότητα και τις προτιμήσεις του, μπορεί να επιλέξει τι τον βοηθάει περισσότερο ώστε να αποφορτιστεί και να αισθανθεί έτοιμος να αντιμετωπίσει με θετική διάθεση μία ακόμα μέρα στη δουλειά του.

Επιπλέον, μπορούν να εξασκηθούν στη χρήση στρατηγικών αποφόρτισης κατά τη διάρκεια του ωραρίου τους στη δουλειά. Τέτοιες στρατηγικές είναι το

χιούμορ, η συζήτηση με τους συναδέλφους, τα μικρά διαλείμματα. Περισσότερο αποτελεσματικά φαίνεται να είναι τα προγραμματισμένα διαλείμματα όπου οι εργαζόμενοι έχουν την ευκαιρία να ξεφύγουν για λίγο από τα πλαίσια της εργασίας τους και να ασχοληθούν με κάτι διαφορετικό ή να χαλαρώσουν. Τέτοιο μπορεί να είναι το διάλειμμα για γεύμα (Μανομενίδης και συν, 2017). Αξίζει να σημειωθεί πως πολλοί επαγγελματίες υγείας καταφεύγουν στην χρήση καφεΐνης και νικοτίνης κατά τη διάρκεια του ωραρίου τους για να χαλαρώσουν και συχνά κάνουν καταχρήσεις.

Μετά το πέρας του ωραρίου τους οι άνθρωποι που βιώνουν έντονο εργασιακό άγχος πρέπει να αποφορτίζονται. Η επαφή τους με άλλους ανθρώπους, μία βόλτα στη φύση, η ενασχόληση με κάποιο χόμπι μπορούν να βοηθήσουν προς αυτή την κατεύθυνση. Σημαντικό ρόλο στη μείωση των επιπέδων του εργασιακού στρες φαίνεται να διαδραματίζει η περίοδος της άδειας. Οι εργαζόμενοι χαλαρώνουν, αποκτούν ενέργεια και εμφανίζουν καλύτερη απόδοση όταν επιστρέφουν στην εργασία τους. Δυστυχώς, η επίδραση αυτή φαίνεται να εξασθενεί μετά από 1-2 βδομάδες (Μανομενίδης και συν, 2017).

Πολύ σημαντικό είναι οι επαγγελματίες υγείας να ενημερωθούν για την εργασιακή εξουθένωση και να είναι υποψιασμένοι ώστε να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα πριν η εξάντληση τους καταβάλλει. Αν έχουν γύρω τους ένα ισχυρό υποστηρικτικό περιβάλλον και ζητήσουν τη βοήθεια ειδικού σε πρώιμο στάδιο μπορούν να μετριάσουν ή και να μειώσουν τα επίπεδα της εργασιακής εξουθένωσης (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Σκοπός

Σκοπός την εν λόγω έρευνας είναι η διερεύνηση του επιπέδου της εργασιακής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας στη χώρα μας και η συσχέτισή της με το κυλιόμενο ωράριο. Επιπλέον, διερευνώνται άλλα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος σε συσχέτιση με τα επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης. Τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία καλείται να δώσει απαντήσεις η παρούσα μελέτη είναι τα εξής:

- Πάσχουν οι επαγγελματίες υγείας από εργασιακή εξουθένωση στη χώρα μας; Ποια είναι τα επίπεδα της εργασιακής εξουθένωσής τους;
- Το κυλιόμενο ωράριο επιδρά στην εργασιακή εξουθένωση;
- Το επάγγελμα σχετίζεται με την εργασιακή εξουθένωση;
- Τα έτη εργασίας στον τομέα της υγείας επηρεάζουν τα επίπεδα της εργασιακής εξουθένωσης;
- Η δυνατότητα ρύθμισης των ωραρίων εργασίας στο σύστημα βαρδιών επιδρά στην εργασιακή εξουθένωση;

1.2 Συλλογή δεδομένων

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 160 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην ελληνική επικράτεια τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα. Η έρευνα έλαβε χώρα τον Ιούνιο και Ιούλιο του 2020. Ο κύριος όγκος του δείγματος αποτελείται από νοσηλευτές (107 άτομα, σε σύνολο 160) καθώς είναι η πολυπληθέστερη ειδικότητα στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν διαδικτυακά μέσω του Google Forms αλλά και έντυπα. Εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και όλοι ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας μέσω εισαγωγικού ενημερωτικού σημειώματος.

1.3 Κριτήρια επιλογής του πληθυσμού

Η έρευνα απευθύνθηκε σε επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της υγείας τουλάχιστον το τελευταίο εξάμηνο. Οι επαγγελματίες υγείας σύμφωνα με την

ελληνική νομοθεσία (Νόμος 4238/2014, *Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)*, αλλαγή σκοπού *Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις*. ΦΕΚ 38/ Α' / 17-2-2014) είναι οι ιατροί, οι οδοντίατροι, οι νοσηλευτές, οι μαίες, οι φαρμακοποιοί, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι λογοθεραπευτές, οι εργοθεραπευτές, οι φυσικοθεραπευτές, οι επισκέπτες υγείας, οι ακτινοφυσικοί, οι ακτινολόγοι, οι βιολόγοι, οι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων και οι διαιτολόγοι.

Επιπλέον, η μελέτη απευθύνθηκε τόσο σε εργαζόμενους με κυκλικό ωράριο όσο και με σταθερό πρωινό ωράριο, όπως προϊστάμενοι κλινικών κλπ.

Από την μελέτη αποκλείστηκαν οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται σε άλλους φορείς και όχι στο σύστημα υγείας (π.χ. σχολικοί νοσηλευτές). Επιπλέον αποκλείστηκαν οι εργαζόμενοι στα νοσηλευτικά ιδρύματα που δεν ανήκουν στα επαγγέλματα υγείας, όπως οι διοικητικοί.

1.4 Ερευνητικά εργαλεία

Τα στοιχεία της έρευνας συλλέχθηκαν με ανώνυμο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία μέρη.

1^ο Μέρος : Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 14 ερωτήσεις. Εξετάζονται δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, ο Δείκτης Μάζας Σώματος, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη εξαρτώμενων μελών. Επιπλέον, συγκεντρώνονται τα εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως το επάγγελμα, η εκπαίδευση, τα έτη εργασίας, η ικανοποίηση από τον μισθό, η εργασία σε θέση ευθύνης.

2^ο Μέρος: Εργασιακό ωράριο

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 6 ερωτήσεις. Συγκεντρώνει πληροφορίες που σχετίζονται με το εργασιακό ωράριο του δείγματος, όπως το είδος του ωραρίου εργασίας (κυκλικό – σταθερό), ο αριθμός νυχτερινών – απογευματινών βαρδιών, η επιθυμία παύσης από το κυκλικό ωράριο, η δυνατότητα ρύθμισης των βαρδιών.

3^ο Μέρος: Εργασιακή εξουθένωση

Το τρίτο μέρος αποτελείται από το ερωτηματολόγιο 22 ερωτήσεων της Maslach που μετρά την εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών σε κοινωνικές επιστήμες και

σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα το 1992. Το ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από τους Maslach & Jackson το 1981 μετρά τις τρεις διαστάσεις της εργασιακής εξουθένωσης. α) τη συναισθηματική εξάντληση (ερωτήσεις 1-9), β) την απουσία προσωπικών επιτευγμάτων (ερωτήσεις 10-17), γ) την απρόσωπη φροντίδα προς τους ασθενείς (ερωτήσεις 18-22) (Κωνσταντίνου και συν, 2018).

Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων υπολογίζεται η μέση τιμή κάθε μίας ερώτησης, έπειτα αθροίζονται οι βαθμολογίες κάθε μίας από τις τρεις κλίμακες χωριστά και υπολογίζεται η μέση τιμή. Εργαζόμενοι που πάσχουν από εργασιακή εξουθένωση εμφανίζουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και απρόσωπης φροντίδας και χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων (Διλιντάς, 2010).

1.5 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με το δωρεάν στατιστικό πρόγραμμα PSPP. Σε όλες τις ερωτήσεις έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με ραβδογράμματα που σχεδιάστηκαν με το πρόγραμμα excel. Επιπλέον, για την σύγκριση των επιπέδων των τριών κλιμάκων της εργασιακής εξουθένωσης υπολογίστηκε η μέση τιμή κάθε μίας ερώτησης χωριστά και στη συνέχεια αθροίστηκαν οι μέσοι όροι για κάθε μία από τις τρεις κλίμακες την εργασιακής εξουθένωσης του ερωτηματολογίου της Maslach. Έγινε έλεγχος κανονικότητας με το test των Kolmogorov-Smirnov. Για την σύγκριση των μεταβλητών και την εύρεση διαφορών μεταξύ τους χρησιμοποιήθηκε το T – Test για ανεξάρτητα δείγματα και το One - Way Anova. Η στατιστική σημαντικότητα προσδιορίστηκε ίση με 0,05 σε όλες τις αναλύσεις.

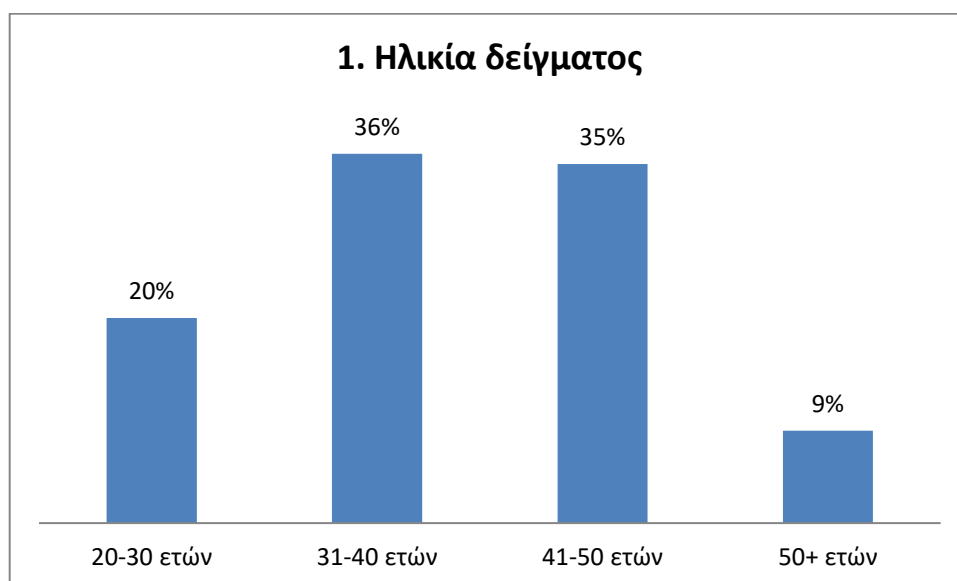
2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Στην εν λόγω έρευνα πήραν μέρος συνολικά 160 επαγγελματίες υγείας. Έγινε καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα διαγράμματα που ακολουθούν.

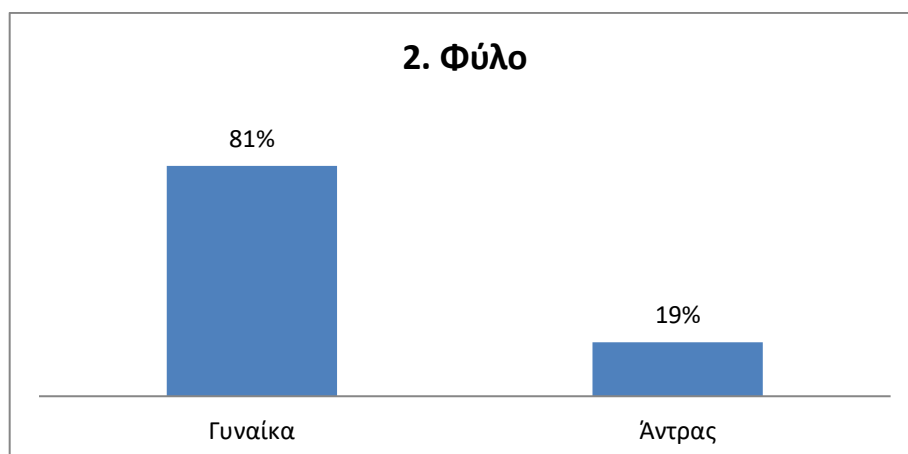
Όσον αφορά την ηλικία του δείγματος το 20% είναι μεταξύ 20 και 30 ετών, περίπου το 36% είναι μεταξύ 31 και 40 ετών, 35% του δείγματος είναι μεταξύ 41 και

50 ετών και περίπου το 9% είναι από 50 ετών και άνω. Επομένως το 70% του δείγματος ανήκει στην πιο παραγωγική ηλικία 30 – 50 ετών.



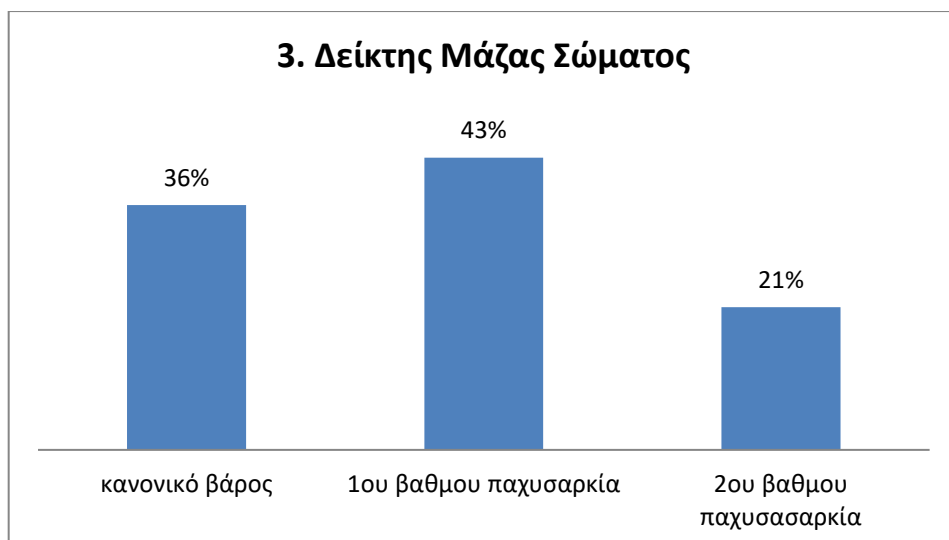
Διάγραμμα 1: Ηλικία

Σχετικά με το φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα η συντριπτική πλειοψηφία είναι γυναίκες με ποσοστό σχεδόν 81% του συνόλου του δείγματος. Το υπόλοιπο 19% περίπου είναι άντρες.



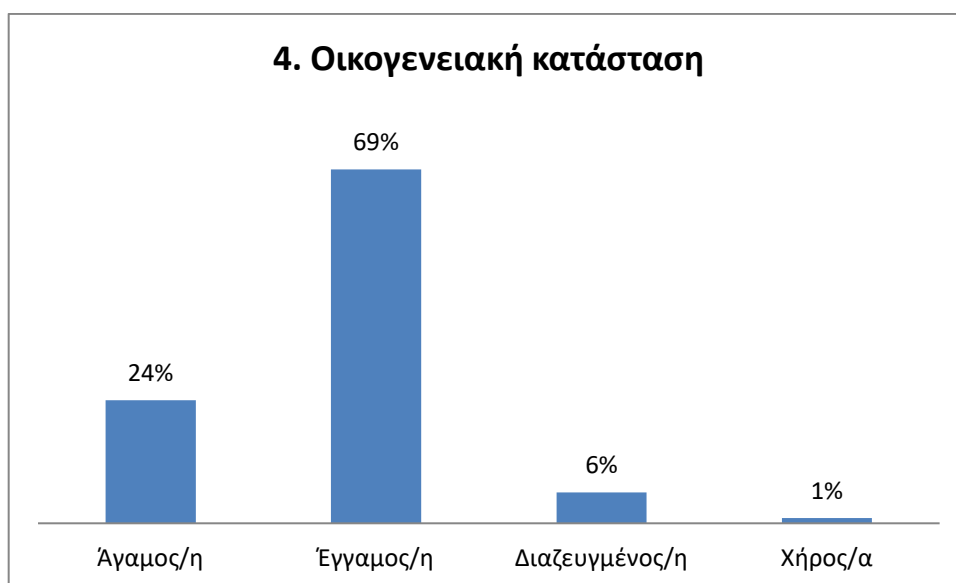
Διάγραμμα 2: Φύλο

Όσον αφορά τον δείκτη μάζας σώματος των επαγγελματιών υγείας που πήραν μέρος στην έρευνα η πλειοψηφία, περίπου 43% του δείγματος, εμφανίζει 1^ο βαθμού παχυσαρκία. Το 36% περίπου του δείγματος έχει κανονικό βάρος, ενώ το 21% περίπου εμφανίζει 2^ο βαθμού παχυσαρκία.



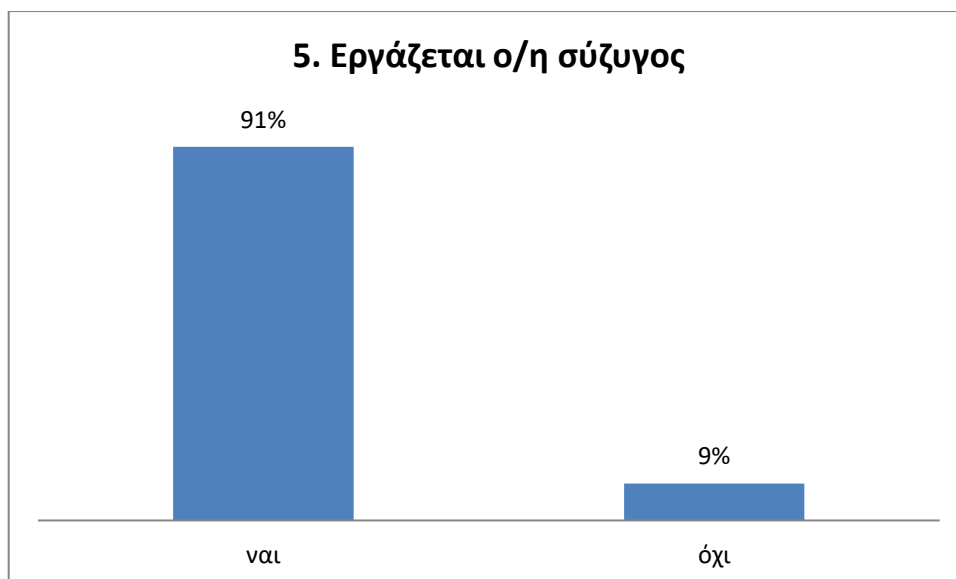
Διάγραμμα 3: Δείκτης μάζας σώματος

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων τα 2/3, περίπου 69% είναι έγγαμοι ή συζούν. Άγαμοι είναι το 24% περίπου του δείγματος, περίπου 6% είναι διαζευγμένοι και σχεδόν 1% είναι χήρος/α.



Διάγραμμα 4: Οικογενειακή κατάσταση

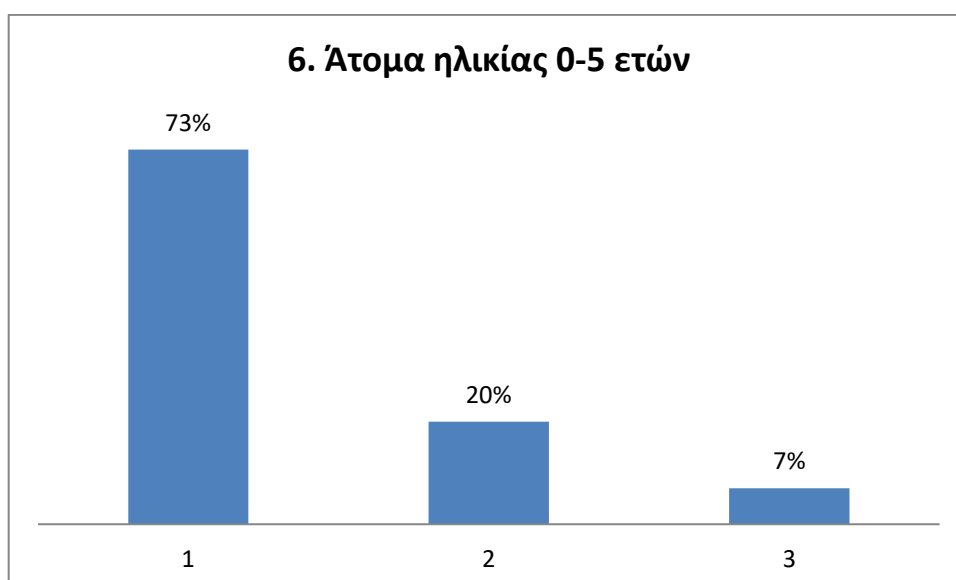
Στην ερώτηση που διερευνά αν εργάζεται ο/η σύζυγος του ερωτηθέντος και αναφέρεται σε όσους είναι έγγαμοι ή συζούν, η πλειοψηφία, σχεδόν 91% των έγγαμων ατόμων, απάντησε ότι ο/η σύζυγός τους εργάζεται. Το υπόλοιπο 9% των έγγαμων απάντησε ότι ο/η σύζυγος δεν εργάζεται.



Διάγραμμα 5: Εργάζεται ο/η σύζυγός σας;

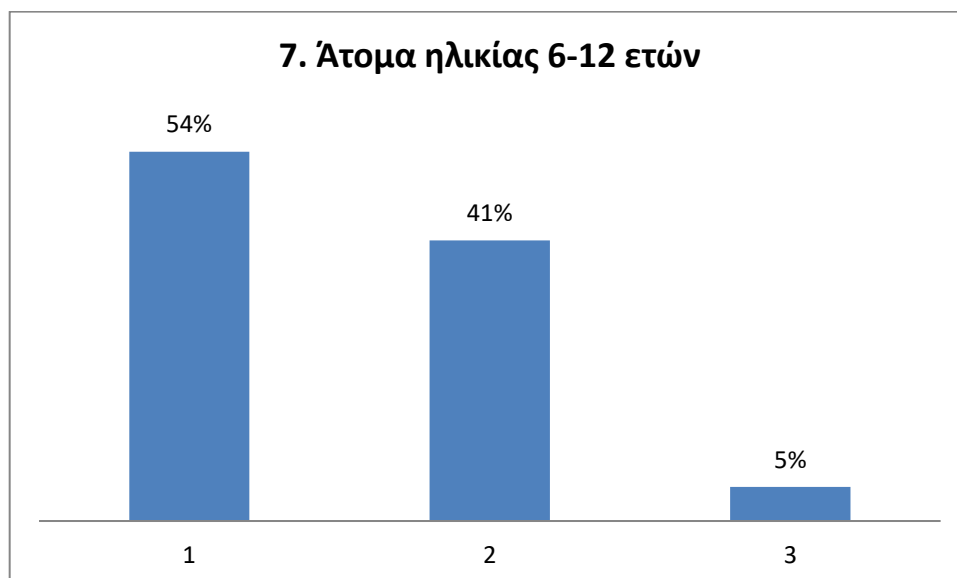
Ακολουθεί η ερώτηση σχετικά με το πόσα άτομα στο σπίτι σας ανήκουν σε κάθε μια από τις παρακάτω ηλικιακές ομάδες.

