



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΜΣ «ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ»

ΘΕΜΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

<<ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ>>



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΠΛΕΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΑΡΙΑ Ν. ΚΑΝΤΖΑΝΟΥ

MD, PhD, MSc

Επικ. Καθ. Επιδημιολογίας – Προληπτικής Ιατρικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρεται στο αίσθημα της εξάντλησης και της απώλειας του ενδιαφέροντος που εκδηλώνεται από τους επαγγελματίες κατά την άσκηση της εργασίας τους. Οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της μη ικανοποίησης από την εργασία τους.

Το σύνδρομο αποτελεί σοβαρό φαινόμενο με ποικίλες προεκτάσεις, καθότι μπορεί να οδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας σε ψυχοσωματικά προβλήματα, συμπεριφορά κοινωνικής απομόνωσης που οφείλεται στην εργασία και σε φροντίδα χαμηλής ποιότητας.

Σκοπός της παρούσης ανασκοπικής εργασίας ήταν να διερευνηθεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας. Η μεθοδολογία αρχικά στηρίχθηκε στην αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών που εκπονήθηκαν σε διεθνές επίπεδο αλλά και στην Ελλάδα και αναφέρονταν στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Στη συνέχεια έγινε συστηματική ανασκόπηση, προκειμένου να διαπιστώσουμε τις διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στην περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

Αποτελέσματα: Οι περισσότερες μελέτες εστιάζονται στο ρόλο του εργασιακού περιβάλλοντος των επαγγελματιών υγείας, ως το κυριότερο παράγοντα ανάπτυξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, όπως η προσωπικότητα των εργαζόμενων, η βαρύτητα της κατάστασης των νοσηλευόμενων, η οργάνωση της Διοίκησης και οι σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό. Επίσης, από τα αποτελέσματα της μελέτης φάνηκε η ανάγκη των εργαζόμενων να συμβουλευούνται κάποιο ειδικό, ο οποίος να ασχολείται με τα συναισθηματικά προβλήματα που προκύπτουν από την καθημερινή επαφή των εργαζόμενων με τους ασθενείς και τους συναδέλφους, ώστε να μπορεί να ελεγχθεί το στρες κατά την άσκηση του επαγγέλματος.

Συμπεράσματα: Η πρόωπη αναγνώριση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης συνεισφέρει στην καλύτερη επαγγελματική συμπεριφορά και στην παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας στους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται γνώσεις και εκπαίδευση για να αντιμετωπίσουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Λέξεις κλειδιά: επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας

ABSTRACT

Burnout syndrome is referred to the experience of exhaustion and diminished interest, that is manifested by the professionals usually in the work context. Health care professionals are often at high risk of burnout syndrome and job dissatisfaction.

Burn-out syndrome consists a serious multidimensional phenomenon, because it can lead the professionals of health to psychosomatic problems, work-associated withdrawal behavior and a lower quality of care.

The aim of this review was to study the burn out syndrome of health care professionals. The study method included search of both retrospective and research studies published in international literature, as well as studies conducted in Greece, which referred to “burn out syndrome”.

Results: Most studies focus on the role of work environment of health care professionals, as the main factor for the development of burnout syndrome, in combination with other factors such as personality, critically ill patients, and organizational structure and staff relationships. Furthermore, the results of this study showed the need for referral to an expert, who deals with emotional problems triggered by the daily contacts with patients and the staff , in order to control the professional stress.

Conclusively: Early recognition of burnout phenomenon contributes to better professional behavior and better health care quality for patients. Health care professionals need knowledge and education about how to beat burnout syndrome.