Όσον αφορά την πρώτη ηλικιακή ομάδα οι επαγγελματίες υγείας που έχουν στο σπίτι τους μικρά παιδιά ηλικίας 0-5 ετών απάντησαν: περίπου 73% αυτών έχουν ένα παιδί από 0-5 ετών, 20% περίπου έχουν 2 παιδιά από 0-5 ετών και 7% έχουν 3 παιδιά από 0-5 ετών.



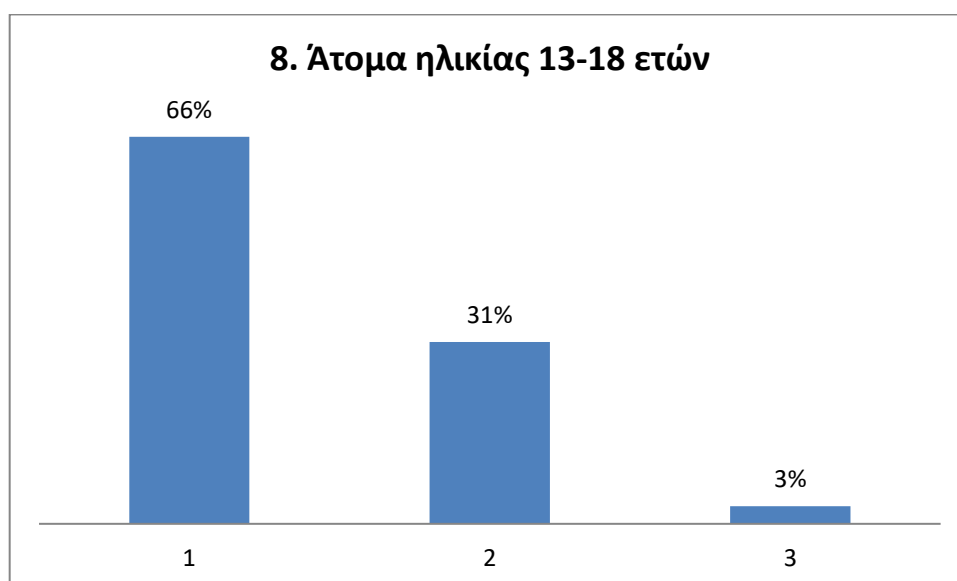
Διάγραμμα 6: Πλήθος παιδιών ηλικίας 0-5 ετών

Στον παρακάτω πίνακα για παιδιά ηλικίας 6-12 ετών, περίπου 54% των ερωτηθέντων που έχουν παιδιά σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα απάντησαν ότι έχουν ένα παιδί 6-12 ετών, 41% περίπου απάντησαν ότι έχουν 2 παιδιά και 5% περίπου έχουν 3 παιδιά 6-12 ετών.



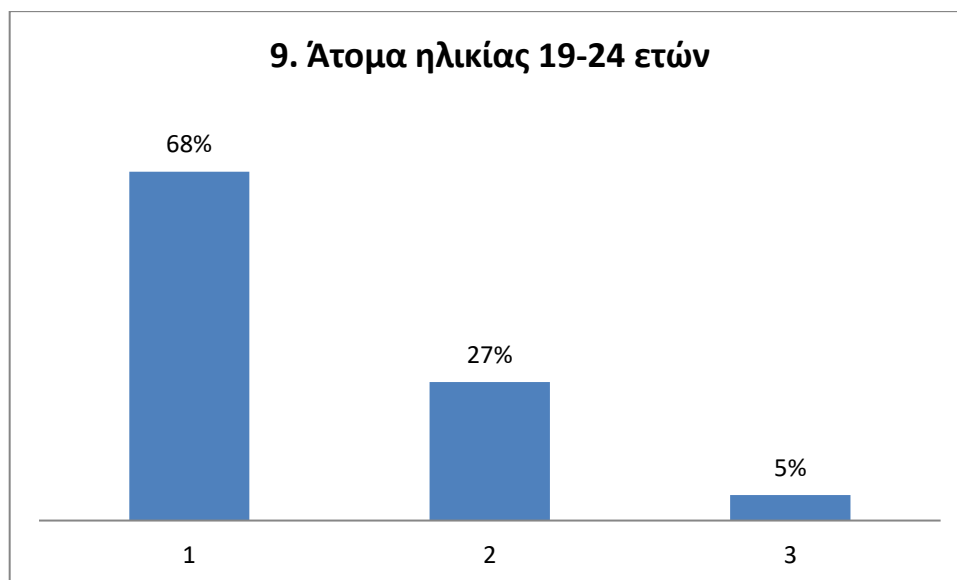
Διάγραμμα 7: Πλήθος παιδιών ηλικίας 6-12 ετών

Στον επόμενο πίνακα εμφανίζονται τα παιδιά ηλικίας 13-18 ετών. Περίπου 66% των ερωτηθέντων που έχουν παιδί σε αυτήν την ηλικία, απάντησαν ότι έχουν ένα παιδί, 31% περίπου απάντησαν πως έχουν 2 παιδιά σ' αυτήν την ηλικιακή ομάδα και 3% περίπου έχουν 3 παιδιά 13-18 ετών.



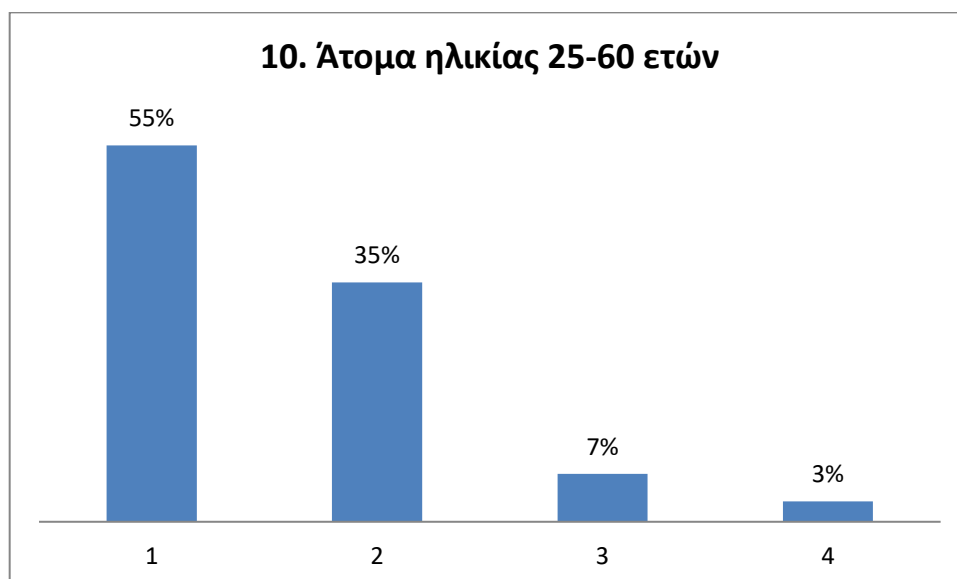
Διάγραμμα 8: Πλήθος παιδιών ηλικίας 13-18 ετών

Στον παρακάτω πίνακα που αναφέρεται σε επαγγελματίες υγείας που συγκατοικούν με άτομα ηλικίας 19 – 24 ετών, 68% περίπου αυτών απάντησαν πως έχουν 1 άτομο με ηλικία 19-24, περίπου 27% έχουν στο σπίτι τους 2 νέους αυτής της ηλικίας και 5% περίπου συγκατοικούν με 3 άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας.



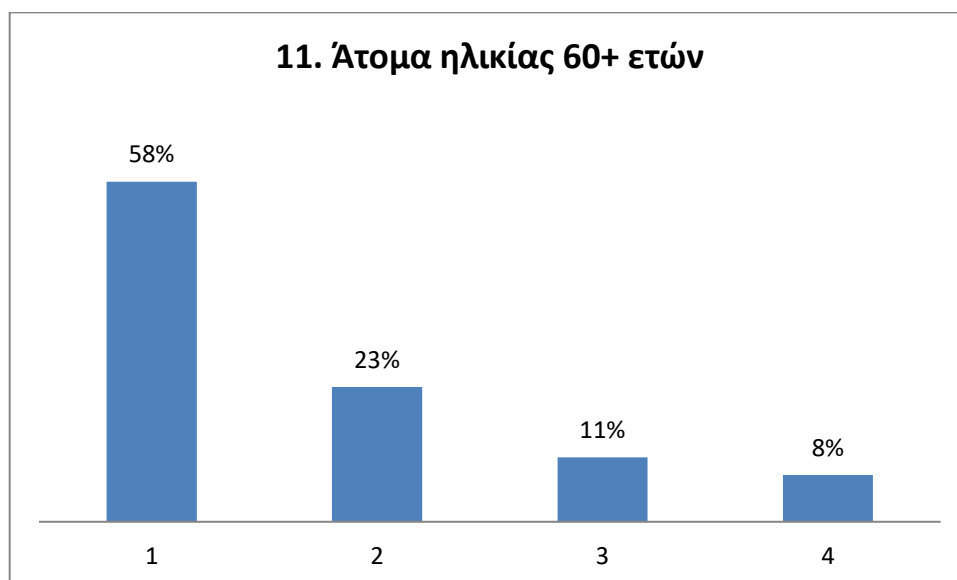
Διάγραμμα 9: Πλήθος νέων ηλικίας 19-24 ετών

Στην ομάδα 25-60 ετών, περίπου 55% των ερωτηθέντων που συγκατοικούν με άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας απάντησαν πως έχουν στο σπίτι τους 1 τέτοιο άτομο, 35% περίπου έχουν 2 άτομα, 7% περίπου συγκατοικούν με 3 άτομα ηλικίας 25-60 ετών και 3% με 4 άτομα.



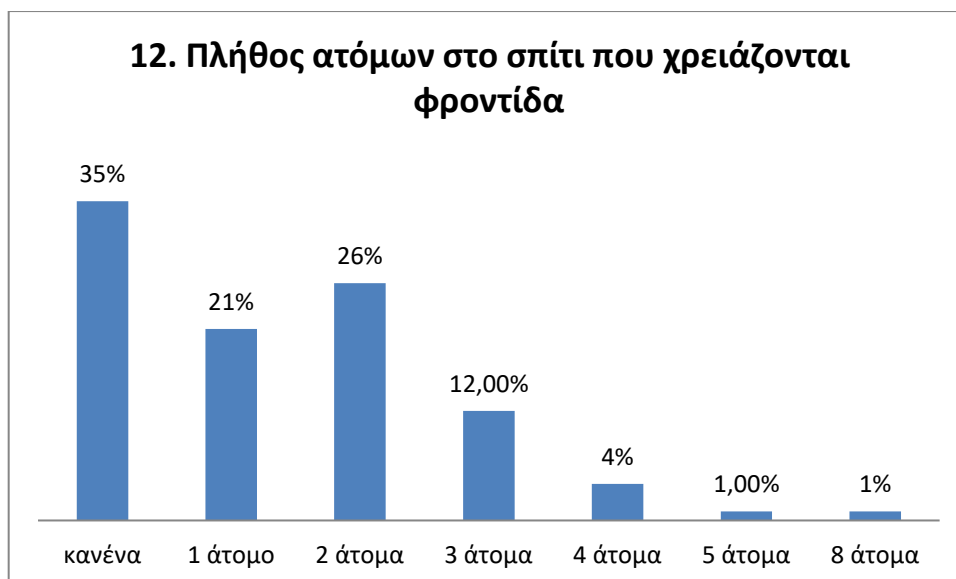
Διάγραμμα 10: Πλήθος ενηλίκων 25-60 ετών

Τέλος για την ερώτηση εάν συγκατοικούν με άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών, 58% περίπου από τους ερωτηθέντες που έχουν άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας στο σπίτι τους απάντησαν πως συγκατοικούν με 1 άτομο άνω των 60, περίπου 23% αυτών συγκατοικούν με 2 άτομα άνω των 60 ετών, 11% περίπου με 3 άτομα και 8% περίπου από τους ερωτηθέντες με 4 άτομα άνω των 60 ετών.



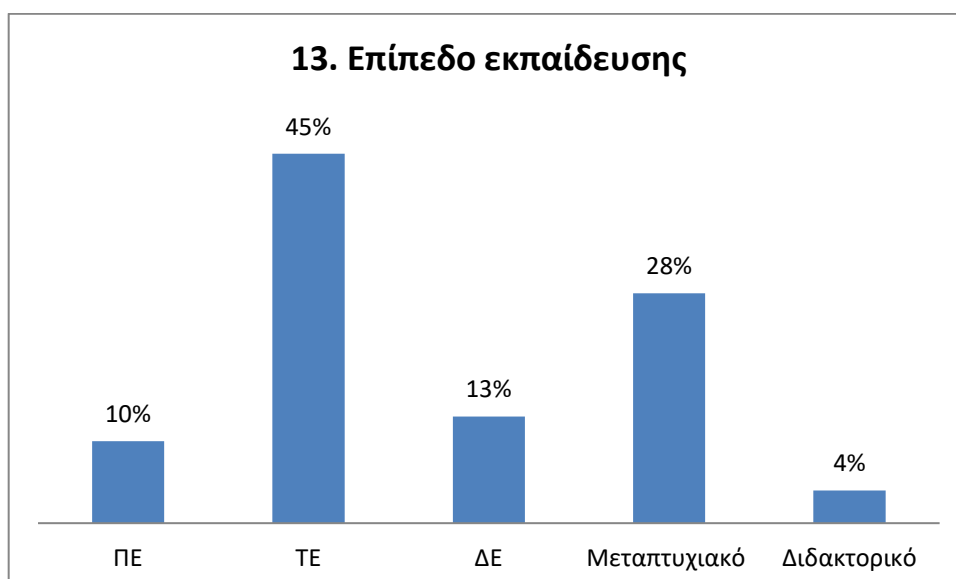
Διάγραμμα 11: Πλήθος ηλικιωμένων 60 ετών και άνω

Στην ερώτηση που διερευνά τον αριθμό των ατόμων μέσα στο σπίτι που χρήζουν τη βοήθεια των ερωτηθέντων τα 2/3 απάντησαν ότι έχουν έστω ένα άτομο στην οικογένεια που χρειάζεται τη φροντίδα τους. Συγκεκριμένα, το 35% περίπου δεν έχει κάποιο άτομο που να απαιτεί τη βοήθειά του. Το 21% περίπου έχει ένα άτομο, το 26% περίπου έχει δύο άτομα, το 12% περίπου έχει τρία άτομα, το 4% περίπου έχει τέσσερα άτομα, ενώ σχεδόν 1% συγκατοικεί με πέντε άτομα και σχεδόν 1% με οκτώ άτομα που χρήζουν τη βοήθειά του.



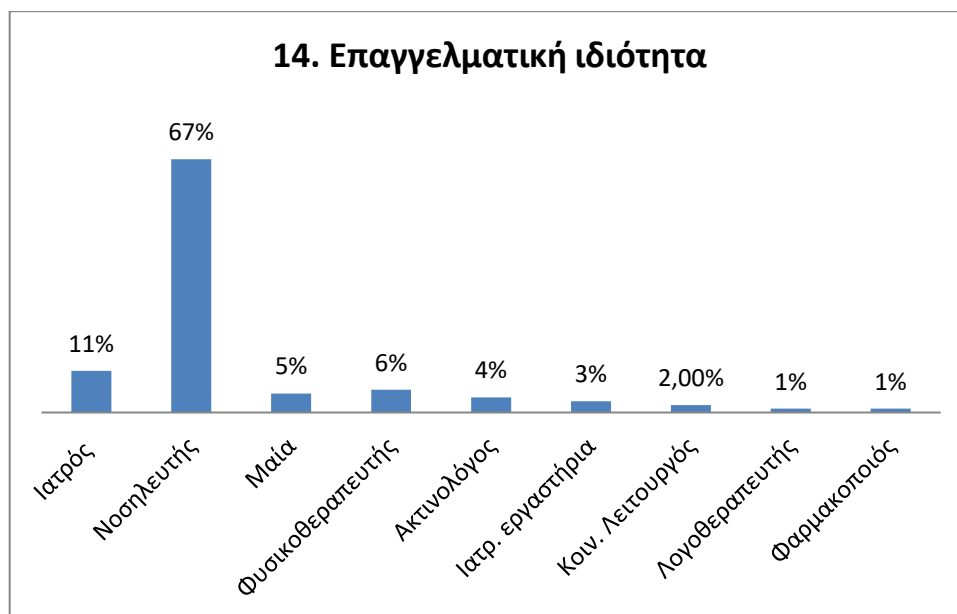
Διάγραμμα 12: Πλήθος ατόμων στην οικογένεια που χρειάζονται φροντίδα

Στη συνέχεια αναλύονται τα εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος. Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης. Σχεδόν το μισό δείγμα κατέχει πτυχίο τεχνολογικής εκπαίδευσης. Αναλυτικότερα, 10% των ερωτηθέντων ανήκουν στην κατηγορία της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 45% ανήκουν στην κατηγορία τεχνολογικής εκπαίδευσης, περίπου 13% έχουν λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 28% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος και περίπου 4% του δείγματος είναι κάτοχοι διδακτορικού.



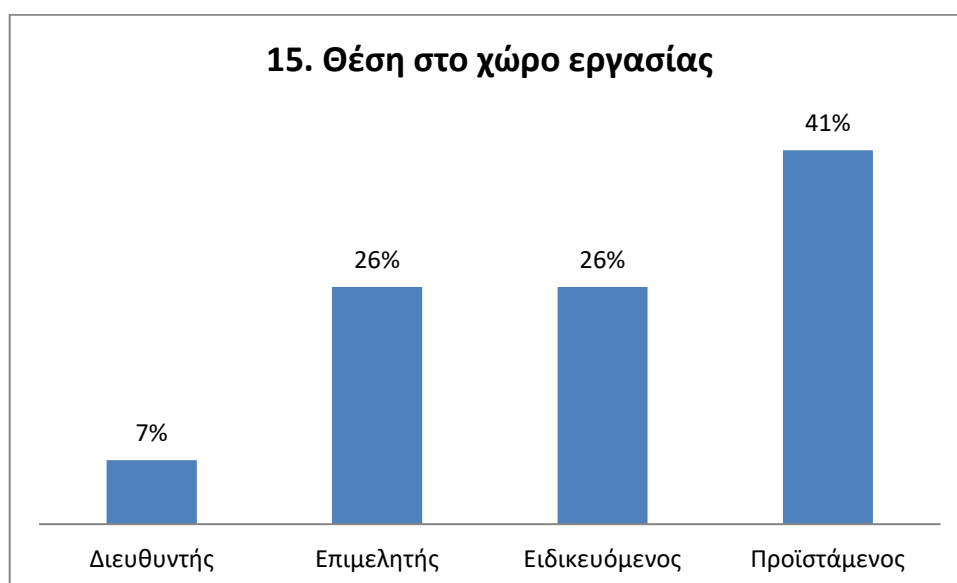
Διάγραμμα 13: Εκπαίδευση

Σχετικά με την επαγγελματική ιδιότητα του δείγματος η συντριπτική πλειοψηφία, σχεδόν τα 2/3, είναι νοσηλευτές (67%). Περίπου 11% των ερωτηθέντων είναι ιατροί, περίπου 6% είναι φυσικοθεραπευτές, 5% του δείγματος είναι μαίες, σχεδόν 4% ακτινολόγοι, 3% τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, 2% περίπου κοινωνικοί λειτουργοί, 1% περίπου φαρμακοποιοί και 1% περίπου λογοθεραπευτές.



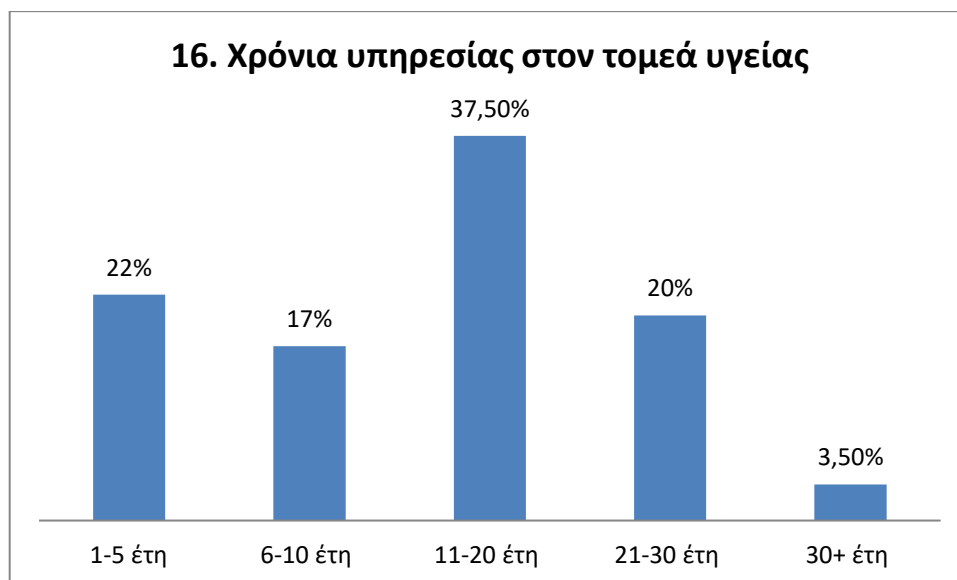
Διάγραμμα 14: Επάγγελμα

Στην ερώτηση σχετικά με το εάν κατέχουν κάποια από τις παρακάτω θέσεις: διευθυντής, επιμελητής, ειδικευόμενος ή προϊστάμενος 7% όσων κατέχουν κάποια από αυτές τις θέσεις απάντησαν πως έχουν θέση διευθυντή, 26% θέση επιμελητή, 26% είναι ειδικευόμενοι και 41% προϊστάμενοι.



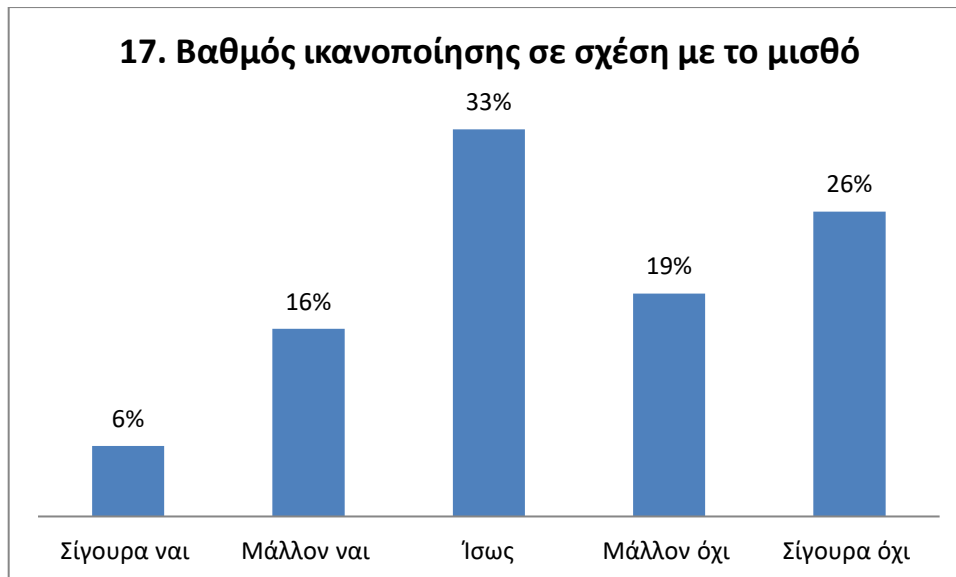
Διάγραμμα 15: Θέση στο χώρο εργασίας

Στο παρακάτω διάγραμμα αναφέρονται τα χρόνια υπηρεσίας του δείγματος στο χώρο τη υγείας με την πλειοψηφία του δείγματος, περίπου 40%, να εργάζεται 11-20 χρόνια. Πιο συγκεκριμένα, 22% περίπου εργάζονται 1-5 έτη, 17% του δείγματος 6-10 έτη, 37,5% εργάζονται 11-20 έτη, 20% των ερωτηθέντων 21-30 έτη και 3,5% εργάζονται στον τομέα της υγείας περισσότερα από 30 χρόνια.



Διάγραμμα 16: Έτη υπηρεσίας στον τομέα υγείας

Ακολουθεί το διάγραμμα που αναφέρεται στον βαθμό ικανοποίησης του δείγματος σε σχέση με το μισθό που λαμβάνει, όπου το 45%, σχεδόν ο μισός πληθυσμός, απάντησε σίγουρα όχι ή μάλλον όχι ενώ μόνο το 5% απάντησε πως σίγουρα είναι ικανοποιημένο. Επίσης το 33% περίπου το 1/3 του δείγματος απάντησε ότι ίσως είναι ευχαριστημένο από το μισθό του. Πιο συγκεκριμένα το 26% απάντησε πως σίγουρα δεν είναι ευχαριστημένο από το μισθό του, 19% μάλλον δεν είναι ευχαριστημένο, 33% περίπου απάντησε πως ίσως είναι ευχαριστημένο, 16% περίπου μάλλον είναι ευχαριστημένο ενώ το 6% περίπου σίγουρα ναι .



Διάγραμμα 17: Ικανοποίηση από τον μισθό

Στο Διάγραμμα 18 της έρευνας απεικονίζεται η συχνότητα του δείγματος που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο ή εφημερίες (ιατροί). Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (73%) εργάζεται σε κυκλικό ωράριο ενώ το 27% εργάζεται σε σταθερό ωράριο.

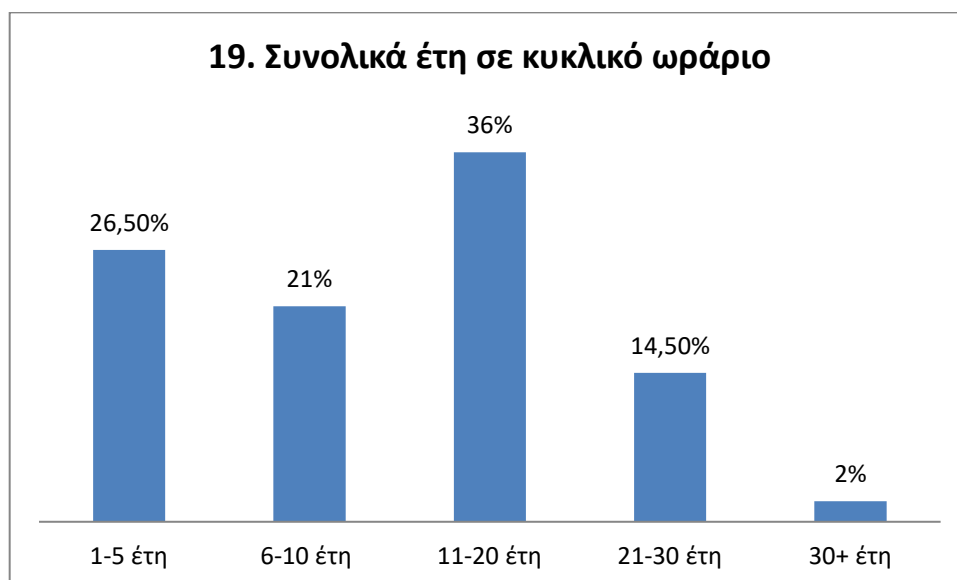


Διάγραμμα 18: Εργασία σε κυκλικό ωράριο

2.2 Χαρακτηριστικά εργασίας σε κυκλικό ωράριο

Ακολουθούν τα ερωτήματα που αφορούν την εργασία σε κυκλικό ωράριο. Σε αυτά απάντησαν μόνο τα άτομα που εργάζονται σε βάρδιες τουλάχιστον το τελευταίο εξάμηνο.

Το ραβδόγραμμα 19 απεικονίζει τα έτη υπηρεσίας των υγειονομικών υπαλλήλων σε κυκλικό ωράριο. Το 26,5% του δείγματος που εργάζεται σε βάρδιες δουλεύει σε αυτό το σύστημα 1-5 έτη, το 21% εργάζεται 6-10 έτη, το 36% περίπου 11-20 έτη, το 14,5% 21-30 έτη και περίπου 2% εργάζεται σε κυκλικό ωράριο περισσότερα από 30 έτη. Όπως φαίνεται το 1/2 του δείγματος που δουλεύει σε βάρδιες εργάζεται 1-10 έτη.



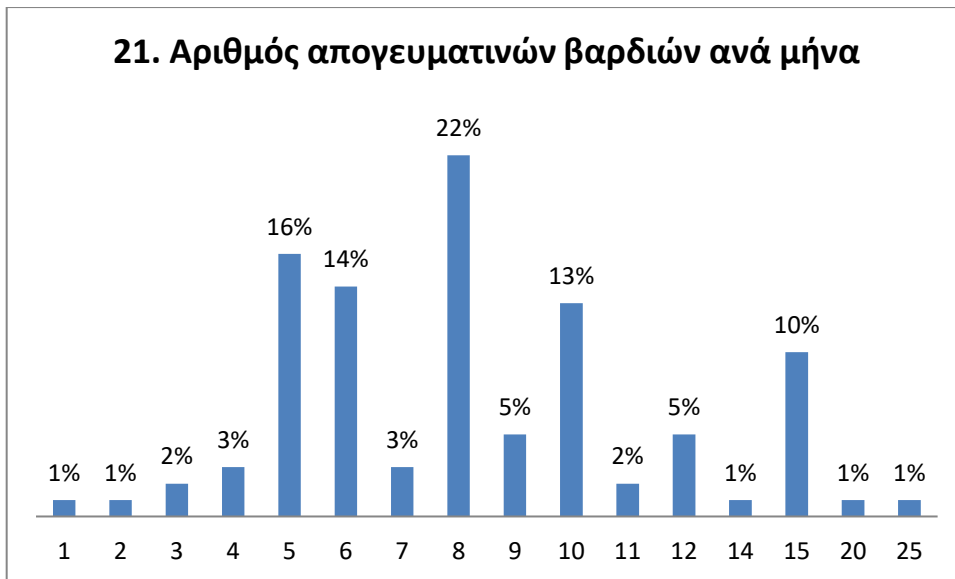
Διάγραμμα 19: Έτη εργασίας σε κυκλικό ωράριο

Το διάγραμμα 20 αναφέρεται στον αριθμό των νυχτερινών βάρδιών σε έναν μήνα που πραγματοποιούν οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ωράριο. Όπως φαίνεται ο αριθμός ποικίλει. Η πλειοψηφία του δείγματος (45%) κάνει 4-5 νυχτερινές βάρδιες τον μήνα. Πιο συγκεκριμένα, 6% του δείγματος δεν εργάζεται ποτέ σε νυχτερινή βάρδια. Περίπου 2% κάνουν μία νυχτερινή βάρδια τον μήνα, 4% του δείγματος δουλεύουν δύο νύχτες τον μήνα, 3% έχουν τρεις νύχτες τον μήνα, 24% έχουν τέσσερις νυχτερινές βάρδιες, 21% έχουν πέντε νύχτες, 13% έχουν έξι νύχτες, περίπου 8% έχουν κατά μέσο όρο επτά νύχτες τον μήνα, 14% κάνουν οκτώ νύχτες, 1% δουλεύει 9 νύχτες, 3% περίπου εργάζονται 10 νύχτες και 1% απάντησε ότι δουλεύει μόνο σε νυχτερινή βάρδια (20 νύχτες τον μήνα).



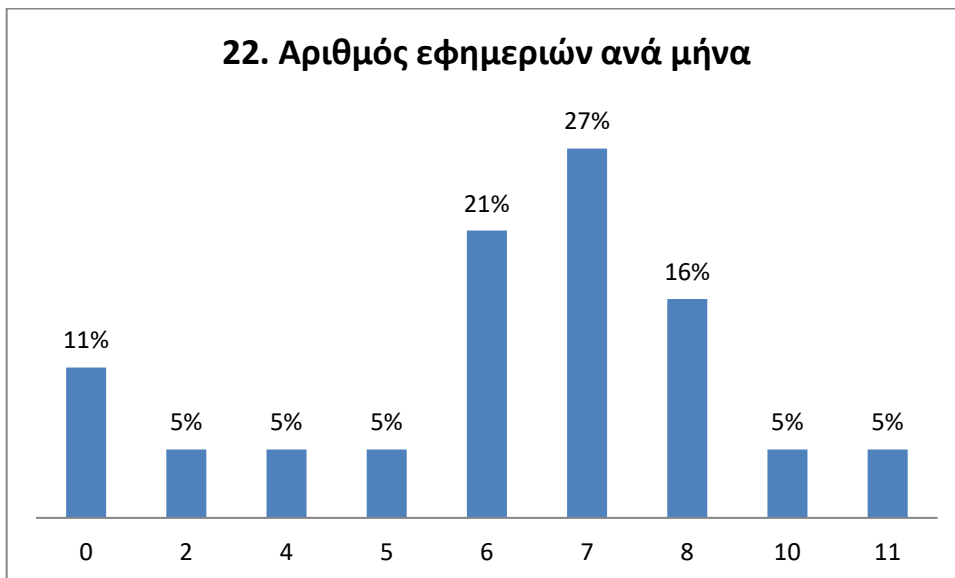
Διάγραμμα 20: Αριθμός νυχτερινών βαρδιών σε έναν μήνα

Το 21^ο διάγραμμα παρουσιάζει τον μέσο όρο των απογευματινών βαρδιών του δείγματος σε ένα μήνα. Το 30% του δείγματος που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο έχει 5-6 απογευματινές βάρδιες τον μήνα, ενώ σχεδόν το 22% έχουν 8 (επικρατούσα τιμή). Πιο συγκεκριμένα 1% απάντησε πως κάνει μία απογευματινή βάρδια τον μήνα, 1% κάνει δύο απογευματινές. Περίπου 2% του δείγματος απάντησαν πως έχουν τρεις απογευματινές βάρδιες τον μήνα, 3% απάντησαν ότι έχουν τέσσερις απογευματινές και περίπου 3% δουλεύουν επτά απογευματινές βάρδιες τον μήνα. Σχεδόν 5% των επαγγελματιών υγείας του δείγματος έχουν 9 απογευματινά, περίπου 13% έχουν 10 απογευματινές βάρδιες, περίπου 2% κάνουν 11 απογευματινά και σχεδόν 5% κάνουν 12 τέτοιες βάρδιες. 1% των ερωτηθέντων έχει 14 απογευματινές βάρδιες τον μήνα, περίπου 10% έχουν 15 απογευματινές ενώ περίπου 2% δουλεύουν μόνο σε απογευματινή βάρδια, καθώς δήλωσαν ότι έχουν 20 και 25 τέτοιες βάρδιες τον μήνα.



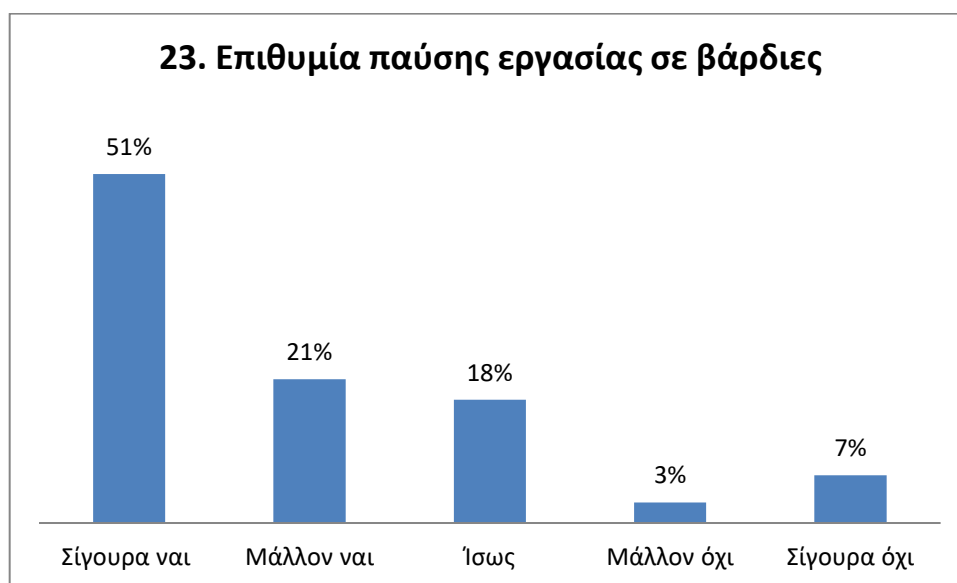
Διάγραμμα 21: Αριθμός απογευματινών βαρδιών σε έναν μήνα

Όσον αφορά τις εφημερίες των ιατρών κυρίως, φαίνεται από το διάγραμμα 22 πως η πλειοψηφία του δείγματος, σχεδόν 50% των ιατρών, απάντησαν πως έχουν 6-7 εφημερίες τον μήνα. 16% των ιατρών του δείγματος έχουν 8 εφημερίες κατά μέσο όρο τον μήνα, ενώ περίπου 11% αυτών δεν κάνουν καθόλου εφημερίες. Τέλος, περίπου 5% έχουν δύο εφημερίες, 5% έχουν τέσσερις εφημερίες, 5% των ιατρών κάνει πέντε εφημερίες, 5% 10 εφημερίες και 5% 11 εφημερίες.



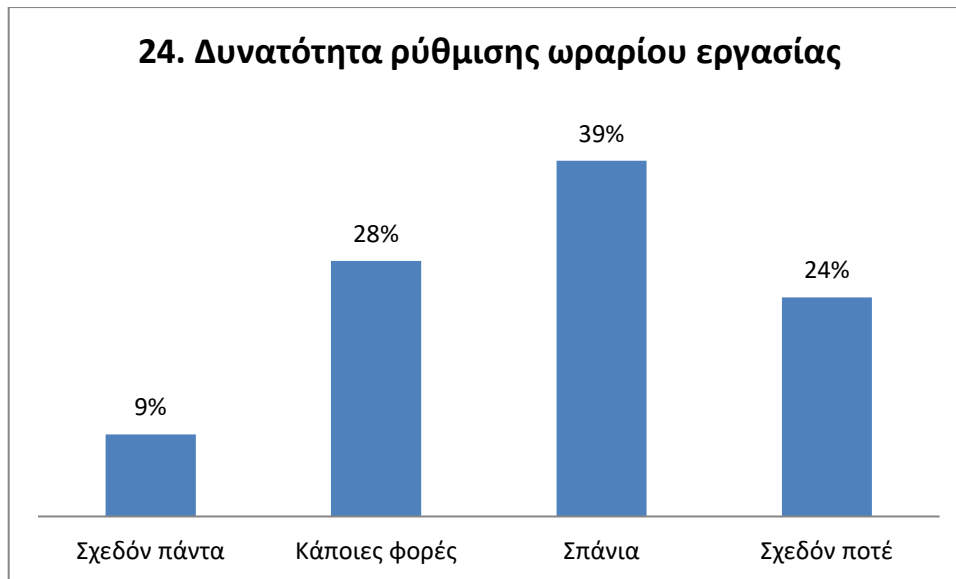
Διάγραμμα 22: Αριθμός εφημεριών σε έναν μήνα

Στην ερώτηση σχετικά με το αν επιθυμούν να σταματήσουν να εργάζονται σε κυκλικό ωράριο η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (72%) απάντησαν πως θα ήθελαν να σταματήσουν να εργάζονται σε βάρδιες. Συγκεκριμένα, Το 51% του δείγματος που εργάζεται σε βάρδιες θα ήθελε σίγουρα να σταματήσει, το 21% μάλλον θα ήθελε να σταματήσει, το 18% των ερωτηθέντων απάντησαν πως ίσως να ήθελαν να σταματήσουν να εργάζονται σε κυκλικό ωράριο, το 3% του δείγματος που εργάζεται σε βάρδιες μάλλον δεν θα επιθυμούσε να σταματήσει και το 7% σίγουρα δεν θα ήθελε να σταματήσει να εργάζεται με το συγκεκριμένο σύστημα.



Διάγραμμα 23: Επιθυμία παύσης εργασίας σε βάρδιες

Στο 24^ο διάγραμμα παρουσιάζεται η δυνατότητα των επαγγελματιών υγείας να ρυθμίζουν το ωράριο εργασίας τους. Όπως φαίνεται, πάνω από το 60% του δείγματος δεν μπορεί σχεδόν ποτέ να ρυθμίσει τις βάρδιες που δουλεύει. Συγκεκριμένα 24% των ερωτηθέντων που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο απάντησαν πως δεν μπορούν ποτέ να καθορίζουν το ωράριό τους, 39% από αυτούς μπορούν σπάνια να το κάνουν, 28% απάντησαν πως κάποιες φορές μπορούν να ρυθμίσουν τα ωράριά τους, ενώ μόνο το 9% αυτών μπορούν σχεδόν πάντα να ρυθμίσουν το ωράριο εργασίας τους.

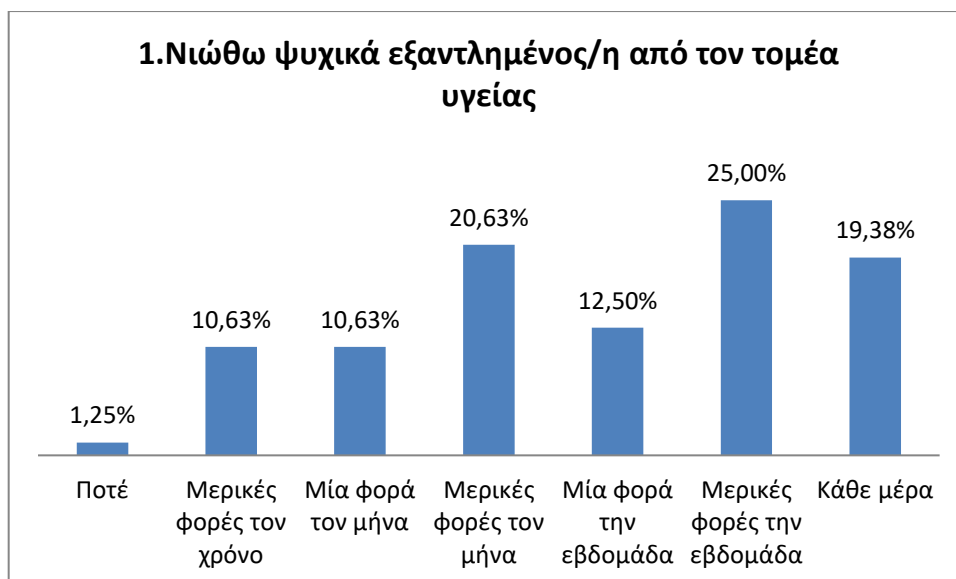


Διάγραμμα 24: Δυνατότητα ρύθμισης ωραρίων εργασίας

2.3 Εργασιακή Εξουθένωση

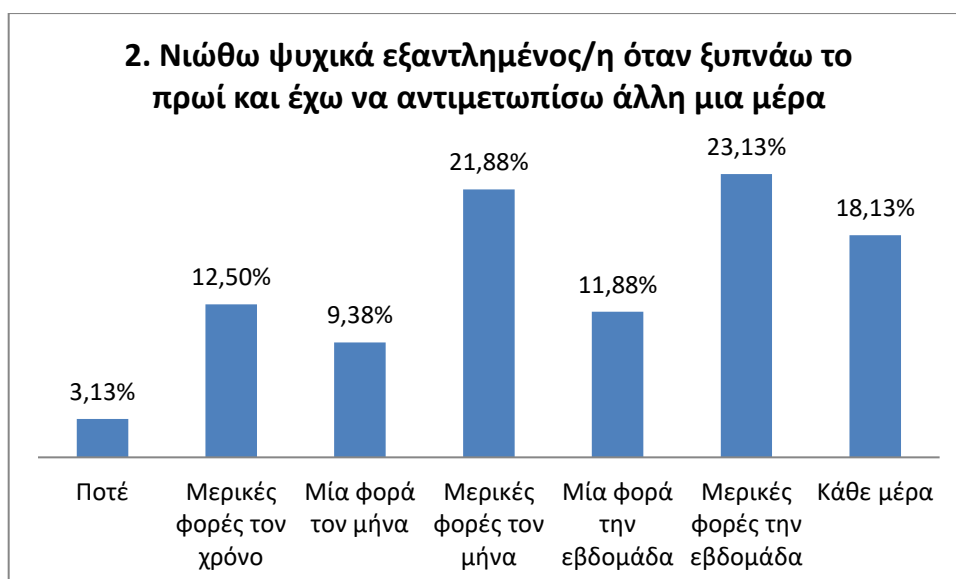
Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που αφορούν την εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο της Maslach, που επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της μελέτης, αποτελείται από τρεις κλίμακες που μετρούν την συναισθηματική εξάντληση, τα προσωπικά επιτεύγματα και την απρόσωπη φροντίδα. Οι 9 πρώτες ερωτήσεις αναφέρονται στην συναισθηματική εξουθένωση, οι επόμενες 8 στα προσωπικά επιτεύγματα των επαγγελματιών υγείας και οι τελευταίες 5 στην παροχή απρόσωπης φροντίδας στους ασθενείς.

Η πρώτη ερώτηση διερευνά αν οι επαγγελματίες υγείας νιώθουν ψυχικά εξαντλημένοι από την εργασία τους στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα μόνο το 1% περίπου απάντησε πως δεν νιώθει ποτέ εξάντληση. Περίπου 11% του δείγματος νιώθουν ψυχική εξάντληση μερικές φορές το χρόνο ενώ 11% μία φορά το μήνα. Ακόμα, περίπου 21% του δείγματος νιώθουν εξάντληση μερικές φορές το μήνα. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είναι ψυχικά εξαντλημένοι καθώς περίπου 12% νιώθουν εξάντληση από την εργασία τους μία φορά την εβδομάδα, 25% του δείγματος μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ περίπου 19% νιώθουν καθημερινά εξαντλημένοι.