Tags: Professional Burnout Syndrome, health professionals

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	σελ 6
Κεφάλαιο 1: Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	
1.1 Ορισμός του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	σελ 8
1.2 Ιστορική αναδρομή	σελ 9
1.3 Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	σελ 10
1.3.1 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)	σελ 10
1.3.2 Το μοντέλο του Edelwich & Brodsky (1980)	σελ 11
1.3.3 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων των Maslach & Jackson (1982)...	σελ 11
1.3.4 Το μοντέλο της Pines (1988)	σελ 12
1.3.5 Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου του Karasek (The demand-control model)	σελ 13
1.3.6 Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής (ERI: The effort-reward imbalance model)	σελ 13
1.3.7 Το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων- πόρων (JD: The Job Demands-Resources Model)	σελ 14
1.4 Κλίμακες μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	σελ 14
1.4.1 Κλίμακα της Maslach (The Maslach Burnout Inventory-MBI)	σελ 14
1.4.2 Κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout Inventory- BI)	σελ 15
1.4.3 Κλίμακα προσωπικού (Stuff Burnout Scale-SBS)	σελ 15
1.4.4 Κλίμακα Oldenburg (Oldenburg Burnout Inventory- OLBI)	σελ 16
1.4.5 Κλίμακα της Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory-CBI)....	σελ 16
1.4.6 Το ψυχοκοινωνικό ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης (The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-COPSOQ II).....	σελ 16
1.5 Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης	σελ 17
1.6 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης	σελ 20
1.7 Συμπτωματολογία του Συνδρόμου Επαγγελματικής εξουθένωσης	σελ 24

1.8 Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό στρες	σελ 27
---	---------------

Κεφάλαιο 2 :

Πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης – Τρόποι αντιμετώπισης

2.1 Εισαγωγή	σελ 29
2.2 Διαχείριση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	σελ 29
2.3 Πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης	σελ 30
2.4 Τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης	σελ 32

Κεφάλαιο 3:

Έρευνες για την Επαγγελματική Εξουθένωση σε Επαγγελματίες Υγείας

3.1 Εισαγωγή	σελ 48
3.2 Έρευνες που μελετήθηκαν στην Ευρώπη	σελ 49
3.3 Έρευνες που μελετήθηκαν Διεθνώς	σελ 53
3.4 Όσον αφορά τον Ελλαδικό χώρο	σελ 55

Κεφάλαιο 4:

Συστηματική ανασκόπηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας

4.1 Αναγκαιότητα και σκοπός της μελέτης	σελ 64
4.2 Μεθοδολογία.....	σελ 64
4.2.1 Κριτήρια Εισαγωγής Μελετών	σελ 64
4.2.2 Στρατηγική αναζήτησης	σελ 64
4.3 Αποτελέσματα	σελ 65
4.3.1 Μελέτες που συμπεριλήφθηκαν	σελ 66

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ 70
---------------------------	---------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ 73
---------------------------	---------------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Η εργασιακή ικανοποίηση είναι το άθροισμα των συναισθηματικών αντιδράσεων που έχει το άτομο για την εργασία του ή τη συναισθηματική διάσταση των στάσεών του, η οποία προέρχεται από τη σύγκριση ανάμεσα στα οφέλη και στις επιθυμίες. Η επαγγελματική ικανοποίηση αφορά τη στάση των εργαζομένων απέναντι στις διάφορες πτυχές του επαγγέλματος τους και σχετίζεται με όλα εκείνα τα αισθήματα των εργαζομένων που δημιουργούνται από τη σύγκριση μεταξύ των πραγμάτων που κερδίζουν από την απασχόληση τους και εκείνων που θα ήθελαν να αποκομίζουν από την ίδια (Κουράκος και συν.,(2011), Λαμπράκη και συν.,(2016)) .

Ο χώρος της υγείας είναι ένας ιδιαίτερος και ευαίσθητος τομέας, διότι αφορά στο σημαντικότερο αγαθό του ανθρώπου, την υγεία. Στο πλαίσιο, αυτό, η εργασιακή ικανοποίηση των ατόμων που εργάζονται στο χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική προκειμένου να επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή λειτουργία των νοσοκομείων και η μέγιστη αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων προς τους ασθενείς υπηρεσιών (Πελαχάς και Αντωνιάδης, 2013).

Σύμφωνα με τις σχετικές έρευνες, η εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να κυμαίνεται σε αρκετά χαμηλά επίπεδα, γεγονός ιδιαίτερα ανησυχητικό για την εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων και των μονάδων υγείας, και για την ποιότητα παροχών ιατρονοσηλευτικής φροντίδας προς τους ασθενείς. Η απουσία αυτή της εργασιακής ικανοποίησης, ή δυσαρέσκεια, όπως διαφορετικά ονομάζεται, οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως είναι ο μισθός, οι σχέσεις με τους υπόλοιπους συναδέλφους και οι συνθήκες εργασίας (Λαμπράκη και συν.,2016, Πελαχάς και Αντωνιάδης, 2013).

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

Ο μοναδικός τρόπος για την αποφυγή και τη μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση του συνδρόμου, πριν η συναισθηματική εξάντληση, η αποστασιοποίηση και η αδράνεια, επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου (Baker et al., 2000, Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005,Arnold et al.,1995).

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης, εμφανίζεται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια και έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ψυχολόγους, τους κοινωνιολόγους αλλά και τους ειδικούς του μάνατζμεντ καθώς έχουν αναγνωρίσει τις

σημαντικές της επιπτώσεις στο άτομο, στον οργανισμό και γενικότερα στην οικονομία και την παραγωγή.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσουμε το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, φαρμακοποιούς, νοσηλευτές και διοικητικό προσωπικό) και πως αυτό επηρεάζει την ψυχική τους υγεία, τις επαγγελματικές και οικογενειακές τους σχέσεις. Το θέμα που πρόκειται να μελετηθεί είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς σε πλήθος ερευνών, που έχουν διενεργηθεί έχει αποδειχθεί ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο συχνό σε κάποια επαγγέλματα των οποίων οι εργαζόμενοι ασκούν κοινωνικό λειτουργήμα όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές (Jimmieson,2000).

Για το λόγο αυτό το σύνδρομο θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο ενώ η χρήση του περιορίστηκε στα επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών όπως για παράδειγμα στους παθολόγους, τους οδοντίατρους, τους νοσηλευτές, τους φυσιοθεραπευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς (Demiretal.,2003). Από τις 5.500 δημοσιευμένες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση, οι περισσότερες αφορούν τους επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 34% (Firth-Cozens & Payne,1999).

Η οικονομική κρίση που εμφανίστηκε στην Ελλάδα ήδη από το 2009 επηρέασε αρνητικά πολυάριθμους εργασιακούς τομείς, συμπεριλαμβανομένου και εκείνου της υγείας. Συγκεκριμένα, έχει σημειωθεί μείωση των απολαβών των επαγγελματιών υγείας, αύξηση των ασθενειών τους λόγω άγχους και κόπωση, καθώς και υψηλό αίσθημα εργασιακής ανασφάλειας (Λαμπράκη και συν., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η Επαγγελματική εξουθένωση

Εισαγωγή

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

(Maslach, 1986:3)

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια ψυχολογική διαδικασία συναφής αλλά όχι ταυτόσημη με το εργασιακό στρες αν και είναι στενά δεμένη με αυτό. Το εργασιακό στρες εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας είναι μεγάλες και υπερβαίνουν τις πηγές και τις δυνάμεις του ατόμου (Lazarus & Folkman,1984).

Η επαγγελματική εξουθένωση κατά την Maslach, εμφανίζεται μετά από επανειλημμένες αποτυχίες στην αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων του εργασιακού χώρου. Ενώ, όσον αφορά το στρες, δεν συνδέεται με αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών στην εργασία και στον οργανισμό γενικότερα (Maslach,1993).

Stress μπορεί να βιώσει ο καθένας, επαγγελματική εξουθένωση όμως εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που ξεκινούν την καριέρα τους με ενθουσιασμό, υψηλούς στόχους και προσδοκίες (Pines,1993). Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι συνέπεια της αλλεπάλληλης και αποτυχημένης προσπάθειας αντιμετώπισης συγκεκριμένων αγχογόνων καταστάσεων.

1.1 Ορισμός του Συνδρόμου Επαγγελματικής εξουθένωσης

Πάρα το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας και έχει αποτελέσει το επίκεντρο μιας ταχέως αυξανόμενης διεπιστημονικής βιβλιογραφίας δεν υπάρχει προς το παρόν ένας αποδεκτός ορισμός.