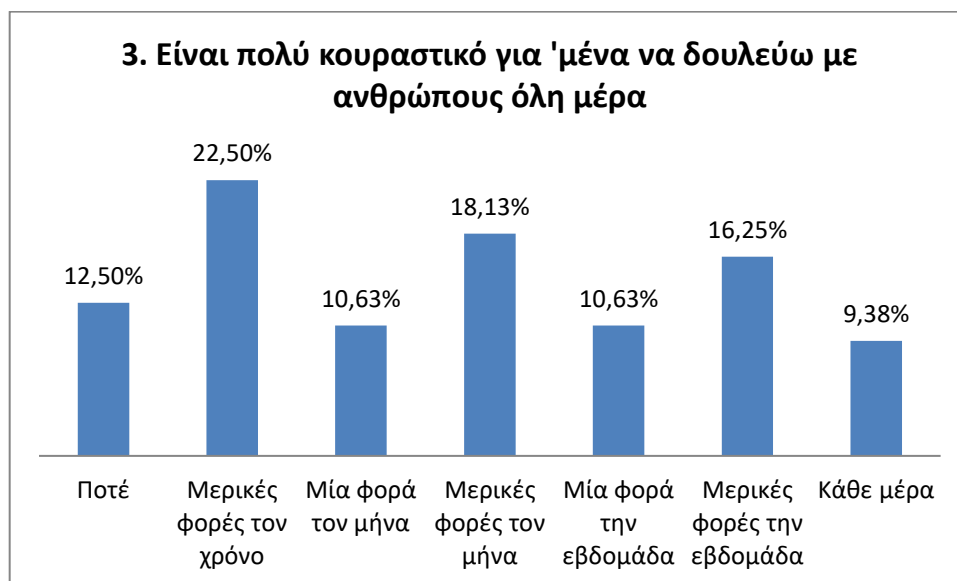
Διάγραμμα 25: Ψυχική εξάντληση

Η επόμενη ερώτηση αναφέρεται στην εξάντληση των επαγγελματιών υγείας όταν ξυπνάνε το πρωί κι έχουν να αντιμετωπίσουν άλλη μία μέρα. Συγκεκριμένα, 3% περίπου απάντησαν ότι δεν νιώθουν ποτέ πρωινή εξάντληση. Περίπου το 13% του δείγματος νιώθουν εξάντληση το πρωί μερικές φορές το χρόνο, 9% μία φορά το μήνα, 22% μερικές φορές τον μήνα. Περίπου 12% του δείγματος νιώθουν πρωινή εξάντληση μία φορά την εβδομάδα, περίπου 23% του δείγματος μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ περίπου 18% του δείγματος νιώθουν εξαντλημένοι κάθε πρωί όταν ξυπνούν κι έχουν να αντιμετωπίσουν ακόμα μία μέρα.



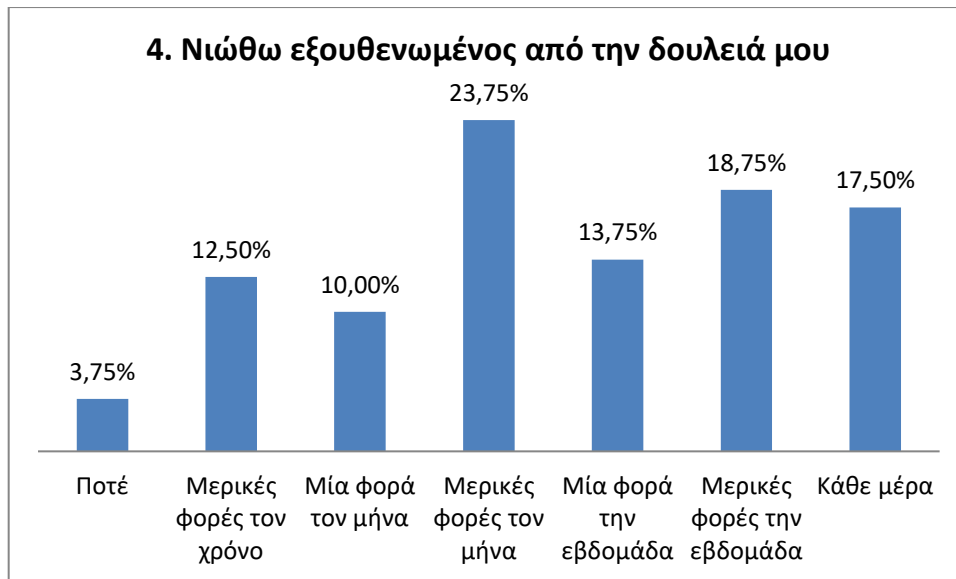
Διάγραμμα 26: Πρωινή ψυχική εξάντληση

Παρακάτω το δείγμα ερωτήθηκε κατά πόσο είναι κουραστικό να δουλεύει όλη μέρα με ανθρώπους. 12,5% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δεν νιώθουν ποτέ κούραση. Το 22,5% του δείγματος νιώθει κούραση μερικές φορές το χρόνο, περίπου 11% μία φορά το μήνα, 18% μερικές φορές τον μήνα. Περίπου 11% του δείγματος νιώθει κούραση μία φορά την εβδομάδα, περίπου 16% του δείγματος μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ περίπου 9% του δείγματος νιώθει κούραση στην εργασία κάθε μέρα από την συναναστροφή του με ανθρώπους.



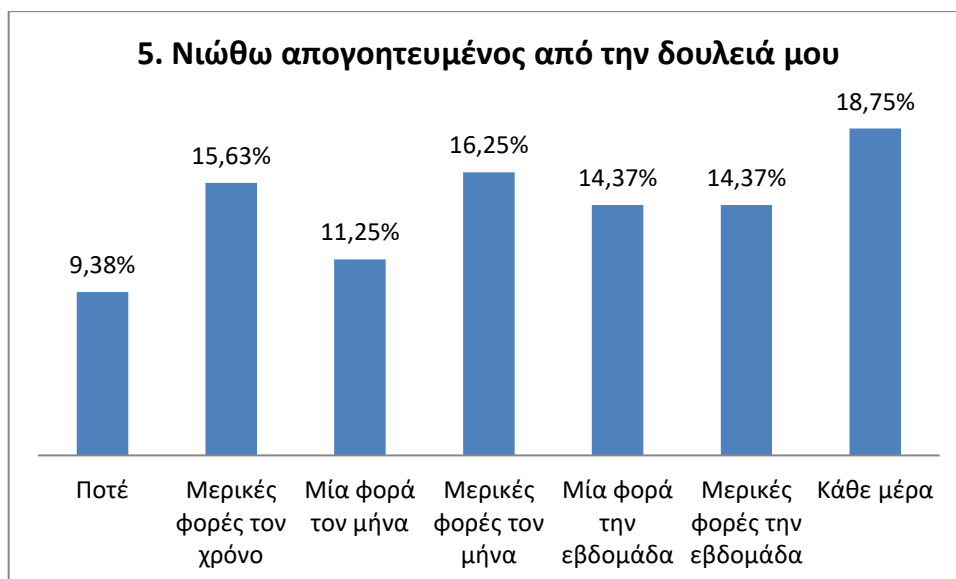
Διάγραμμα 27: Εργασία με ανθρώπους

Παρακάτω, το διάγραμμα αναφέρεται στην ερώτηση πόσο εξουθενωμένος νιώθω από την δουλειά μου. Συγκεκριμένα, περίπου 4% απάντησαν ότι δεν νιώθουν ποτέ εξουθενωμένοι. Το 12% περίπου του δείγματος νιώθει εξουθένωση από τη δουλειά του μερικές φορές το χρόνο, περίπου 10% μία φορά το μήνα, 24% μερικές φορές τον μήνα. Περίπου 14% του δείγματος νιώθει εξουθένωση μία φορά την εβδομάδα, περίπου 19% του δείγματος μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ περίπου 17% του δείγματος νιώθει εργασιακή εξουθένωση κάθε μέρα.



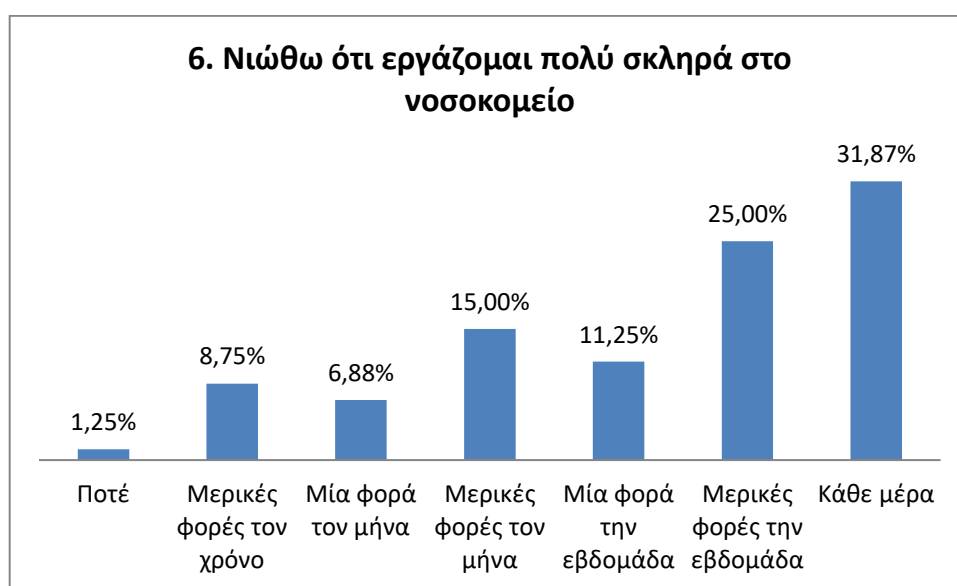
Διάγραμμα 28: Εξουθένωση από τη δουλειά

Ακολουθεί η ερώτηση αν νιώθουν απογοητευμένοι από την δουλειά τους. Συγκεκριμένα, περίπου 10% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δεν νιώθουν ποτέ απογοητευμένοι. Περίπου το 16% του δείγματος νιώθει απογοήτευση μερικές φορές το χρόνο, περίπου 11% μία φορά το μήνα, 16% μερικές φορές τον μήνα. Περίπου 14% των ερωτηθέντων νιώθουν απογοήτευση μία φορά την εβδομάδα, περίπου 14% του δείγματος μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ περίπου 19% νιώθει καθημερινά απογοήτευση από τη δουλειά του.



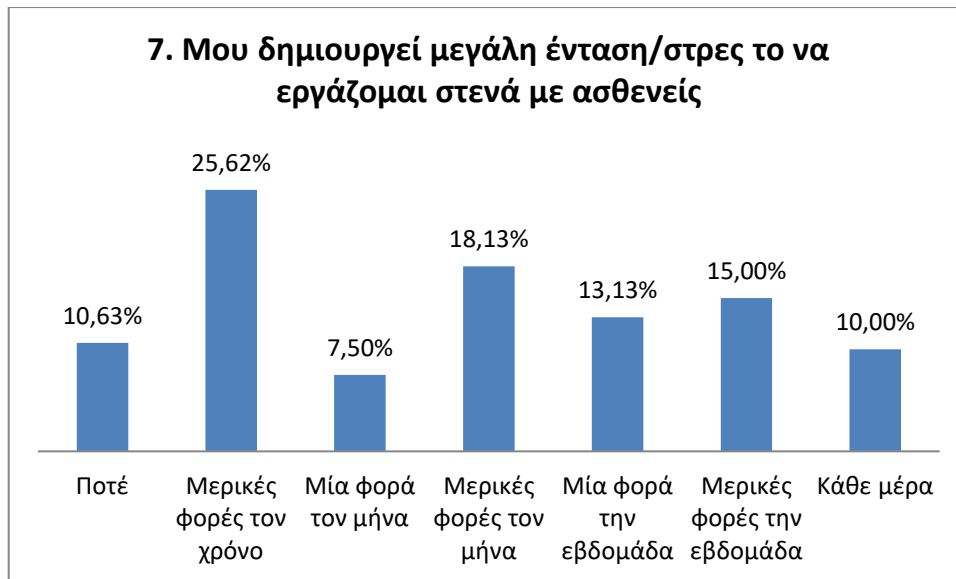
Διάγραμμα 29: Απογοήτευση από τη δουλειά

Παρακάτω αναφέρεται το πόσο σκληρά νιώθει το δείγμα ότι εργάζεται στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, περίπου 1% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δεν νιώθουν ποτέ ότι προσφέρουν σκληρή εργασία στο νοσοκομείο. Περίπου το 9% του δείγματος νιώθει πως εργάζεται σκληρά μερικές φορές το χρόνο, περίπου 7% μία φορά το μήνα και το 15% μερικές φορές τον μήνα. Περίπου 11% του δείγματος νιώθει πως εργάζεται σκληρά μία φορά την εβδομάδα, 25% του δείγματος μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ περίπου 32% του δείγματος νιώθει κάθε μέρα πως εργάζεται πολύ σκληρά.



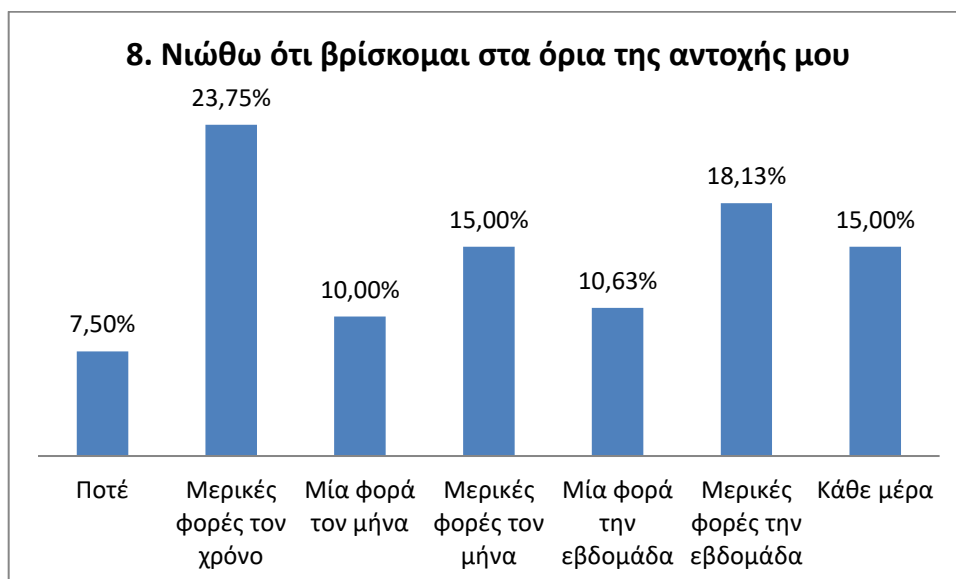
Διάγραμμα 30: Σκληρή εργασία

Η επόμενη ερώτηση αναφέρεται στο αν τους δημιουργεί στρες/ένταση η στενή εργασία με ασθενείς. Συγκεκριμένα, σχεδόν 11% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δεν νιώθουν ποτέ στρες/ένταση. Περίπου το 26% του δείγματος νιώθει πως αισθάνεται στρες/ένταση μερικές φορές το χρόνο, περίπου 7% μία φορά το μήνα, περίπου 18% μερικές φορές τον μήνα. Περίπου 13% των ερωτηθέντων νιώθουν στρες/ένταση μία φορά την εβδομάδα, 15% μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ 10% του δείγματος νιώθει την ένταση και το στρες κάθε μέρα.



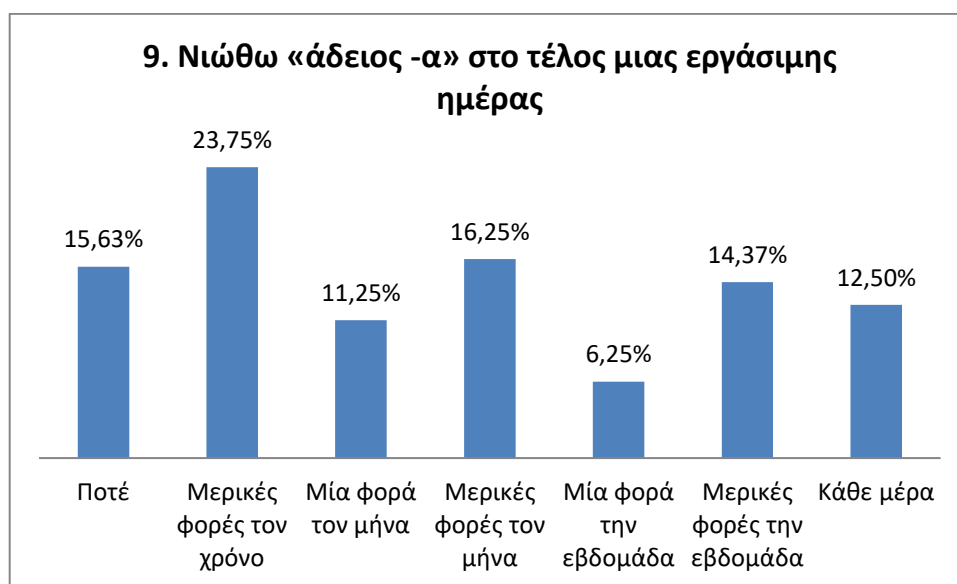
Διάγραμμα 31: Στρες από την εργασία με ασθενείς

Παρακάτω το δείγμα ερωτήθηκε εάν βρίσκεται στα όρια της αντοχής του. Αναλυτικά, περίπου 7% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δεν νιώθουν ποτέ πως βρίσκονται στα όριά τους. Περίπου το 24% του δείγματος νιώθει πως βρίσκεται στα όρια της αντοχής του μερικές φορές το χρόνο, 10% μία φορά το μήνα, 15% μερικές φορές τον μήνα. Περίπου 11% των ερωτηθέντων νιώθουν ότι βρίσκονται στα όριά τους μία φορά την εβδομάδα, περίπου 18% μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ το 15% του δείγματος νιώθει πως βρίσκεται στα όριά του κάθε μέρα.



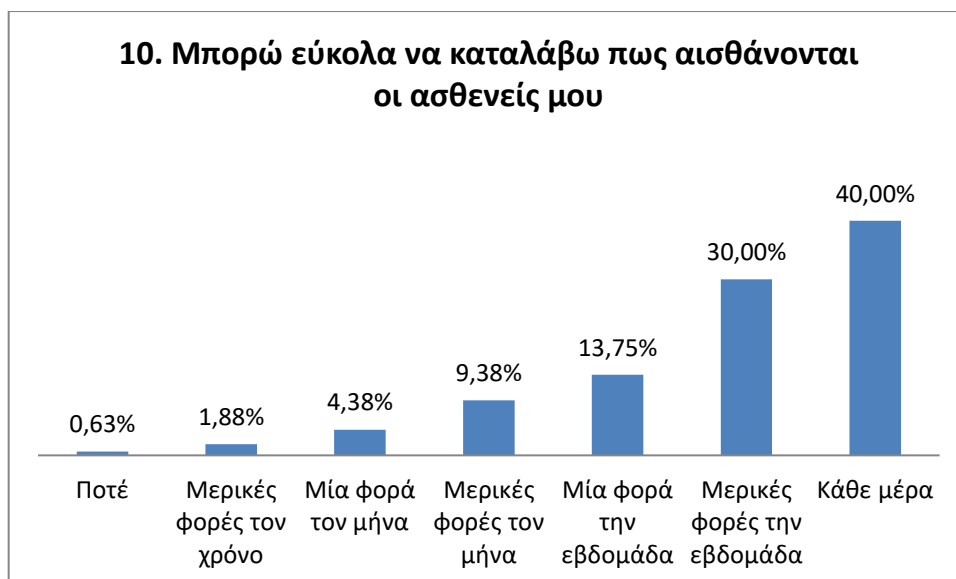
Διάγραμμα 32: Όρια αντοχής

Στη συνέχεια το διάγραμμα αναφέρεται στην ερώτηση εάν το δείγμα νιώθει «άδειο» στο τέλος μιας εργάσιμης ημέρας. Συγκεκριμένα, περίπου 16% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δεν νιώθουν ποτέ «άδειο». Περίπου το 24% του δείγματος νιώθει έτσι μερικές φορές το χρόνο, περίπου 11% μία φορά το μήνα, περίπου 16% μερικές φορές τον μήνα. Περίπου 6% των επαγγελματιών υγείας που ερωτήθηκαν βιώνουν αυτό το συναίσθημα μία φορά την εβδομάδα, περίπου 14% μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ περίπου 13% απάντησαν πως νιώθουν «άδειο» καθημερινά στο τέλος της ημέρας.



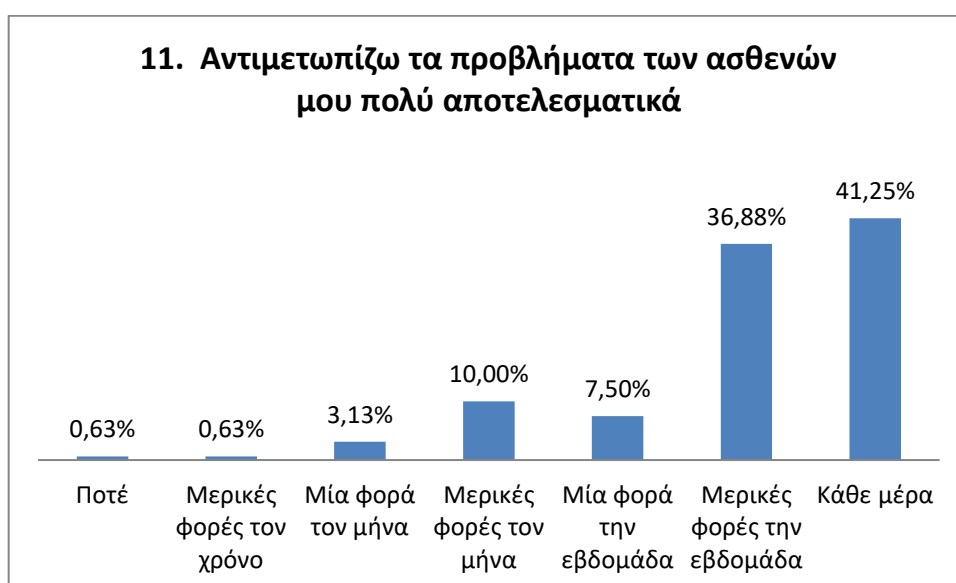
Διάγραμμα 33: Νιώθω «άδειος»

Στην επόμενη ερώτηση οι επαγγελματίες υγείας απάντησαν σχετικά με το αν μπορούν εύκολα να καταλάβουν πώς αισθάνονται οι ασθενείς τους. Πιο συγκεκριμένα, σχεδόν το 1% του δείγματος απάντησε πως ποτέ δε μπορεί να τους καταλάβει, σχεδόν 2% πως μόνο μερικές φορές το χρόνο μπορεί, περίπου 4% μπορεί μία φορά το μήνα, περίπου 9% μερικές φορές τον μήνα. Περίπου 14% των ερωτηθέντων μπορούν να καταλάβουν τους ασθενείς τους μία φορά την εβδομάδα, 30% μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ περίπου το 40% καταλαβαίνουν πώς αισθάνονται οι ασθενείς τους κάθε μέρα.