Ίσως ο ορισμός της Maslach (1981) είναι ο πιο ευρέως αποδεκτός: «Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς». Όπως φαίνεται από αυτό τον ορισμό ο όρος **σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout)** εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του αποθεμάτων, κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες στη διάρκεια της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Όταν η κόπωση ανάμεσα στους εργαζόμενους γίνεται σοβαρή και επίμονη, μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια αδυναμία και μειωμένη ικανότητα για εργασία. Ο συνδυασμός της κόπωσης και της απουσίας από την εργασία είναι χαρακτηριστικά συμβάντα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Γενικά, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να περιγραφεί ως μια επίμονη, αρνητική

σχετιζόμενη με την εργασία νοητική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξουθένωση και αποπροσανατολισμό, μειωμένη αποτελεσματικότητα, έλλειψη κινήτρων και δυσλειτουργία στην εργασία (Διομήδους κ.α., 2009).

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

1.2 Ιστορική αναδρομή

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

Ήδη από τα μισά του προηγούμενου αιώνα, το θέμα είχε απασχολήσει τους ειδικούς λόγω της έντονης εμφάνισης διαφόρων παθήσεων σε επαγγελματίες υγείας. Στα πλαίσια μάλιστα αυτής της ανησυχίας, το 1960 δημιουργήθηκαν στην Αμερική τα πρώτα προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού, που εργάζονταν στους οίκους ασθενών Medicare. Τα αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων έδειξαν σημαντική βελτίωση στην κατάσταση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων (Schaoufeli & Enzman, 1998).

Η πρώτη αναφορά του όρου burnout στην επιστημονική βιβλιογραφία έγινε από τον Bradley το 1969. Η πρώτη εκτεταμένη μελέτη του φαινομένου έγινε από τον Freudenberger, που στο σύγγραμμα του "Staff burnout"(1974) περιέγραψε τα συμπτώματα υπερκόπωσης που παρατήρησε όχι μόνο τον εαυτό του, αλλά και σε εθελοντές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε ένα κέντρο υποστήριξης νέων με προβλήματα εθισμού. Ο Freudenberger μελέτησε τη σταδιακή συναισθηματική εξάντληση των δυνάμεων τους, την απώλεια του ενδιαφέροντος, την απογοήτευση, την αποχώρηση από την εργασία, καθώς και την ποικιλία πνευματικών και σωματικών συμπτωμάτων που παρουσίαζαν αρκετοί από τους εθελοντές (Freudenberger, 1974).

Μια από τις σημαντικότερες ερευνήτριες στον τομέα της επαγγελματικής εξουθένωσης, η Christina Maslach (1976) ασχολήθηκε με τους αμυντικούς μηχανισμούς που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι, οι οποίοι βρίσκονται σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών, όπως η αποστασιοποίηση ή η έλλειψη ενδιαφέροντος για το υποκείμενο, και κατέληξε ότι μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων παρουσίαζαν συναισθηματική εξάντληση ή αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς τους. Με βάση τις παρατηρήσεις αυτές, διατύπωσε έναν από τους πιο διαδεδομένους και ακριβείς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Maslach περιγράφει το σύνδρομο ως μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στην οποία ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους, αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του (Maslach, 1981).

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

Σε νεότερη εργασία η Maslach υποστηρίζει ότι το σύνδρομο είναι ένας δείκτης φθοράς των αξιών, της αξιοπρέπειας, του πνεύματος και της θέλησης του εργαζόμενου (Maslach, 1997). Πρόκειται για ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά ή όπως το περιγράφει η Maslach « ένα σπινάλ από το οποίο είναι δύσκολο κανείς να ξεφύγει». Αποτελεί συναισθηματική αντίδραση, αλλά και μηχανισμό άμυνας, έναντι στο χρόνιο και παρατεταμένο στρες που προκαλεί η αλληλεπίδραση του επαγγελματία με τον ασθενή.