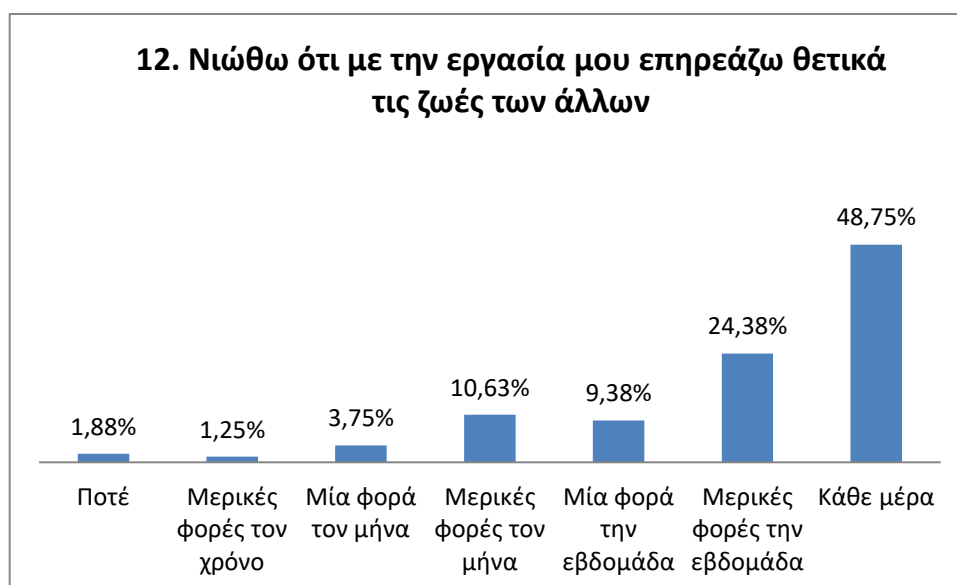
Διάγραμμα 34: Ενσυναίσθηση

Το διάγραμμα 35 αναφέρεται στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών. Συγκεκριμένα, σχεδόν 1% απάντησε πως ποτέ δεν αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών του, σχεδόν 1% απάντησε πως τα αντιμετωπίζει αποτελεσματικά μόνο μερικές φορές το χρόνο και περίπου 3% του δείγματος μία φορά τον μήνα. Το 10% του δείγματος απάντησε πως αντιμετωπίζει πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών του μερικές φορές τον μήνα, περίπου 7% του δείγματος μία φορά την εβδομάδα, περίπου 37% του δείγματος μερικές φορές την εβδομάδα και περίπου 41% των ερωτηθέντων αντιμετωπίζουν καθημερινά τα προβλήματα των ασθενών τους με αποτελεσματικότητα.



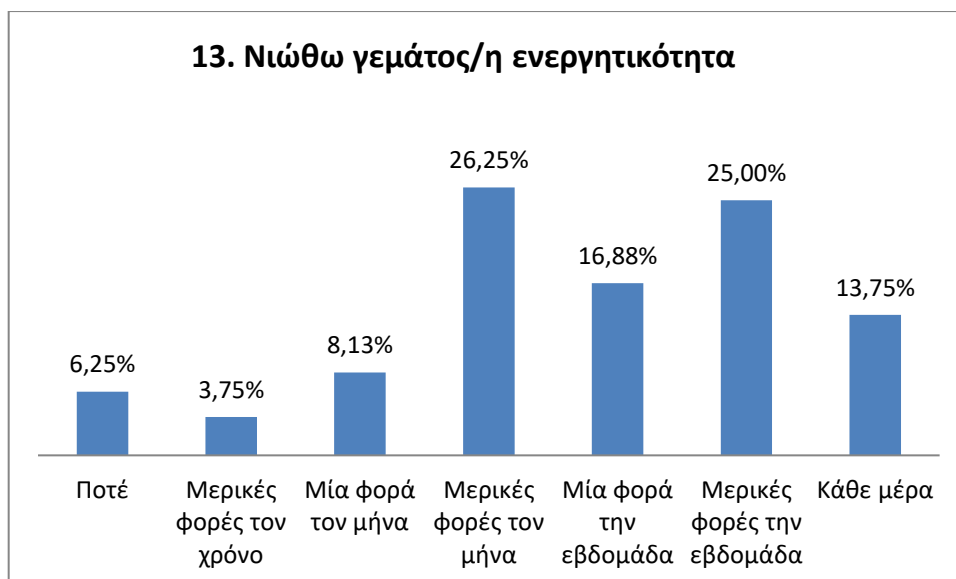
Διάγραμμα 35: Αντιμετώπιση προβλημάτων ασθενών

Έπειτα οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος απάντησαν στην ερώτηση αν νιώθουν ότι με την εργασία τους επηρεάζουν θετικά τις ζωές των άλλων. Αναλυτικά, σχεδόν 2% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι νιώθουν πως δεν επηρεάζουν ποτέ θετικά τις ζωές των άλλων, περίπου 1% μερικές φορές τον χρόνο, περίπου 4% του δείγματος μία φορά τον μήνα. Περίπου 11% απάντησαν ότι νιώθουν πως επηρεάζουν θετικά τους άλλους με την εργασία τους μερικές φορές τον μήνα και περίπου 9% μία φορά την εβδομάδα. Το 24% του δείγματος απάντησε ότι νιώθει πως επηρεάζει θετικά με την εργασία του τις ζωές των άλλων μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ σχεδόν 49% του δείγματος έχει αυτή την αίσθηση καθημερινά.



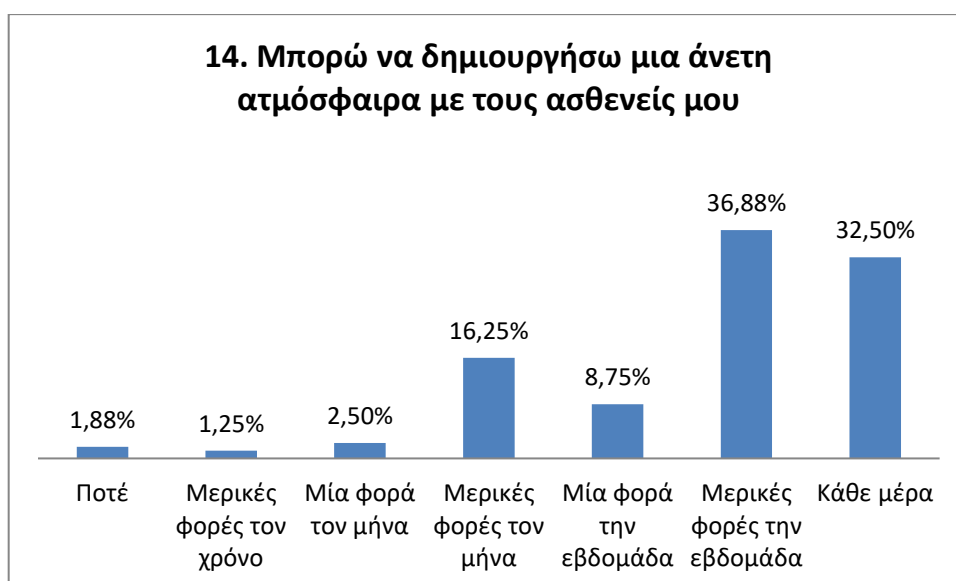
Διάγραμμα 36: Θετική επιρροή άλλων

Στο επόμενο διάγραμμα φαίνεται το αίσθημα ενεργητικότητας των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, περίπου 6% των ερωτηθέντων απάντησαν πως δεν νιώθουν ποτέ ενεργητικότητα, περίπου 4% νιώθουν ενεργητικότητα μερικές φορές τον χρόνο και περίπου 8% του δείγματος μία φορά τον μήνα. Περίπου 26% νιώθουν γεμάτοι ενεργητικότητα μερικές φορές τον μήνα, περίπου 17% μία φορά την εβδομάδα και το 25% του δείγματος μερικές φορές την εβδομάδα. Τέλος, περίπου το 14% των επαγγελματιών υγείας που πήραν μέρος στην έρευνα νιώθουν γεμάτοι ενεργητικότητα κάθε μέρα.



Διάγραμμα 37: Ενεργητικότητα

Το επόμενο διάγραμμα αναφέρεται στη δυνατότητα δημιουργίας άνετης ατμόσφαιρας με τους ασθενείς. Σύμφωνα με το διάγραμμα, σχεδόν 2% των ερωτηθέντων απάντησαν πως δεν μπορούν ποτέ να δημιουργήσουν άνετη ατμόσφαιρα, περίπου 1% ότι μπορούν μόνο λίγες φορές τον χρόνο και 2,5% μία φορά τον μήνα. Το 16% του δείγματος απάντησε πως το πετυχαίνει μερικές φορές τον μήνα και περίπου το 9% μία φορά την εβδομάδα. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (περίπου 37%) απάντησαν πως μπορούν να δημιουργούν άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς τους μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ το 32,5% του δείγματος καθημερινά.



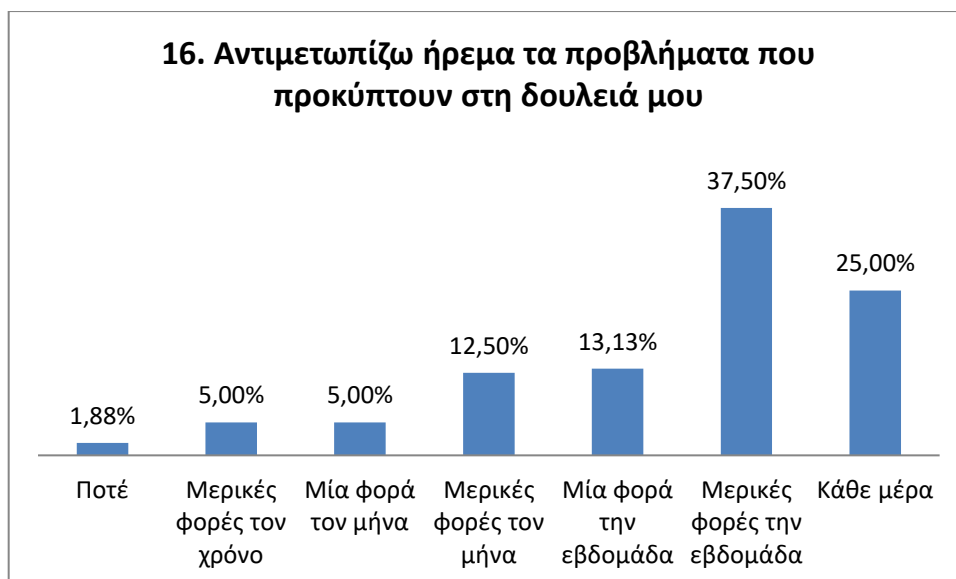
Διάγραμμα 38: Άνετη ατμόσφαιρα

Ακολουθεί η ερώτηση σχετικά με το αν πιστεύουν ότι έχουν καταφέρει αξιόλογα πράγματα στη δουλειά τους στον τομέα της υγείας. Αναλυτικά, περίπου 4% των ερωτηθέντων αναφέρουν ότι πιστεύουν πως ποτέ δεν πέτυχαν κάτι αξιόλογο στη δουλειά τους. Το 6% περίπου του δείγματος πιστεύει πως πετυχαίνει κάτι αξιόλογο μόνο μερικές φορές τον χρόνο, το 3% μία φορά τον μήνα και το 18% περίπου μερικές φορές τον μήνα. Περίπου 16% απάντησαν πως πετυχαίνουν αξιόλογα πράγματα μία φορά την εβδομάδα και περίπου 27% του δείγματος μερικές φορές την εβδομάδα. Τέλος, περίπου το 26% του δείγματος απάντησε πως πετυχαίνει πολλά αξιόλογα πράγματα καθημερινά στην εργασία του.



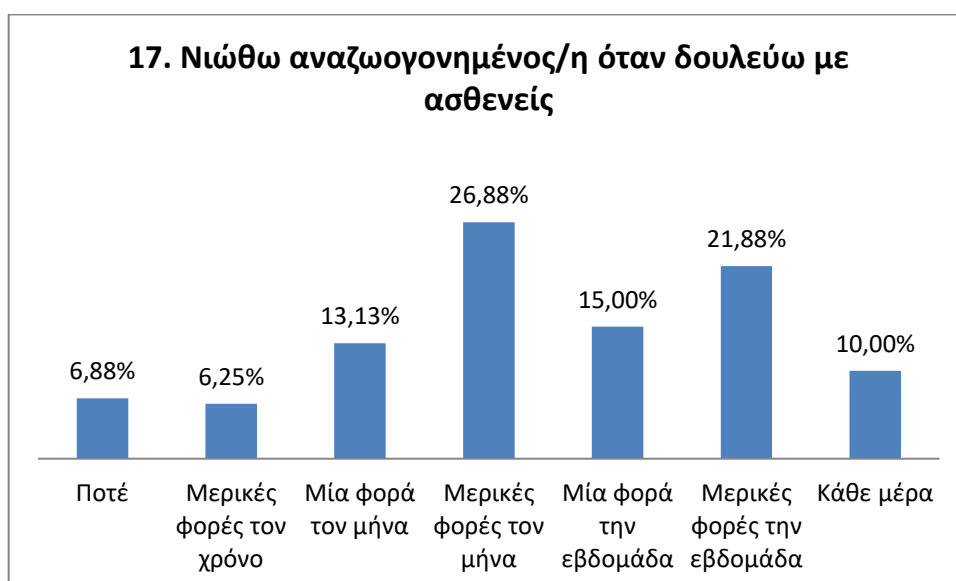
Διάγραμμα 39: Αξιόλογα πράγματα στη δουλειά

Το διάγραμμα 40 αφορά στην ερώτηση αν το δείγμα αντιμετωπίζει ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά του. Συγκεκριμένα, σχεδόν το 2% των ερωτηθέντων απάντησαν πως δεν μπορούν ποτέ να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους στη δουλειά με ηρεμία, 5% μπορούν μερικές φορές τον χρόνο, 5% μία φορά τον μήνα και το 12,5% του δείγματος μερικές φορές τον μήνα. Περίπου 13% του δείγματος απάντησε πως μπορεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματα στην εργασία με ηρεμία μία φορά την εβδομάδα. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (37,5%) αντιμετωπίζει με ηρεμία τα προβλήματά του μερικές φορές την εβδομάδα και το 25% κάθε μέρα.



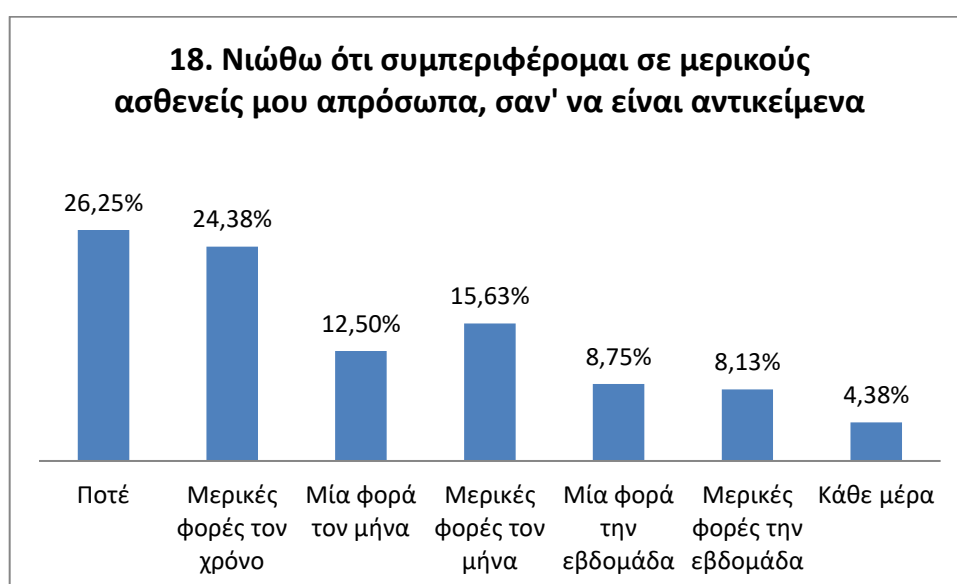
Διάγραμμα 40: Ήρεμη αντιμετώπιση προβλημάτων

Στη συνέχεια οι ερωτηθέντες απάντησαν αν νιώθουν αναζωογονημένοι όταν δουλεύουν με ασθενείς. Αναλυτικά, σχεδόν 7% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι ποτέ δε νιώθουν αναζωογονημένοι όταν δουλεύουν με ασθενείς, ενώ περίπου 6% νιώθουν αναζωογονημένοι μόνο μερικές φορές τον χρόνο. Περίπου 13% του δείγματος νιώθει αναζωογόνηση όταν δουλεύει με ασθενείς μία φορά τον μήνα, περίπου 27% μερικές φορές τον μήνα και 15% μία φορά την εβδομάδα. Περίπου 22% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι νιώθουν αναζωογονημένοι όταν δουλεύουν με ασθενείς μερικές φορές την εβδομάδα και μόνο το 10% των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα νιώθουν καθημερινά αναζωογονημένοι.



Διάγραμμα 41: Αναζωογόνηση από τη δουλειά

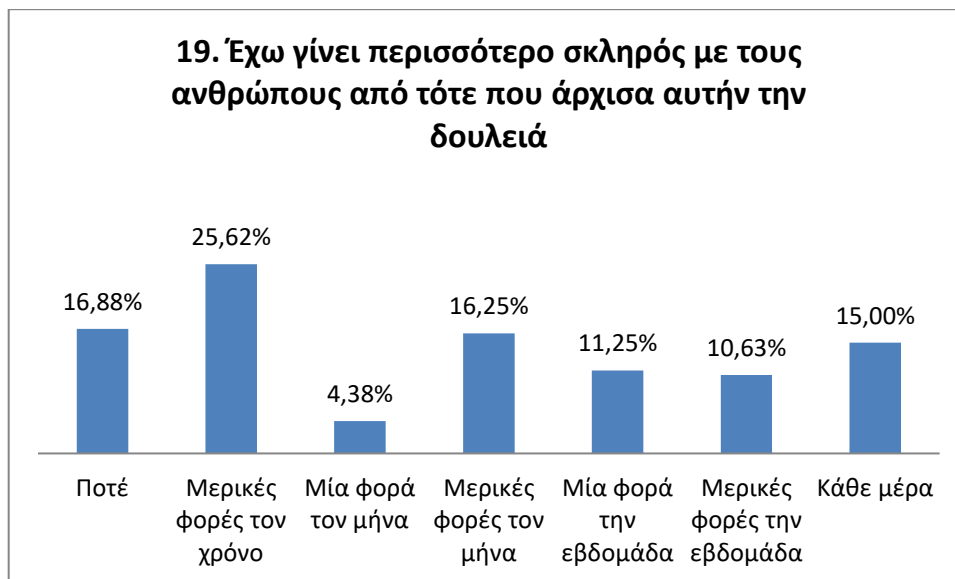
Η επόμενη ερώτηση διερευνά αν το δείγμα νιώθει ότι συμπεριφέρεται σε μερικούς ασθενείς του απρόσωπα, σαν να είναι αντικείμενα. Συγκεκριμένα, περίπου 26% των ερωτηθέντων δεν νιώθουν ποτέ ότι συμπεριφέρονται στους ασθενείς τους απρόσωπα, ενώ περίπου 24% νιώθουν ότι έχουν τέτοια συμπεριφορά μόλις μερικές φορές τον χρόνο. Το 13% του δείγματος περίπου απάντησε ότι νιώθει πως συμπεριφέρεται απρόσωπα στους ασθενείς του μία φορά τον μήνα, περίπου το 16% μερικές φορές τον μήνα και περίπου 9% μία φορά την εβδομάδα. Περίπου 8% του δείγματος νιώθει ότι συμπεριφέρεται στους ασθενείς του σαν να είναι αντικείμενα μερικές φορές την εβδομάδα και περίπου το 4% έχει αυτή την αίσθηση καθημερινά.



Διάγραμμα 42: Απρόσωπη συμπεριφορά

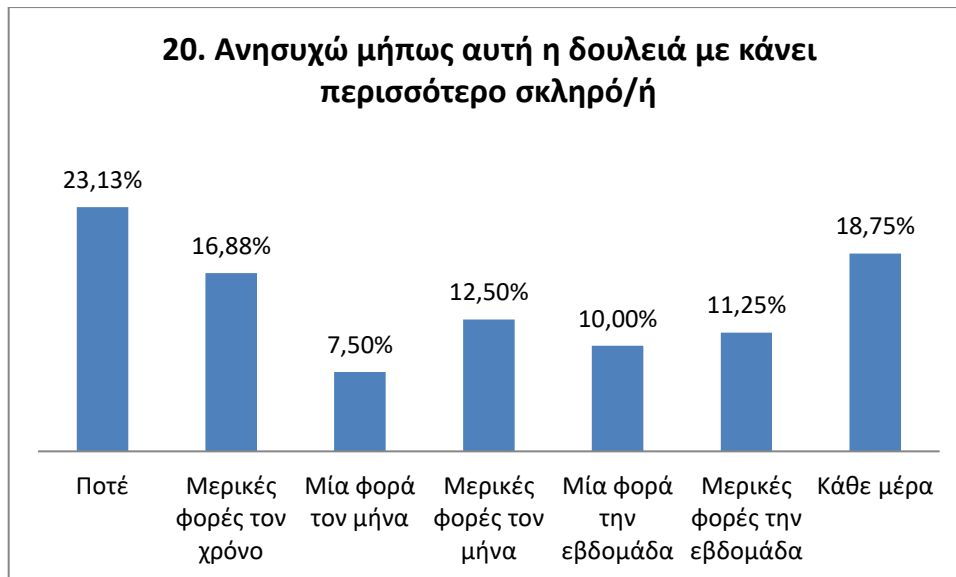
Έπειτα το δείγμα απάντησε στην ερώτηση αν έχει γίνει περισσότερο σκληρό με τους ανθρώπους από τότε που άρχισε την δουλειά του στον τομέα της υγείας. Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται πως περίπου το 17% των ερωτηθέντων απάντησαν πως ποτέ δεν έχουν νιώσει ότι έχουν γίνει περισσότερο σκληροί με τους ανθρώπους από το ξεκίνημα της καριέρας τους στον τομέα της υγείας, περίπου 26% απάντησαν πως το νιώθουν μερικές φορές τον χρόνο και περίπου 4% μία φορά τον μήνα. Περίπου το 16% του δείγματος απάντησε πως μερικές φορές τον μήνα γίνεται περισσότερο σκληρός με τους ανθρώπους απ' ότι πριν ξεκινήσει αυτή την δουλειά, περίπου 11% ότι του συμβαίνει μία φορά την εβδομάδα και 11% περίπου ότι του συμβαίνει μερικές φορές την εβδομάδα. Τέλος, 15% των επαγγελματιών υγείας που ρωτήθηκαν απάντησαν πως κάθε μέρα παρατηρούν τον εαυτό τους να είναι

σκληρότερος με τους ανθρώπους απ' ότι πριν ξεκινήσουν την καριέρα τους στον τομέα της υγείας.