Από τότε το φαινόμενο αποτέλεσε αντικείμενο σημαντικής έρευνας, αρχικά στους επαγγελματίες που προσέφεραν υπηρεσίες στο χώρο της υγείας, γιατί θεωρήθηκαν ως οι πλέον επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση (Maslach & Pines,1997). Στη συνέχεια, οι έρευνες επεκτάθηκαν και σε άλλους επαγγελματικούς χώρους, επειδή το πρόβλημα απασχολούσε όχι μόνο επαγγελματίες υγείας, αλλά και εκπαιδευτικούς, αστυνομικούς (Burke & Deszca,1986) νομικούς, υπαλλήλους φυλακών κ.α. Οι μελέτες αυτές στηρίχθηκαν σε προσωπικές εμπειρίες των συγγραφέων (Freudenberger,1974) ή σε αναφορές βασισμένες σε προγράμματα που μελετούσαν περιστατικά (Case-studies) (Maslach & Pines,1978,1997).

1.3 Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα προσπαθούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Υπάρχουν δύο βασικές προσεγγίσεις των ερευνητών:

- Η πρώτη ομάδα τονίζει την σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που έχει ο επαγγελματίας από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από τον χώρο στον οποίο εργάζεται.
- Η δεύτερη ομάδα υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού (Dekker & Schaufeli,1995 και Antoniou,1999).

1.3.1 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Σύμφωνα με τον C. Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μια διαδικασία παρά ένα μεμονωμένο συμβάν και ακολουθεί τρεις φάσεις.

- ❖ **Φάση <<εργασιακού στρες>>**: το εργασιακό στρες είναι αποτέλεσμα της διατάραξης της ισορροπίας ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους, η οποία δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα του εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτή η διατάραξη μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, αλλά δεν οδηγεί απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.
- ❖ **Φάση <<εξάντλησης>>**: Η προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας εκδηλώνεται με την μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μία

κατάσταση συνεχούς έντασης, την οποία εάν δεν καταφέρει να διαχειριστεί σωστά, μπορεί να οδηγηθεί σε απογοήτευση και παραίτηση.

- ❖ **Φάση <<αμυντικής κατάληξης >>:** Σε αυτό το στάδιο πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και συμπεριφορά του εργαζόμενου. Εκδηλώνεται κυνισμός, αρνητισμός, οργή, καχυποψία, οικογενειακές συγκρούσεις και απάθεια για τους άλλους έτσι ώστε να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

1.3.2 Το μοντέλο του Edelmich & Brodsky (1980)

Ο Edelmich & Brodsky περιέγραψαν μια σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του.

- ❖ **Στάδιο ενθουσιασμού:** ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό, έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Σε αυτό το στάδιο υπέρ-επενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο και την ψυχή του. Διαπιστώνοντας, όμως ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.
- ❖ **Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας:** η εργασιακή καθημερινότητα διαφεύγει τις προσδοκίες και οι ανάγκες του δεν καλύπτονται μέσα από την δουλειά. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί να επενδύσει ακόμη περισσότερο στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Σταδιακά η εργασία παύει να φαντάζει ιδανική, ακόμη όμως δεν έχει αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.
- ❖ **Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης:** ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από αυτή την κατάσταση θα πρέπει είτε να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του, είτε να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο.
- ❖ **Στάδιο απάθειας:** ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμα του. Συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, όμως επενδύει ελάχιστη ενέργεια στην εργασία του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του.

1.3.3 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων των Maslach & Jackson (1982)

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το μοντέλο αυτό αναδεικνύει τρεις διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, που κάθε μια αντιπροσωπεύει και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων.

1^η διάσταση: Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion)

Η συναισθηματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας, με κυρίαρχη την αίσθηση ότι έχουν εξαντληθεί τα συναισθηματικά αποθέματα και παράλληλα δεν υπάρχουν πηγές ανανέωσης. Το άτομο αισθάνεται ότι δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια και διάθεση, ώστε να επενδύσει συναισθηματικά στην δουλειά του, και καταβάλλεται από τις απαιτήσεις των ασθενών-πελατών και του εργασιακού του περιβάλλοντος. Ένα κοινό σύμπτωμα είναι να βλέπει με δέος την προοπτική ότι την επόμενη ημέρα θα πρέπει να ξαναπάει στην εργασία του (Κάντας,1996). Τελικά, οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται, ότι δεν μπορούν να αποδώσουν εξίσου αποτελεσματικά και υπεύθυνα όσο στο παρελθόν, και συχνά υιοθετούν συμπεριφορές απομάκρυνσης (φυσική ή συναισθηματική) από την ίδια την εργασία, που τη θεωρούν πηγή της εξάντλησης τους (Burk & Greenglass,2001). Από μελέτες έχει