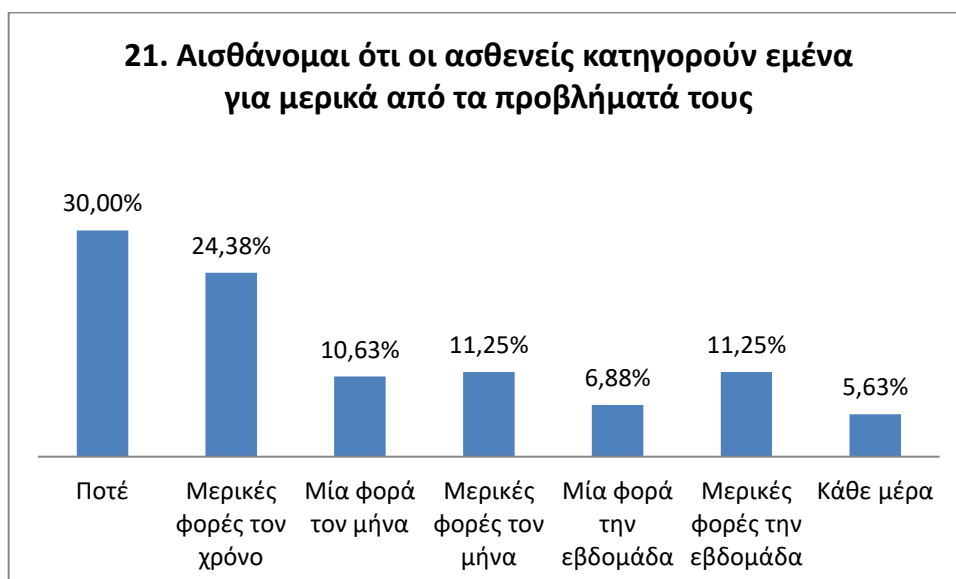
Διάγραμμα 43: Σκληρότητα στην εργασία

Ακολουθεί η ερώτηση σχετικά με το αν ανησυχούν ότι αυτή η δουλειά τους κάνει περισσότερο σκληρούς. Από το διάγραμμα φαίνεται ότι περίπου 23% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι ποτέ δεν έχουν ανησυχήσει ότι η δουλειά αυτή τους κάνει σκληρότερους, περίπου 17% ανησυχούν μερικές φορές τον χρόνο, 7,5% του δείγματος ανησυχούν μία φορά τον μήνα. Το 12,5% του δείγματος απάντησε πως ανησυχεί μερικές φορές τον μήνα ότι η δουλειά αυτή τον κάνει πιο σκληρό/ή, το 10% ανησυχεί μία φορά τη βδομάδα και περίπου 11% ανησυχεί μερικές φορές την εβδομάδα. Τέλος, περίπου 19% των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα ανησυχούν σε καθημερινή βάση ότι η εργασία τους στον τομέα της υγείας τους κάνει περισσότερο σκληρούς.



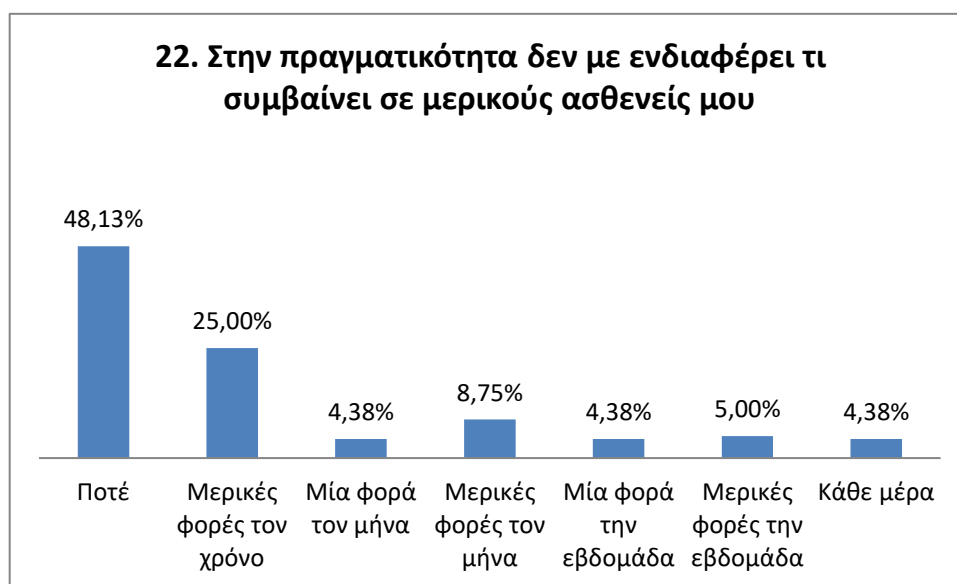
Διάγραμμα 44: Ανησυχία για σκληρότητα

Η ακόλουθη ερώτηση διερευνά αν οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ότι οι ασθενείς κατηγορούν αυτούς για μερικά από τα προβλήματά τους. Αναλυτικά, το 30% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι ποτέ δεν αισθάνονται ότι οι ασθενείς κατηγορούν αυτούς για τα προβλήματά τους και περίπου 24% νιώθουν ότι αυτό συμβαίνει μερικές φορές τον χρόνο. Περίπου 11% του δείγματος αισθάνεται ότι οι ασθενείς τον κατηγορούν για μερικά από τα προβλήματά τους μία φορά τον μήνα, περίπου 11% μερικές φορές τον μήνα και περίπου 7% μία φορά την εβδομάδα. Περίπου 11% του δείγματος έχει αυτή την αίσθηση μερικές φορές την εβδομάδα και περίπου 6% κάθε μέρα.



Διάγραμμα 45: Προβλήματα ασθενών

Ο τελευταίος πίνακας αναφέρεται στην ερώτηση αν το δείγμα δεν ενδιαφέρεται στην πραγματικότητα για το τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς του. Πιο αναλυτικά, περίπου 49% των επαγγελματιών υγείας απάντησαν πως ποτέ δεν έχουν την εντύπωση ότι δεν ενδιαφέρονται πραγματικά για τους ασθενείς τους και 25% ότι αυτό συμβαίνει μόνο μερικές φορές τον χρόνο. Περίπου το 43% των ερωτηθέντων απάντησαν πως μία φορά τον μήνα δεν ενδιαφέρονται πραγματικά για το τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς τους, περίπου 9% μερικές φορές τον μήνα, περίπου 4% μία φορά την εβδομάδα, 5% μερικές φορές την εβδομάδα και περίπου 4% κάθε μέρα.



Διάγραμμα 46: Αδιαφορία για ασθενείς

2.3.1 Επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης

Για την μέτρηση των επιπέδων της εργασιακής εξουθένωσης του δείγματος, υπολογίστηκε η μέση τιμή κάθε ερώτησης της Maslah κι έπειτα αθροίστηκαν οι τιμές κάθε μίας από τις τρεις κλίμακες ξεχωριστά. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με τις οριακές τιμές όπως αυτές καθορίστηκαν από τους Αναγνωστόπουλο – Παπαδάτου όταν στάθμισαν το τεστ στην ελληνική γλώσσα το 1992.

Πίνακας 1: Όρια εργασιακής εξουθένωσης (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992)

Κλίμακες	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική Εξάντληση	≤ 20	21-30	≥ 31
Προσωπικά επιτεύγματα	≥ 42	41-36	≤ 35
Αποπροσωποποίηση	≤ 5	6-10	≥ 11

Πίνακας 2: Μέση Τιμή τριών διαστάσεων της κλίμακας Maslach

Συναισθηματική Εξάντληση		Προσωπικά Επιτεύγματα		Αποπροσωποποίηση	
Μέση Τιμή					
1	4,85	10	5,84	18	2,98
2	4,69	11	5,99	19	3,71
3	3,78	12	5,92	20	3,78
4	4,58	13	4,74	21	2,97
5	4,29	14	5,69	22	2,29
6	5,29	15	5,24		
7	3,83	16	5,42		
8	4,12	17	4,42		
9	3,67				
Σύνολο	39,10		43,26		15,73

Όπως φαίνεται από τους πίνακες οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης με μέση τιμή 39,10 (>31), υψηλά επίπεδα επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων με μέση τιμή 43,26 (>42) και υψηλά επίπεδα αποπροσωποποιημένης παροχής φροντίδας με μέση τιμή 15,73 (>11).

Οι υψηλές τιμές της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποιημένης φροντίδας αποδεικνύουν την ύπαρξη υψηλού κινδύνου για εμφάνιση εργασιακής εξουθένωσης (Leiter & Maslach, 2016). Ωστόσο, οι υψηλές τιμές της κλίμακας που αφορά την επίτευξη προσωπικών επιτευγμάτων πιθανόν να μετριάζουν τα επίπεδα της εργασιακής εξουθένωσης του δείγματος.

Επομένως, σύμφωνα με τους παραπάνω πίνακες, απαντάται το πρώτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας έρευνας. Οι επαγγελματίες υγείας που πήραν μέρος στην έρευνα πάσχουν από εργασιακή εξουθένωση. Συγκεκριμένα, βιώνουν υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση, υψηλού βαθμού επίτευξη προσωπικών επιτευγμάτων και αυξημένη αίσθηση αποπροσωποποίησης.

2.4 Επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην εργασιακή εξουθένωση

Στη συνέχεια μελετάται το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας έρευνας σχετικά με την επίδραση του κυκλικού ωραρίου στις τρεις κλίμακες της εργασιακής εξουθένωσης.

Αρχικά έγινε έλεγχος της κανονικότητας με το test των Kolmogorov-Smirnov κι έδειξε ότι το δείγμα της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης ακολουθεί κανονική κατανομή. Αντιθέτως το δείγμα των προσωπικών επιτευγμάτων δεν ακολουθεί κανονική κατανομή (Sig 0,020 < 0,05) οπότε δεν μπορεί να εφαρμοστεί T- test ή ANOVA.

Πίνακας 3: Test Kolmogorov-Smirnov για έλεγχο κανονικότητας δείγματος για την εργασιακή εξουθένωση

		synais_exantlisi	prosop_epit	apoprosop
N		160	160	160
Παράμετροι για Κανονικότητα	Μέσος Όρος	39,08	43,27	15,73
	Τυπ. Απόκλιση	13,69	8,43	7,34
Οι πιο Ακραίες Διαφορές	Απόλυτο	,07	,12	,07
	Θετικό	,06	,07	,07
	Αρνητικό	-,07	-,12	-,07
Kolmogorov-Smirnov Z		,87	1,46	,91
Ασυμπτ. Στ.Σημ. (2-κατ/νσης)		,437	,020	,379

Εφαρμόζοντας t-test για την πρώτη κλίμακα που αφορά την συναισθηματική εξάντληση έχουμε τα παρακάτω αποτελέσματα:

Πίνακας 4: Συσχέτιση κυλιόμενου ωραρίου με συναισθηματική εξάντληση

		Τεστ Levene για Ισότητα Διακυμάνσεων							
		T-test για Ισότητα Μέσων							
		F	Στ.Σημ.	t	BE	Στ.Σημ. (2-κατ/νσης)	Διαφορές Μέσου	Τυπικό Σφάλμα Διαφορών	95% Confi Interval Differε Κατώτερο
synais_exantlisi	Υπόθεση Ίσων Διακυμάνσεων	,85	,358	2,37	158,00	,019	5,71	2,41	,96
	Υπ. Μη Ίσων Διακυμάνσεων			2,42	78,10	,018	5,71	2,36	1,02
		Confidence of the ence							
		Ανώτερο							
synais_exantlisi	Υπόθεση Ίσων Διακυμάνσεων	10,46							
	Υπ. Μη Ίσων Διακυμάνσεων	10,40							

Από το T- test προκύπτει ότι η υπόθεση της ισότητας των διακυμάνσεων μπορεί να γίνει δεκτή ($p=0,358>0,05$). Επίσης, προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές, σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05, μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά την συναισθηματική εξάντληση ($p=0,019<0,05$).

Πίνακας 5: Μέσος όρος συναισθηματικής εξάντλησης όσων εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο και όσων δεν εργάζονται

Στατιστικά Ομάδας

	Ομάδα	N	Μέσος Όρος	Τυπ. Απόκλιση	T.Σ. ΜΟ
synais_exantlisi	ναι	117	40,62	13,66	1,26
	όχι	43	34,91	13,04	1,99

Ο μέσος όρος της συναισθηματικής εξάντλησης για τους εργαζόμενους σε κυκλικό ωράριο είναι 40,62, ενώ για τους εργαζόμενους σε σταθερό ωράριο είναι 34,91. Συμπεραίνουμε ότι η εργασία σε κυκλικό ωράριο ενισχύει την συναισθηματική εξάντληση.

Όσον αφορά την δεύτερη κλίμακα της Maslach που αφορά την επίτευξη των προσωπικών στόχων, όπως διαπιστώθηκε με την διενέργεια του Kolmogorov-Smirnov test δεν ακολουθεί κανονική κατανομή. Στην περίπτωση αυτή πραγματοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis με τα παρακάτω αποτελέσματα:

Κατατάξεις

		N	ΜΟ Κατάταξης
prosop_epit	ναι	117	75,46
	όχι	43	94,22
	Σύνολο	160	

Πίνακας 6: Συσχέτιση κυλιόμενου ωραρίου με προσωπικά επιτεύγματα

Στατιστικά Τεστ

	prosop_epit
X-Τετράγωνο	5,17
BE	1
Ασυμπ. Στ.Σημ.	,023

Όπως φαίνεται η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων απορρίπτεται ($p=0,023<0,05$) δηλαδή η μεταβλητή προσωπικά επιτεύγματα επηρεάζεται από την εργασία σε κυκλικό ωράριο.

Πίνακας 7: Μέσος όρος προσωπικών επιτευγμάτων όσων εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο και όσων δεν εργάζονται

Αναφορά

εργάζεστε σε βάρδιες	Μέσος Όρος	N	Τυπ. Απόκλιση
ναι	42,42	117	8,42
όχι	45,58	43	8,10
Σύνολο	43,27	160	8,43

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι τα άτομα που δεν εργάζονται σε κυκλικό ωράριο έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο επίτευξης προσωπικών στόχων (45,58 έναντι 42,42).

Τέλος έγινε διερεύνηση της τρίτης κλίμακας που αφορά την αποπροσωποποίηση. Ο έλεγχος της κανονικότητας με το test των Kolmogorov-Smirnov έδειξε ότι το δείγμα της αποπροσωποποίησης ακολουθεί κανονική κατανομή.

Εφαρμόζοντας t-test ανεξάρτητων δειγμάτων έχουμε τα παρακάτω αποτελέσματα:

Πίνακας 8: Συσχέτιση κυλιόμενου ωραρίου με αποπροσωποποίηση

Τεστ Ανεξαρτήτων Δειγμάτων

		Τεστ Levene για Ισότητα Διακυμάνσεων		T-test για Ισότητα Μέσων						
		F	Στ.Σημ.	t	BE	Στ.Σημ. (2-κατ/ νσης)	Διαφορές Μέσου	Τυπικό Σφάλμα Διαφορών	95% Confidence Interval of the Difference	
									Κατώτερο	Ανώτερο
aprogosop	Υπόθεση Ίσων Διακυμάνσεων	,98	,323	3,67	158,00	,000	4,63	1,26	2,14	7,12
	Υπ. Μη Ίσων Διακυμάνσεων			3,82	81,12	,000	4,63	1,21	2,22	7,04

Από το T- test προκύπτει ότι η υπόθεση της ισότητας των διακυμάνσεων μπορεί να γίνει δεκτή ($p=0,323>0,05$). Επίσης προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές, σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 , μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά την αποπροσωποποίηση ($p= 0,00 <0,05$).

Πίνακας 9: Μέσος όρος αποπροσωποποίησης όσων εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο και όσων δεν εργάζονται

Στατιστικά Ομάδας

Ομάδα	N	Μέσος Όρος	Τυπ. Απόκλιση	T.Σ. ΜΟ
aprogosop ναι	117	16,97	7,22	,67
όχι	43	12,35	6,63	1,01

Ο μέσος όρος της αποπροσωποποίησης για τους εργαζόμενους σε κυκλικό ωράριο είναι 16,97, ενώ για τους εργαζόμενους σε σταθερό ωράριο είναι 12,35. Συμπεραίνουμε ότι η εργασία σε κυκλικό ωράριο ενισχύει την αποπροσωποποίηση.

Επομένως η εργασία σε βάρδιες ενισχύει και τις τρεις παραμέτρους της επαγγελματικής εξουθένωσης.

2.5 Επίδραση του επαγγέλματος στην εργασιακή εξουθένωση

Στη συνέχεια εξετάστηκε αν τα διάφορα επαγγέλματα στον τομέα της υγείας σχετίζονται με διαφορετικά επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης.

Για να ελεγχθεί αν η εργασία συνδέεται με το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης πραγματοποιήθηκε test ONE-WAY ANOVA σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Προέκυψε ότι η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται ($p=0,713>0,05$). Επομένως το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης δεν επηρεάζεται από την επαγγελματική ιδιότητα.

Για την μεταβλητή της επίτευξης των προσωπικών στόχων πραγματοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis και προέκυψε ότι $p= 0,455 > 0,05$. Επομένως η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων δεν απορρίπτεται, δηλαδή η μεταβλητή των προσωπικών επιτευγμάτων δεν εξαρτάται από την επαγγελματική ιδιότητα.

Για να ελεγχθεί αν η εργασία συνδέεται με το επίπεδο της αποπροσωποποίησης πραγματοποιήθηκε test ONE-WAY ANOVA σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Προέκυψε ότι η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται ($p=0,159 > 0,05$). Επομένως το επίπεδο της αποπροσωποποίησης δεν επηρεάζεται από την επαγγελματική ιδιότητα.

Άρα, το επάγγελμα δεν φαίνεται να σχετίζεται με την εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας.

2.6 Επίδραση των ετών εργασίας στην εργασιακή εξουθένωση

Στη συνέχεια μελετάται η συσχέτιση των ετών εργασίας στον τομέα της υγείας με τις τρεις κλίμακες της εργασιακής εξουθένωσης, που αποτελεί το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας.

Για να ελεγχθεί αν τα χρόνια εργασίας στην υγεία συνδέονται με το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης πραγματοποιήθηκε test ONE-WAY ANOVA σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Προέκυψε ότι η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων απορρίπτεται ($p=0,014 < 0,05$), επομένως το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης επηρεάζεται από τα χρόνια εργασίας στον τομέα της υγείας. Ο συντελεστής Pearson είναι $r= 0,23$ με $p=0,003$ και οι αντίστοιχοι μεσοί όροι εμφανίζονται στον πιο κάτω πίνακα:

Πίνακας 10: Συσχέτιση ετών εργασίας στην υγεία με την συναισθηματική εξάντληση

		ANOVA				
		Άθρ. Τετραγώνων	BE	ΜΟ Τετραγώνου	F	Στ.Σημ.
synais_exantlisi	Μεταξύ Ομάδων	2299,34	4	574,83	3,24	,014
	Εντός Ομάδων	27500,60	155	177,42		
	Σύνολο	29799,94	159			

Περιγραφικά

ετη εργασίας στην υγεία	N	Μέσος Όρος	Τυπ. Απόκλιση	Τυπ. Σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για Μέσο όρο		Ελάχιστο	Μέγιστο	
					Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο			
					synais_exantlisi	1-5 έτη			35
	6-10 έτη	27	40,89	14,14	2,72	35,29	46,48	13,00	63,00
	11-20 έτη	60	38,62	13,29	1,72	35,18	42,05	13,00	63,00
	21-30 έτη	32	44,47	11,99	2,12	40,15	48,79	17,00	62,00
	30+ έτη	6	41,50	16,29	6,65	24,40	58,60	17,00	63,00
	Σύνολο	160	39,08	13,69	1,08	36,94	41,22	12,00	63,00

Παρατηρούμε ότι με την αύξηση των ετών εργασίας ενισχύεται ο δείκτης της συναισθηματικής εξάντλησης.

Στη συνέχεια κατασκευάζουμε τον πίνακα πολλαπλών συγκρίσεων (Tukey HSD):

Πίνακας 11: Σύγκριση συναισθηματικής εξάντλησης ανάλογα με τα έτη εργασίας στην υγεία

Πολλαπλές Συγκρίσεις (synais_exantlisi)

	(J) Οικογένεια	(I) Οικογένεια	Διαφορές Μέσου (I - J)	Τυπ. Σφάλμα	Στ.Σημ.	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο
Tukey HSD	1-5 έτη	6-10 έτη	-7,75	3,41	,160	-17,16	1,67
		11-20 έτη	-5,47	2,83	,305	-13,29	2,35
		21-30 έτη	-11,33	3,26	,006	-20,32	-2,33
		30+ έτη	-8,36	5,89	,616	-24,60	7,89
	6-10 έτη	1-5 έτη	7,75	3,41	,160	-1,67	17,16
		11-20 έτη	2,27	3,09	,948	-6,25	10,79
		21-30 έτη	-3,58	3,48	,842	-13,19	6,03
		30+ έτη	-,61	6,01	1,000	-17,20	15,98
	11-20 έτη	1-5 έτη	5,47	2,83	,305	-2,35	13,29
		6-10 έτη	-2,27	3,09	,948	-10,79	6,25
		21-30 έτη	-5,85	2,92	,267	-13,90	2,20
		30+ έτη	-2,88	5,70	,987	-18,63	12,86
	21-30 έτη	1-5 έτη	11,33	3,26	,006	2,33	20,32
		6-10 έτη	3,58	3,48	,842	-6,03	13,19
		11-20 έτη	5,85	2,92	,267	-2,20	13,90
		30+ έτη	2,97	5,93	,987	-13,39	19,32
	30+ έτη	1-5 έτη	8,36	5,89	,616	-7,89	24,60
		6-10 έτη	,61	6,01	1,000	-15,98	17,20
		11-20 έτη	2,88	5,70	,987	-12,86	18,63
		21-30 έτη	-2,97	5,93	,987	-19,32	13,39

Διαπιστώνουμε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται μεταξύ των ατόμων που εργάζονται στην υγεία **1-5 έτη** και των ατόμων που εργάζονται **21- 30 έτη**.

Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ των ετών εργασίας στην υγεία και της επίτευξης των προσωπικών στόχων πραγματοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis, καθώς αυτή η μεταβλητή δεν είχε εμφανίσει κανονική κατανομή, και προέκυψε ότι $p= 0,933 > 0,05$. Επομένως η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων δεν απορρίπτεται, δηλαδή δεν προκύπτει στατιστικά σημαντικό συμπέρασμα ότι η μεταβλητή των προσωπικών επιτευγμάτων εξαρτάται από τα χρόνια εργασίας στην υγεία.

Για τον έλεγχο της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των ετών εργασίας στον τομέα της υγείας και της αποπροσωποποίησης πραγματοποιήθηκε test ONE-WAY ANOVA σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Προέκυψε ότι η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται ($p=0,312>0,05$). Επομένως δεν προκύπτει στατιστικά σημαντικό συμπέρασμα ότι το επίπεδο της αποπροσωποποίησης επηρεάζεται από τα χρόνια εργασίας στην υγεία.

Άρα τα έτη εργασίας στον τομέα της υγείας φαίνεται να επηρεάζουν μόνο την συναισθηματική εξάντληση των επαγγελματιών υγείας.

2.7 Επίδραση των ετών εργασίας σε βάρδιες στην εργασιακή εξουθένωση

Έπειτα εξετάζεται αν ο αριθμός ετών σε κυκλικό ωράριο επηρεάζει την εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας.

Για να ελεγχθεί αν η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζεται από τα έτη εργασίας σε κυκλικό ωράριο πραγματοποιήθηκε test ONE-WAY ANOVA σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 12: Συσχέτιση ετών εργασίας σε βάρδιες με συναισθηματική εξάντληση

		ANOVA				
		Άθρ. Τετραγώνων	BE	ΜΟ Τετραγώνου	F	Στ.Σημ.
synais_exantlisi	Μεταξύ Ομάδων	2293,74	4	573,44	3,32	,013
	Εντός Ομάδων	19341,95	112	172,70		
	Σύνολο	21635,69	116			

Προκύπτει $p=0,013<0,05$ οπότε η συναισθηματική εξάντληση εξαρτάται από τα χρόνια εργασίας σε κυκλικό ωράριο. Οι μεσοί όροι είναι:

Αναφορά

years.shiftwork	Μέσος Όρος	N	Τυπ. Απόκλιση
1-5 έτη	35,74	31	12,94
6-10 έτη	42,80	25	13,07
11-20 έτη	39,21	42	14,21
21-30 έτη	48,06	17	10,63
30+ έτη	55,00	2	11,31
Σύνολο	40,62	117	13,66

Επομένως όσα περισσότερα τα χρόνια εργασίας έχει κάποιος επαγγελματίας υγείας σε κυκλικό ωράριο τόσο μεγαλύτερα είναι και τα επίπεδα της συναισθηματικής του εξάντλησης.

Για να ελέγξουμε αν υπάρχει γραμμική σχέση μεταξύ των 2 μεταβλητών υπολογίζουμε τον συντελεστή Pearson ο οποίος είναι $r=0,251$ ($p=0,006$). Οπότε δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση γιατί $r<0,3$.

Στη συνέχεια κατασκευάζουμε τον πίνακα πολλαπλών συγκρίσεων (Tukey HSD):

Πίνακας 13: Σύγκριση συναισθηματικής εξάντλησης ανάλογα με τα έτη εργασίας σε βάρδιες

	(J) Οικογένεια	(I) Οικογένεια	Διαφορές Μέσου (I - J)	Τυπ. Σφάλμα	Στ.Σημ.	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο
Tukey HSD	1-5 έτη	6-10 έτη	-7,06	3,53	,274	-16,85	2,74
		11-20 έτη	-3,47	3,11	,798	-12,10	5,16
		21-30 έτη	-12,32	3,97	,020	-23,31	-1,32
		30+ έτη	-19,26	9,59	,269	-45,84	7,33
	6-10 έτη	1-5 έτη	7,06	3,53	,274	-2,74	16,85
		11-20 έτη	3,59	3,32	,816	-5,62	12,79
		21-30 έτη	-5,26	4,13	,708	-16,71	6,20
		30+ έτη	-12,20	9,66	,714	-38,98	14,58
	11-20 έτη	1-5 έτη	3,47	3,11	,798	-5,16	12,10
		6-10 έτη	-3,59	3,32	,816	-12,79	5,62
		21-30 έτη	-8,84	3,78	,140	-19,32	1,63
		30+ έτη	-15,79	9,51	,463	-42,16	10,59
	21-30 έτη	1-5 έτη	12,32	3,97	,020	1,32	23,31
		6-10 έτη	5,26	4,13	,708	-6,20	16,71
		11-20 έτη	8,84	3,78	,140	-1,63	19,32
		30+ έτη	-6,94	9,82	,955	-34,18	20,30
	30+ έτη	1-5 έτη	19,26	9,59	,269	-7,33	45,84
		6-10 έτη	12,20	9,66	,714	-14,58	38,98
		11-20 έτη	15,79	9,51	,463	-10,59	42,16
		21-30 έτη	6,94	9,82	,955	-20,30	34,18

Διαπιστώνουμε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται μεταξύ της ομάδας που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο **1-5 έτη** και της ομάδας που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο **21-30 έτη**.

Για τον έλεγχο της υπόθεσης ότι τα έτη εργασίας σε κυκλικό ωράριο επηρεάζουν την επίτευξη των προσωπικών στόχων πραγματοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis με τα παρακάτω αποτελέσματα:

Κατατάξεις

	N	ΜΟ Κατάταξης	
prosop_epit	1-5 έτη	31	58,61
	6-10 έτη	25	54,68
	11-20 έτη	42	64,60
	21-30 έτη	17	51,62
	30+ έτη	2	64,25
Σύνολο	117		

Πίνακας 14: Συσχέτιση ετών εργασίας σε βάρδιες με τα προσωπικά επιτεύγματα

Στατιστικά Τεστ

	prosop_epit
X-Τετράγωνο	2,41
ΒΕ	4
Ασυμπτ. Στ.Σημ.	,660

Διαπιστώθηκε ότι $p=0,660>0,05$ επομένως η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων δεν μπορεί να απορριφθεί .

Για να εξεταστεί αν η αποπροσωποποίηση επηρεάζεται από τα έτη εργασίας σε κυκλικό ωράριο πραγματοποιήθηκε test ONE-WAY ANOVA σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 15: Συσχέτιση ετών εργασίας σε βάρδιες με την αποπροσωποποίηση

		Άθρ. Τετραγώνων	ΒΕ	ΜΟ Τετραγώνου	F	Στ.Σημ.
αποprosop	Μεταξύ Ομάδων	250,43	4	62,61	1,21	,311
	Εντός Ομάδων	5804,50	112	51,83		
	Σύνολο	6054,92	116			

Διαπιστώθηκε ότι $p=0,311>0,05$ επομένως η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων δεν μπορεί να απορριφθεί .

Επομένως, τα έτη εργασίας σε κυκλικό ωράριο φαίνεται να επηρεάζουν μόνο την συναισθηματική εξάντληση των επαγγελματιών υγείας.

2.8 Επίδραση της δυνατότητας ρύθμισης των ωραρίων εργασίας στην εργασιακή εξουθένωση

Αρχικά εξετάστηκε η συσχέτιση της δυνατότητας ρύθμισης των ωραρίων εργασίας με την συναισθηματική εξάντληση. Για το σκοπό αυτό διενεργήθηκε test ONE-WAY ANOVA και προέκυψε ότι η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται ($p=0,004<0,05$). Επομένως η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζεται από την δυνατότητα ρύθμισης του ωραρίου. Οι αντίστοιχοι μέσοι όροι είναι:

Αναφορά

control.shiftwork	Μέσος Όρος	N	Τυπ. Απόκλιση
σχεδόν πάντα	36,60	10	17,82
κάποιες φορές	36,76	33	12,87
σπάνια	39,57	46	13,18
σχεδόν ποτέ	48,32	28	11,04
Σύνολο	40,62	117	13,66

Παρατηρούμε ότι όσο μεγαλύτερη η δυνατότητα ρύθμισης του ωραρίου τόσο μικρότερο είναι το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης. Ο συντελεστής Pearson είναι $r=0,294$ με $p=0,001$.

Πίνακας 16: Συσχέτιση δυνατότητας ρύθμισης του ωραρίου με την συναισθηματική εξάντληση

Συσχετίσεις

		synais_exantlisi	control.shiftwork
synais_exantlisi	Pearson Συσχέτιση	1,000	,294
	Στ.Σημ. (2-κατ/νσης)		,001
	N	160	117
control.shiftwork	Pearson Συσχέτιση	,294	1,000
	Στ.Σημ. (2-κατ/νσης)	,001	
	N	117	117

Στη συνέχεια κατασκευάζουμε τον πίνακα πολλαπλών συγκρίσεων (Tukey HSD):

Πίνακας 17: Σύγκριση συναισθηματικής εξάντλησης ανάλογα με τη δυνατότητα ρύθμισης ωραρίων
Πολλαπλές Συγκρίσεις (synais_exantlisi)

	(J) Οικογένεια	(I) Οικογένεια	Διαφορές Μέσου (I - J)	Τυπ. Σφάλμα	Στ.Σημ.	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο
Tukey HSD	σχεδόν πάντα	κάποιες φορές	-,16	4,71	1,000	-12,45	12,13
		σπάνια	-2,97	4,56	,915	-14,85	8,92
		σχεδόν ποτέ	-11,72	4,81	,076	-24,27	,82
	κάποιες φορές	σχεδόν πάντα	,16	4,71	1,000	-12,13	12,45
		σπάνια	-2,81	2,98	,782	-10,58	4,96
		σχεδόν ποτέ	-11,56	3,36	,004	-20,31	-2,81
	σπάνια	σχεδόν πάντα	2,97	4,56	,915	-8,92	14,85
		κάποιες φορές	2,81	2,98	,782	-4,96	10,58
		σχεδόν ποτέ	-8,76	3,13	,030	-16,92	-,59
	σχεδόν ποτέ	σχεδόν πάντα	11,72	4,81	,076	-,82	24,27
		κάποιες φορές	11,56	3,36	,004	2,81	20,31
		σπάνια	8,76	3,13	,030	,59	16,92

Παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται μεταξύ των ομάδων **σχεδόν πάντα – σχεδόν ποτέ, κάποιες φορές – σχεδόν ποτέ, σπάνια- σχεδόν ποτέ.**

Στη συνέχεια εξετάστηκε η συσχέτιση με την δεύτερη κλίμακα της Maslach που αφορά τα προσωπικά επιτεύγματα. Πραγματοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος

Kruskal – Wallis και προέκυψε ότι $p= 0,017 < 0,05$. Επομένως η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων απορρίπτεται, δηλαδή η μεταβλητή των προσωπικών επιτευγμάτων εξαρτάται από την δυνατότητα ρύθμισης του ωραρίου.

Οι αντίστοιχοι μέσοι όροι είναι :

Αναφορά

control.shiftwork	Μέσος Όρος	N	Τυπ. Απόκλιση
σχεδόν πάντα	45,90	10	10,04
κάποιες φορές	45,52	33	6,53
σπάνια	41,11	46	7,81
σχεδόν ποτέ	39,68	28	9,56
Σύνολο	42,42	117	8,42

Παρατηρούμε ότι όσο μεγαλύτερη η δυνατότητα ρύθμισης του ωραρίου τόσο καλύτερος είναι ο δείκτης των προσωπικών επιτευγμάτων.

Τέλος για την κλίμακα της αποπροσωποποίησης διενεργήθηκε test ONE-WAY ANOVA και προέκυψε ότι η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται ($p=0,18 > 0,05$).

Πίνακας 18: Συσχέτιση δυνατότητας ρύθμισης ωραρίων με την αποπροσωποποίηση ANOVA

		Άθρ. Τετραγώνων	ΒΕ	ΜΟ Τετραγώνου	F	Στ.Σημ.
αποπροσορ	Μεταξύ Ομάδων	255,41	3	85,14	1,66	,180
	Εντός Ομάδων	5799,52	113	51,32		
	Σύνολο	6054,92	116			

Επομένως η αποπροσωποποίηση δεν επηρεάζεται από την δυνατότητα ρύθμισης του ωραρίου.

Άρα, η δυνατότητα ρύθμισης των ωραρίων επηρεάζει τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων.

2.9 Επίδραση της ικανοποίησης από τον μισθό στην εργασιακή εξουθένωση

Για να ελεγχθεί αν ο βαθμός ικανοποίησης από τον μισθό συνδέεται με το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης πραγματοποιήθηκε test ONE-WAY ANOVA σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Προέκυψε ότι η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων απορρίπτεται ($p=0,038 < 0,05$), επομένως το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης επηρεάζεται από τον μισθό. Ο συντελεστής Pearson είναι $r= 0,221$ με $p=0,005$. Οι αντίστοιχοι μεσοί όροι είναι:

Πίνακας 19: Μέσοι όροι συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με την ικανοποίηση από τον μισθό

		Περιγραφικά							
misthos	N	Μέσος Όρος	Τυπ. Απόκλιση	Τυπ. Σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για Μέσο όρο		Ελάχιστο	Μέγιστο	
					Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο			
synais_exantlisi	Σίγουρα ναι	9	37,78	10,51	3,50	29,70	45,86	18,00	51,00
	μáλλον ναι	25	35,16	14,00	2,80	29,38	40,94	13,00	63,00
	ίσως	53	36,21	13,39	1,84	32,52	39,90	12,00	59,00
	μáλλον óχι	31	41,32	12,82	2,30	36,62	46,02	18,00	63,00
	σίγουρα óχι	42	43,67	14,04	2,17	39,29	48,04	17,00	63,00
	Σύνολο	160	39,08	13,69	1,08	36,94	41,22	12,00	63,00

Παρατηρούμε ότι καθώς αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησης από τον μισθό βελτιώνονται τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης.

Με την διενέργεια πολλαπλών συγκρίσεων (L-S-D) προκύπτει ο παρακάτω πίνακας:

Πίνακας 20: Σύγκριση συναισθηματικής εξάντλησης ανάλογα με ικανοποίηση από τον μισθό

		Πολλαπλές Συγκρίσεις (synais_exantlisi)					95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
(J)	(J)	Διαφορές Μέσου (I - J)	Τυπ. Σφάλμα	Στ.Σημ.		Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο	
Οικογένεια	Οικογένεια							
LSD	Σίγουρα ναι	μáλλον ναι	2,62	5,22	,617	-7,69	12,92	
		ίσως	1,57	4,84	,746	-7,99	11,13	
		μáλλον óχι	-3,54	5,08	,487	-13,58	6,49	
	μáλλον ναι	σίγουρα óχι	-5,89	4,93	,234	-15,63	3,85	
		Σίγουρα ναι	-2,62	5,22	,617	-12,92	7,69	
		ίσως	-1,05	3,26	,748	-7,48	5,39	
	ίσως	μáλλον óχι	-6,16	3,61	,090	-13,29	,96	
		σίγουρα óχι	-8,51	3,39	,013	-15,20	-1,81	
		Σίγουρα ναι	-1,57	4,84	,746	-11,13	7,99	
	μáλλον óχι	μáλλον ναι	1,05	3,26	,748	-5,39	7,48	
		μáλλον óχι	-5,12	3,03	,094	-11,11	,88	
		σίγουρα óχι	-7,46	2,77	,008	-12,94	-1,98	
σίγουρα óχι	μáλλον ναι	3,54	5,08	,487	-6,49	13,58		
	μáλλον ναι	6,16	3,61	,090	-,96	13,29		
	ίσως	5,12	3,03	,094	-,88	11,11		
σίγουρα óχι	σίγουρα óχι	-2,34	3,18	,462	-8,62	3,93		
	Σίγουρα ναι	5,89	4,93	,234	-3,85	15,63		
	μáλλον ναι	8,51	3,39	,013	1,81	15,20		
	ίσως	7,46	2,77	,008	1,98	12,94		
	μáλλον óχι	2,34	3,18	,462	-3,93	8,62		

Στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται μεταξύ των ατόμων που δηλώνουν **μáλλον ικανοποιημένοι** και των ατόμων που δηλώνουν **σίγουρα óχι ικανοποιημένοι** από τον μισθό τους και των ατόμων που δηλώνουν **ίσως ικανοποιημένοι** και αυτών που δηλώνουν **σίγουρα óχι ικανοποιημένοι**.

Ο έλεγχος της μεταβλητής των προσωπικών επιτευγμάτων έγινε με την εφαρμογή του μη παραμετρικού test Kruskal – Wallis. Προέκυψε ότι βαθμός ικανοποίησης από τον μισθό δεν συνδέεται με την μεταβλητή προσωπικά επιτεύγματα ($p=0,864$).

Για να ελεγχθεί αν ο βαθμός ικανοποίησης από τον μισθό συνδέεται με το επίπεδο της αποπροσωποποίησης πραγματοποιήθηκε test ONE-WAY ANOVA σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Προέκυψε ότι η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων δεν απορρίπτεται ($p=0,859>0,05$), επομένως το επίπεδο της αποπροσωποποίησης δεν επηρεάζεται από τον βαθμό ικανοποίησης από τον μισθό.

Άρα η ικανοποίηση από τον μισθό φαίνεται να επηρεάζει μόνο την συναισθηματική εξάντληση των επαγγελματιών υγείας.

2.10 Επίδραση του φύλου των επαγγελματιών υγείας στην εργασιακή εξουθένωση

Για να ελέγξουμε αν τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης επηρεάζονται από το φύλο πραγματοποιήσαμε T- test ανεξάρτητων δειγμάτων. Το αποτέλεσμα ήταν ότι η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων δεν μπορεί να απορριφθεί ($p=0,192>0,05$). Επομένως η συναισθηματική εξάντληση δεν επηρεάζεται από το φύλο.

Για τον έλεγχο της εξάρτησης των προσωπικών επιτευγμάτων από το φύλο διενεργήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis και προέκυψε ότι $p=0,684>0,05$. Επομένως η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων δεν απορρίπτεται, δηλαδή η μεταβλητή των προσωπικών επιτευγμάτων δεν εξαρτάται από το φύλο.

Για να ελέγξουμε αν τα επίπεδα της αποπροσωποποίησης επηρεάζονται από το φύλο πραγματοποιήσαμε T- test ανεξάρτητων δειγμάτων. Το αποτέλεσμα ήταν ότι η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων δεν μπορεί να απορριφθεί ($p=0,907>0,05$). Επομένως η αποπροσωποποίηση δεν επηρεάζεται από το φύλο.

Άρα, η εργασιακή εξουθένωση φαίνεται να μην σχετίζεται από το φύλο των επαγγελματιών υγείας.

2.11 Επίδραση της ηλικίας στην εργασιακή εξουθένωση

Για τον έλεγχο της μεταβλητής της συναισθηματικής εξουθένωσης πραγματοποιήθηκε test ONE-WAY ANOVA σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Προέκυψε ότι η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται ($p=0,053>0,05$). Επομένως δεν προκύπτει στατιστικά σημαντικό συμπέρασμα ότι το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης επηρεάζεται από την ηλικία.

Επειδή η μηδενική υπόθεση οριακά δεν απορρίπτεται διενεργήθηκε έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων (Tukey HSD). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 21: Σύγκριση συναισθηματικής εξάντλησης ανάλογα με την ηλικία
Πολλαπλές Συγκρίσεις (synais_exantlisi)**

	(J) Οικογένεια	(I) Οικογένεια	Διαφορές Μέσου (I - J)	Τυπ. Σφάλμα	Στ. Σημ.	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
						Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο
Tukey HSD	20-30 ετών	31-40 ετών	-4,22	2,98	,491	-11,95	3,52
		41-50 ετών	-8,23	2,99	,033	-15,99	-,47
		50+ ετών	-3,79	4,22	,806	-14,75	7,17
	31-40 ετών	20-30 ετών	4,22	2,98	,491	-3,52	11,95
		41-50 ετών	-4,01	2,54	,393	-10,60	2,58
		50+ ετών	,43	3,91	1,000	-9,73	10,59
	41-50 ετών	20-30 ετών	8,23	2,99	,033	,47	15,99
		31-40 ετών	4,01	2,54	,393	-2,58	10,60
		50+ ετών	4,44	3,92	,670	-5,74	14,62
	50+ ετών	20-30 ετών	3,79	4,22	,806	-7,17	14,75
		31-40 ετών	-,43	3,91	1,000	-10,59	9,73
		41-50 ετών	-4,44	3,92	,670	-14,62	5,74

Παρατηρούμε ότι εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,033$) μεταξύ της ομάδας των ατόμων με ηλικία 20- 30 και της ομάδας 41-50 ετών. Δηλαδή τα άτομα της πρώτης ηλικιακής ομάδας εμφανίζουν μικρότερο βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με τα άτομα της δεύτερης ομάδας.

Για τον έλεγχο της εξάρτησης των προσωπικών επιτευγμάτων από την ηλικία διενεργήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis και προέκυψε $p=0,578>0,05$. Επομένως η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων δεν απορρίπτεται, δηλαδή η μεταβλητή των προσωπικών επιτευγμάτων δεν εξαρτάται από την ηλικία.

Τέλος, εξετάστηκε η συσχέτιση της ηλικίας με την αποπροσωποποίηση. Για τον σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε test ONE-WAY ANOVA σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Προέκυψε ότι η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται ($p=0,237>0,05$). Επομένως δεν προκύπτει στατιστικά σημαντικό συμπέρασμα ότι το επίπεδο της αποπροσωποποίησης επηρεάζεται από την ηλικία.

2.12 Επίδραση της θέσης στον χώρο εργασίας στην εργασιακή εξουθένωση

Για τον έλεγχο της μεταβλητής της συναισθηματικής εξάντλησης διενεργήθηκε test ONE-WAY ANOVA και διαπιστώθηκε ότι η θέση που κατέχει ο εργαζόμενος δεν επηρεάζει τον βαθμό της συναισθηματικής εξάντλησης ($p=0,06>0,05$).

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis για την μεταβλητή των προσωπικών επιτευγμάτων. Προέκυψε ότι $p= 0,049$. Επομένως η μηδενική υπόθεση της ισότητας των μέσων απορρίπτεται, δηλαδή η μεταβλητή των προσωπικών επιτευγμάτων εξαρτάται από την θέση που κατέχει ο εργαζόμενος.

Οι αντίστοιχοι μέσοι όροι είναι:

Πίνακας 22: Μέσος όρος προσωπικών επιτευγμάτων ανάλογα με τη θέση εργασίας

Αναφορά

ΜΕΤ0001	Μέσος Όρος	N	Τυπ. Απόκλιση
Διευθυντής	48,00	2	,00
Επιμελητής	37,86	7	10,33
Ειδικευόμενος	40,29	7	8,10
Προϊστάμενος	48,09	11	5,65
Σύνολο	43,41	27	8,59

Παρατηρούμε ότι οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι παρουσιάζονται με καλύτερους δείκτες στον τομέα των προσωπικών επιτευγμάτων.