διαπιστωθεί, ότι η συναισθηματική εξάντληση έχει άμεση σχέση με τις υψηλές απαιτήσεις του εργασιακού χώρου και τις υψηλές προσδοκίες του ίδιου του ατόμου (Cordes & Dougherty,1993). Η παράμετρος της συναισθηματικής εξάντλησης έχει θεωρηθεί σαν ταυτόσημο φαινόμενο με την επαγγελματική κατάθλιψη (Firth & Payne,1999).

2^η διάσταση: Αποπροσωποποίηση (depersonalization)

Η αποπροσωποποίηση αποτελεί συνέπεια της συναισθηματικής εξάντλησης και ένα μηχανισμό άμυνας έναντι αυτής. Εκδηλώνεται με συναισθηματική απομάκρυνση, απόσυρση και αποστασιοποίηση από την εργασία, με αδιαφορία και κυνισμό προς τους ασθενείς, που αντιμετωπίζονται ως «περιστατικά» (πχ. χρήση του αριθμού δωματίου ή τύπου ασθένειας), (Κάντας,1996). Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να απομακρυνθούν από την εργασία με παρατεταμένα διαλείματα και συζητήσεις με τους συναδέλφους. Η ανάπτυξη της αποπροσωποποίησης φαίνεται να σχετίζεται με την εμπειρία της συναισθηματικής εξάντλησης, η συνέχεια που ακολουθεί είναι να δημιουργούν στο άτομο αισθήματα αποτυχίας και μειωμένης επίτευξης. (Maslach,1981). Κατά τον Cherniss, η αποπροσωποποίηση είναι μια διαδικασία απεμπλοκής του εργαζομένου από το στρες, την πίεση και την κόπωση που βιώνει. Αντιπροσωπεύει δηλαδή ένα μηχανισμό προσαρμογής ή διαχείρισης των αρχέτυπων πηγών (Cherniss,1980).

3^η διάσταση: Έλλειψη προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment)

Τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα αποτελούν την τελευταία συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο εργαζόμενος εκτιμά με αρνητικό τρόπο τον εαυτό του, ειδικά σε σχέση με την εργασία του και με τους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων εκδηλώνεται με την μείωση της απόδοσης του, την έλλειψη ικανοποίησης από τη δουλειά του, και την παραίτησή του από την προσπάθεια χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών. Αποτέλεσμα αυτών είναι να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού ρόλου (Maslach et al.,1986). Έτσι, καθώς μειώνεται η αυτοεκτίμηση, αρχίζει βαθμιαία η κατάθλιψη, που μπορεί να οδηγήσει στην αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό. Υπάρχει περίπτωση ο εργαζόμενος να αλλάξει, είτε τον τρόπο που αντιμετωπίζει την εργασία του, είτε τις προσδοκίες του, ή ακόμη να οδηγηθεί στην εγκατάλειψη της εργασίας που περιλαμβάνει στενή επαφή με ανθρώπους (Maslach et al.,1997). Γενικότερα, ο επαγγελματίας υγείας αμφισβητεί την επαγγελματική του δραστηριότητα και βιώνει αισθήματα απαισιοδοξίας αλλά και απαξίωσης (Αντωνίου,2005).

1.3.4 Το μοντέλο της Pines (1988)

Η Pines τονίζει περισσότερο το ρόλο του εργασιακού περιβάλλοντος. Θεωρεί ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα κίνητρα παίζουν ρόλο μόνο για την πυροδότηση και τον καθορισμό της βαρύτητας του συνδρόμου. Ωστόσο τονίζει ότι οι περισσότεροι αφοσιωμένοι εργαζόμενοι εμφανίζουν βαρύτερες μορφές εξουθένωσης και κατά την γνώμη της η αιτία της εξουθένωσης αυτής είναι υπαρξιακή και οφείλεται στην ανάγκη του ανθρώπου να δώσει νόημα στη ζωή του. Όταν η εργασία αποτυγχάνει να το κάνει, η επαγγελματική εξουθένωση είναι αναπόφευκτη. Η Pines και οι συνεργάτες της δεν περιορίστηκαν μόνο στους επαγγελματίες υγείας, αλλά διερεύνησαν και άλλους τομείς, όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1988) και οι πολιτικές συγκρούσεις. Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines, αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μια μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία.