Τέλος, με την διενέργεια του test ONE-WAY ANOVA διαπιστώθηκε ότι η θέση που κατέχει ο εργαζόμενος δεν επηρεάζει τον βαθμό της αποπροσωποποίησης ($p=0,650>0,05$).

3 Συζήτηση – συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων της εργασιακής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας και αν αυτή επηρεάζεται από το κυκλικό ωράριο. Μέσα από την έρευνα ελέγχθηκαν και άλλες μεταβλητές όπως η συσχέτιση με το φύλο, την ηλικία, τα έτη υπηρεσίας, αλλά και το επάγγελμα. Από την ανάλυση των ευρημάτων εξήχθησαν ενδιαφέροντα αποτελέσματα.

Στην έρευνα πήραν μέρος επαγγελματίες υγείας από διάφορους κλάδους, ωστόσο η πλειοψηφία ήταν νοσηλευτές (67% του δείγματος). Αυτό δεν είναι παράξενο αφού ένα νοσηλευτικό ίδρυμα αποτελείται κατά πλειοψηφία από νοσηλευτές. Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία ήταν γυναίκες (81%). Αυτό πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές ήταν περισσότεροι από τους άλλους επαγγελματίες υγείας και η νοσηλευτική ακόμα και σήμερα είναι γυναικοκρατούμενη επιστήμη. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο (73% του συνόλου του δείγματος), καθώς για να λειτουργήσει ένα νοσηλευτικό

ίδρυμα πολλοί επαγγελματίες υγείας, όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές, πρέπει να δουλεύουν σε βάρδιες. Όσον αφορά άλλα ευρήματα, η πλειοψηφία του δείγματος (περίπου 64%), εμφανίζει κάποιο βαθμό παχυσαρκίας με ότι αυτό συνεπάγεται για την υγεία του και τη φυσική του κατάσταση. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (45%).

Σχετικά με τα ευρήματα που προέκυψαν από τα χαρακτηριστικά της εργασίας σε κυκλικό ωράριο, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο κάνουν 4-5 νυχτερινές βάρδιες τον μήνα (περίπου 45%) και 5-6 απογευματινές (περίπου 30%). Άλλο ενδιαφέρον αποτέλεσμα είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (72%) επιθυμεί να σταματήσει να εργάζεται με σύστημα βαρδιών. Τέλος, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε βάρδιες (περίπου 60%) δεν μπορούν σχεδόν ποτέ να ελέγξουν τα ωράρια της δουλειάς τους.

Όσον αφορά την εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, η έρευνα κατέδειξε υψηλά επίπεδα εξουθένωσης. Από την εξαγωγή των Μέσων Όρων στις τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου της Maslach προέκυψε πως το δείγμα της έρευνας παρουσιάζει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, υψηλά επίπεδα επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων και υψηλά επίπεδα αποπροσωποποιημένης παροχής φροντίδας.

Από την ανάλυση και συσχέτιση των στοιχείων της έρευνας, η πρώτη μεταβλητή που εξετάστηκε ήταν η εργασία σε κυλιόμενο ωράριο και η συσχέτισή της με την εργασιακή εξουθένωση. Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση και με τις τρεις παραμέτρους της εργασιακής εξουθένωσης. Η εργασία σε βάρδιες φαίνεται να ενισχύει τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποιημένης φροντίδας, ενώ μειώνει τα επίπεδα της επίτευξης των προσωπικών στόχων (η μεταβλητή αυτή είναι αντιστρόφως ανάλογη). Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία ότι οι συνθήκες εργασίας και συγκεκριμένα το ωράριο επηρεάζει την εργασιακή εξουθένωση. Συγκεκριμένα, μία μεγάλη έρευνα που διεξήχθη στην Ταϊλάνδη με δείγμα 2.772 επαγγελματίες υγείας έδειξε πως οι εργαζόμενοι σε βάρδιες παρουσίαζαν εργασιακή εξουθένωση σε ποσοστό 25% έναντι 15% όσων δεν εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο (Wisetborisut et al, 2014). Με τα αποτελέσματα συμφωνεί εν μέρει και πρόσφατη ελληνική έρευνα που διεξήχθη σε νοσοκομείο της πόλης των Ιωαννίνων. Σύμφωνα με την αυτήν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε σταθερό πρωινό ωράριο εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επίτευξης προσωπικών στόχων και χαμηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης σε

αντίθεση με τους εργαζόμενους σε κυκλικό ωράριο που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και χαμηλά προσωπικών επιτευγμάτων (Ντέτσικα, 2019).

Η δεύτερη μεταβλητή που ελέγχθηκε αφορά το επάγγελμα και τη συσχέτιση του με την εργασιακή εξουθένωση. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση στα επίπεδα της εργασιακής εξουθένωσης. Το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες που έδειξαν πως οι γιατροί ή οι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης από άλλους επαγγελματίες υγείας. Συγκεκριμένα, έρευνα του Διλιντά (2010), έδειξε πως οι νοσηλευτές βιώνουν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση από τους γιατρούς και το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου. Παρόμοια ευρήματα καταδεικνύει και η μελέτη των Καρανιάδου κ.α. (2006), όπου οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα της Αττικής παρουσιάζουν εντονότερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση σε σύγκριση με τους γιατρούς του δείγματος. Στον αντίποδα, άλλες έρευνες έχουν αποδείξει πως τη μεγαλύτερη εξουθένωση βιώνουν οι γιατροί και συγκεκριμένα οι ειδικευόμενοι (Reith, 2018).

Τα έτη εργασίας σε βάρδιες και η συσχέτισή τους με την εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, αποτελεί άλλο ενδιαφέρον εύρημα της παρούσας μελέτης. Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ετών εργασίας σε σύστημα βαρδιών και της πρώτης κλίμακας της Maslach, της συναισθηματικής εξάντλησης. Επομένως εργαζόμενοι πολλά έτη σε βάρδιες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης από αυτούς που δουλεύουν λιγότερα, με τη μεγαλύτερη διαφορά να παρατηρείται ανάμεσα σε αυτούς που εργάζονται 1-5 έτη σε κυλιόμενο ωράριο έναντι αυτών που εργάζονται 21-30 έτη. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με έρευνα που διεξήχθη στην Ταϊλάνδη όπου οι επαγγελματίες υγείας με 5-10 έτη εργασίας σε βάρδιες εμφανίζουν μεγαλύτερη εργασιακή εξουθένωση από αυτούς με 1-5 έτη. Για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται πάνω από 10 χρόνια σε κυλιόμενο ωράριο τα ποσοστά της εξουθένωσης ανεβαίνουν ακόμα περισσότερο (Wisetborisut et al, 2014).

Επιπλέον η εργασιακή εξουθένωση φαίνεται να επηρεάζεται και από τα συνολικά έτη εργασίας των επαγγελματιών υγείας. Ο έλεγχος έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και των ετών εργασίας στην υγεία. Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση με την πάροδο των ετών. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρείται μεταξύ όσων εργάζονται 1-5 έτη στον τομέα της υγείας και

όσων εργάζονται 21-30 έτη. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με άλλες έρευνες, όπως αυτή των Μπαλτζή κ.α. (2012), όπου η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση των νοσηλευτών στη Λάρνακα φαίνεται να αυξάνεται με τα έτη υπηρεσίας σε ένα τμήμα, τουλάχιστον ως τα 15 έτη.

Άλλη παράμετρος που εξετάζει η παρούσα έρευνα είναι η δυνατότητα ρύθμισης των ωραρίων εργασίας και η συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μεταβλητής αυτής και δυο από τις παραμέτρους της Maslach. Πιο συγκεκριμένα η δυνατότητα ρύθμισης των ωραρίων επηρεάζει την συναισθηματική εξάντληση και την τα προσωπικά επιτεύγματα, ενώ δεν φαίνεται να επηρεάζει την αποπροσωποποίηση. Οι επαγγελματίες υγείας που μπορούν να ρυθμίζουν τα ωράριά τους κατά το δοκούν εμφανίζουν χαμηλότερη συναισθηματική εξάντληση και υψηλότερο δείκτη επίτευξης προσωπικών στόχων. Επομένως κινδυνεύουν λιγότερο από εργασιακή εξουθένωση απ' ότι οι συνάδελφοί τους που δεν μπορούν να επιλέξουν τις βάρδιες που θα εργαστούν.

3.1 Περιορισμοί της έρευνας

Οι περιορισμοί σε μία έρευνα δυστυχώς δεν μπορούν να αποφευχθούν. Στη συγκεκριμένη περίπτωση το δείγμα ήταν αρκετά μικρό και αποτελούνταν κυρίως από νοσηλευτές, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει τα αποτελέσματα της μελέτης που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας γενικότερα.

Επιπλέον υπάρχει κενό στην ελληνική βιβλιογραφία όσον αφορά την εργασιακή εξουθένωση και τη συσχέτισή της με το κυλιόμενο ωράριο. Έτσι παρουσιάστηκαν δυσκολίες καθώς δεν μπόρεσε να στηριχθεί επακριβώς σε υπάρχουσα γνώση. Στη διεθνή βιβλιογραφία βρέθηκαν δύο παρόμοιες μελέτες με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Γενικότερα, ενώ η εργασιακή εξουθένωση μελετάται εκτενώς τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, συνήθως συσχετίζεται με άλλους παράγοντες όπως η εργασιακή ικανοποίηση, η υγεία και η παρεχόμενη φροντίδα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Αδάλη, Ε., Λεμονίδου, Χ. (2001). Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, *Νοσηλευτική* 2: 15-22
- Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ., Πιλάτης, Ι. (2010). Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του Ιατρικού Προσωπικού Δημοσίου Νοσοκομείου των Αθηνών, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131 Α': 109-136
- Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ., (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5(3), Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων
- Γρηγορόπουλου, Μ., Πατσάκη, Α., Κατσάρη, Β., Σαράφης, Π., Μπαμπίδης, Π., Βαρακλιώτη, Α. & Δομάγερ, Φ. (2018). Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού και διερεύνηση της τάσης μεταπήδησης των νοσηλευτών σε διοικητικές θέσεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (5): 633-641.
- Γκριζιώτη Μ., Μαστροκώστας Α., Χάιδις Α.Μ., Παναγοπούλου Ε., Μπένος Α. (2010). Κυκλικό Ωράριο Εργασίας και Τροχαία Ατυχήματα στο Νοσηλευτικό Προσωπικό. *Νοσηλευτική* 49(3): 305–314
- Δημητριάδου Παντέκα Α., Λαβδανίτη Μ., Μηνασίδου Ε., Τσαλογλίδου Α., Καυκιά Θ. & Σαπουντζή – Κρέπια Δ. (2009). Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 8 (3): 222-239.
- Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν. (2008). Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5): 642-647
- Διλιντάς, Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3): 498-508
- Δουβανάς Α., Μπάλιου Μ., Παντελάκη Α., Πουσδέρκη Π. & Μαρβάκη Χ., (2011). Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μονάδων εντατικής θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 10 (3): 373-388
- Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος. Κυκλικό ωράριο-χρόνος ανάπαυσης [συχνές ερωτήσεις] (2014, Φεβρουάριος 5). Ανακτήθηκε από <http://enne.gr/7173> [Έγινε πρόσβαση στις 15.3.2020]

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης αριθ. L 299 σ. 0009 – 0019 (2003, Νοέμβριος 18). Ανακτήθηκε από [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?qid\(1414674219132&uri=CELEX:32003L0088](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?qid(1414674219132&uri=CELEX:32003L0088)

Ηλιάδης Χ., Ζιώγου Θ., Κουρκούτα Λ. (2015). Διαταραχές ύπνου στη τρίτη ηλικία. *Επιστημονικά Χρονικά*, 20(1): 64-70.

Θεοφίλου, Π. (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *e- Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας (e-JST)*, (4): 41-50.

Καζάλα Α.Μ., Καραγιάννη Β. & Γραμματίκας Γ. (2019). Διαταραχές ύπνου στην παιδική ηλικία. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 12(2): 5-13, DOI: <https://doi.org/10.24283/hjns.20192.6-7>

Καρακόστας, Κ. (2014). Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burn out syndrome). *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1): 1-2.

Καρανιάδου, Α., Αναγνωστόπουλος, Φ. & Τελειώνη, Μ. (2006). Δημογραφικοί, εργασιακοί και διοικητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση γιατρών και νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*. 45 (3): 391-403

Κοΐνης, Α., Σαρίδη, Μ. (2014). Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. *Το βήμα του Ασκληπιού*. 13(4): 300-315.

Κοΐνης, Α., Τζιαφέρη, Σ., Σαρίδη, Μ. (2014). Προβλήματα ψυχικής υγείας σε επαγγελματίες υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 6(1): 8-17.

Κορομπέλη, Α. (2009). *Η επίδραση του εναλλασσόμενου κυκλικού ωραρίου στο επίπεδο υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού* (Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Κορομπέλη, Α., Λεμονίδου, Χ. & Βελονάκης, Ε. (2011). Η Στάθμιση του Εργαλείου Εκτίμησης των Επιπτώσεων του Κυκλικού Ωραρίου “ Standard of Shiftwork Index ” σε Ελληνικό Πληθυσμό’, 50(4): 430–440.

Κορομπέλη, Α. & Σούρτζη, Π. (2010). Οργάνωση του κυκλικού ωραρίου εργασίας σε υπηρεσίες υγείας για τη μείωση των επιπτώσεων του στους εργαζόμενους. *Νοσηλευτική*, 49 (2): 131-140.

Κορομπέλη, Α., Κτενάς, Ε. & Κικεμένη, Α. (2006). Κυκλικό ωράριο. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 45 (1): 98-106.

Κουτελέκος, Ι., Πολυκανδριώτη, Μ., (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 6 (2): 1-7.

Κωνσταντίνου Δ, Μηνασίδου Ε, Γκριζιώτη Μ, Τσαγκάρη Χ & Μπελλάλη Θ. (2018). Διερεύνηση των εργασιακών απαιτήσεων και των πηγών στήριξης των Νοσηλευτών

Μονάδων Εντατικής Θεραπείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(1): 47-60.

Μακρυνίκα Ε., Ρεκλείτη Μ. & Ρούπα Ζ. (2013). Διαταραχές ύπνου σε νοσηλευτές κυκλικού ωραρίου: βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5 (2): 40-48.

Μανομενίδης, Γ., Παναγοπούλου, Ε. & Μπελλάλη, Θ. (2017). Στρατηγικές διαχείρισης του στρες, πριν, κατά και μετά το ωράριο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού: μια περιγραφική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 10(1): 6-12.

Μπαλτζή Ε., Χαρή – Παπαιωάννου Φ., Πολυκανδριώτη Μ., Γουρνή Μ. & Χαραλάμπους Γ., (2012). Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών του γενικού νοσοκομείου Λάρνακας Κύπρου. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 11(4): 531-548.

Μπελλάλη Θ., Παυλίδου Α. (2014). Διερεύνηση της συσχέτισης του κυκλικού ωραρίου και των εφημεριών με τις συνήθειες ύπνου, τις συμπεριφορές υγείας, το άγχος και την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 7(4): 33-45.

Νόμος 4238/2014: *Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις*. Εφημερίδα της κυβέρνησης (ΦΕΚ 38/ Α' / 17-2-2014)

Νόμος 4498/2017: *Εναρμόνιση του ελληνικού δικαίου με την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2003/88/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 4ης Νοεμβρίου 2003 «σχετικά με ορισμένα στοιχεία της οργάνωσης του χρόνου εργασίας» ως προς την οργάνωση του χρόνου εργασίας των ιατρών και οδοντιάτρων του Ε.Σ.Υ. - Ρυθμίσεις θεμάτων ιατρών Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις*. Εφημερίδα της κυβέρνησης (ΦΕΚ 72/Α' /16-11-2017)

Ντέτσικα, Β. (2019). *Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout) στους νοσηλευτές των "κλειστών" τμημάτων των νοσοκομείων της πόλης των Ιωαννίνων* (Μεταπτυχιακή εργασία). Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Ιωάννινα

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

Παυλάκης, Α. (2019). Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών. *Cyprus Nursing Chronicles*. 1(3): 10-15.

Πετράκος, Α., Γκιόκα, Β., Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Νικολαδός, Ι. & Σπέης, Κ. (2018). Διερεύνηση της εργασιακής απόδοσης του προσωπικού σε νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας. *Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις και παράγοντες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (3): 372-381.

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

Σταυριανόπουλος Θ., Σταμάτη Σ., Γκεβρέκη Ε., Γκουρβέλου Ο., Παπαδημητρίου Μ. (2011). Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 10(1): 118-133.

Σταυροπούλου Α., Παπαδάκη Ε., Φτυλάκη Α., Καμπά Ε. (2010). Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome): Κατανόηση και πρόιμη αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 9 (3): 359-374

Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2014). Διαχείριση των απουσιών και παραιτήσεων νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδιωτικό νοσοκομείο. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 7 (1): 20-26.

Τσαούσογλου, Μ., Μπερή, Δ., Βγόντζας, Α., Χρούσος, Γ. (2006). Μοριακοί μηχανισμοί κερκάδιων ρυθμών: μελέτη σε πειραματόζωα και οι πρώτες ενδείξεις στον άνθρωπο. *Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*, 53 (2): 125-133.

Abdelsalam, H. (2019). Staff Nurses' Burnout and Job Satisfaction and its Relation to Patients' Satisfaction in Port Said Hospitals. *Port Said Scientific Journal of Nursing*, 6(1): 177-197. doi: 10.21608/pssjn.2019.35076

Admi H., Tzischinsky O., Epstein R., Herer P., Lavie P. (2007). Shift work in nursing: is it really a risk factor for nurses' health and patients' safety? *Nursing economics*, 26 (4): 250-257.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J & Silber JH. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 288(16):1987–1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987

Akerstedt T. (2003). Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occupational Medicine*, 53: 89–94.

Al Sabei, S.D., Labrague, L.J., Miner Ross, A., Karkada, S., Albashayreh, A., Al Masroori, F. and Al Hashmi, N. (2020), Nursing Work Environment, Turnover

Intention, Job Burnout, and Quality of Care: The Moderating Role of Job Satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship*, 52: 95-104. doi:10.1111/jnu.12528

Chan, S., & Debono, M. (2010). Review: Replication of cortisol circadian rhythm: new advances in hydrocortisone replacement therapy. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 1 (3): 129–138. <https://doi.org/10.1177/2042018810380214>

Cheng, P., & Drake, C. L. (2018). Psychological Impact of Shift Work. *Current sleep medicine reports*, 4(2): 104–109.

Ferri,P., Guadi,M., Marcheselli, L., Balduzzi,S., Magnani, D. & Di Lorenzo R. (2016). The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Management and Healthcare Policy*, 9: 203–211. doi: 10.2147/RMHP.S115326

Harrington J.M. (2001). Health effects of shift work and extended hours of work. *Occupational and Environmental Medicine*, 58: 68-72.

Honma, A, Revell, VL, Gunn, PJ, et al. (2020). Effect of acute total sleep deprivation on plasma melatonin, cortisol and metabolite rhythms in females. *European Journal of Neuroscience*. 51: 366– 378. <https://doi.org/10.1111/ejn.14411>

Keller, S. M., Berryman, P., & Lukes, E. (2009). Effects of Extended Work Shifts and Shift Work on Patient Safety, Productivity, and Employee Health. *AAOHN Journal*, 57(12): 497–504. <https://doi.org/10.1177/216507990905701204>

Lee, Y. H. & Lin, M. H., (2019). Exploring the Relationship Between Burnout and Job Satisfaction Among Clinical Nurses *European Scientific Journal*, 15 (3): 449-460

Lee, M.L., Howard, M.E., Horrey, W.J., Liang, Y., Anderson, C., Shreeve, M.S., O'Brien, C.S., & Czeisler, C.A. (2016). High risk of near-crash driving events following night-shift work. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 113 (1): 176-81.

Léger, D., Bayon, V., Ohayon, M.M., Philip, P., Ement, P., Metlaine, A., Chennaoui, M. and Faraut, B. (2014), Insomnia and accidents: cross-sectional study (EQUINOX) on sleep-related home, work and car accidents in 5293 subjects with insomnia from 10 countries. *Journal of Sleep Research*, 23 (2): 143-152. doi:10.1111/jsr.12104

Leiter, M. P. & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout research*, 3 (4): 89-100

Mansfield, D., Antic, N., Rajaratnam, S. &Naughton, M. (2017). *Sleep Medicine*, IP Communications, Victoria. Ανακτήθηκε από:

<https://books.google.gr/books?id=89nbDgAAQBAJ&pg=PT13&lpg=PT13&dq=Mansfield,+2017+sleep+physiology&source=bl&ots=e-TcaBLlpj&sig=ACfU3U0hE5LII2g2pvFDfs6CPhSGwQOi3w&hl=el&sa=X&ved=2ahUKEwjrnB6rroAhW-TxUIHaedCngQ6AEwDHoECAoQAQ#v=onepage&q=Mansfield%2C%202017%20sleep%20physiology&f=false>

Montana, P. J. and Charnov, B. H. (2002). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O.-A., Thienthong, H. & Poghosyan, L. (2017) Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review* 64: 91– 98

Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al. (2018). Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 178(10):1317–1331. doi:10.1001/jamainternmed.2018.3713

Potter, G, Skene, D., Arendt, J., Cade, J., Grant, P., &Hardie, L., (2016). Circadian Rhythm and Sleep Disruption: Causes, Metabolic Consequences, and Countermeasures. *Endocrine Reviews*, 37(6): 584-608. <https://doi.org/10.1210/er.2016-1083>

Reith T. P. (2018). Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*, 10(12), e3681. <https://doi.org/10.7759/cureus.3681>

Šimunić A. & Gregov Lj. (2012). Work and family conflict in Croatian nurses. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 63 (2):189-197 DOI: 10.2478/10004-1254-63-2012-2159

van Dam A. (2016). Subgroup Analysis in Burnout: Relations Between Fatigue, Anxiety, and Depression. *Frontiers in psychology*, 7: 90. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00090>

Vidotti, V., Ribeiro, R. P., Galdino, M., & Martins, J. T. (2018). Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, e3022.

Vos, J. A., Brouwers, A., Schoot, T., Pat-El R., Verboon, P. & Näring, G.. (2016). Early Career Burnout Among Dutch Nurses: A Process captured in a Rasch Model. *Burnout Research*. 3: 55-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2016.06.001>

West, C., Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2018). Physician Burnout: Contributors, Consequences, and Solutions. *Journal of Internal Medicine*. 283: 516-529. doi: 10.1111/joim.12752

White, E.M., Aiken, L.H. and McHugh, M.D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of American Geriatric Society JAGS*, 67: 2065-2071. doi:10.1111/jgs.16051

Wisetborisut, A. , Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational medicine* (Oxford, England). 64(4): 279-286 DOI:[10.1093/occmed/kqu009](https://doi.org/10.1093/occmed/kqu009)

Zhang, Y. Y., Zhang, C., Han, X. R., Li, W., & Wang, Y. L. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine*, 97(26), e11086. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011086>