1.3.5 Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου του Karasek (The demand-control model)

Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου-κοινωνικής στήριξης (Karasek, 1979, Karasek & Theorell, 1990, Johnson & Hall, 1988), είναι ένα από τα πιο γνωστά και ευρέως διαδεδομένα μοντέλα. Το μοντέλο αυτό ορίζει τρεις βασικούς παράγοντες άγχους οι οποίοι επηρεάζουν την ευεξία των εργαζομένων:

1. Ψυχολογικές απαιτήσεις της εργασίας
2. Έλεγχος ή εύρος λήψης αποφάσεων
3. Κοινωνική στήριξη από προϊστάμενους, συναδέλφους και υφιστάμενους

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι αρνητικές αντιδράσεις άγχους (όπως η κόπωση, η αγωνία, η κατάθλιψη και η σωματική ασθένεια) εμφανίζονται όταν οι ψυχολογικές απαιτήσεις είναι υψηλές και ο έλεγχος της εργασίας κατά τη λήψη αποφάσεων είναι χαμηλός. Η κοινωνική στήριξη μπορεί να λειτουργήσει ως ενισχυτικός παράγοντας. Η εργασία προκαλεί στρες στον εργαζόμενο όταν δεν του κεντρίζει το ενδιαφέρον, είναι βαρετή, μονότονη και δεν τον βοηθά να αναπτύσσει και να αξιοποιεί τις κλίσεις και τις γνώσεις του ή να αποκτήσει νέες γνώσεις και δεξιότητες. Το μοντέλο αυτό συσχετίζει τα διάφορα επαγγέλματα με το εργασιακό άγχος και με τον κίνδυνο ασθένειας. Έχει χρησιμοποιηθεί σε επιδημιολογικές μελέτες χρόνιων νόσων, όπως η στεφανιαία νόσος.

1.3.6 Το μοντέλο ανισοροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής (ERI: The effort-reward imbalance model)

Το 1990 οι Siegrist et al πρότειναν ένα νέο μοντέλο για τη σχέση εργασιακών συνθηκών και υγείας των εργαζομένων. Η βασική υπόθεση είναι ότι πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα σε αυτό που ο εργαζόμενος <<επενδύει>> στη δουλειά του και σε αυτό που παίρνει πίσω ως ανταπόδοση. Στην αντίθετη περίπτωση νιώθει πιεσμένος και δυσαρεστημένος και αυτό μακροπρόθεσμα επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας του. Τι εννοεί ο Siegrist όταν μιλά για προσπάθεια και ανταπόδοση; Ο όρος προσπάθεια έχει δύο διαστάσεις;

- 1) την εξωγενή προσπάθεια, δηλαδή το έργο που καταβάλλει ο εργαζόμενος προκειμένου να εκπληρώσει τα βασικά εργασιακά του καθήκοντα (χρησιμοποιώντας την ορολογία του Karasek, τις απαιτήσεις της δουλειάς), και
- 2) την ενδογενή προσπάθεια, δηλαδή τα εσωτερικά κίνητρα του εργαζόμενου που τον ωθούν να αποδώσει στον εργασιακό του χώρο.

Τέτοια κίνητρα είναι η ανάγκη του για λήψη πρωτοβουλιών, η ανάγκη του για κοινωνική αναγνώριση, η ανταγωνιστικότητα του, ο βαθμός ευερεθιστότητάς του και η ικανότητα του να αποσυνδέει την επαγγελματική από την προσωπική του ζωή. Ως ανταπόδοση ο εργαζόμενος λαμβάνει από τη δουλειά του κοινωνική αναγνώριση, χρηματική ανταμοιβή, τη δυνατότητα διατήρησης της εργασιακής του θέσης και επαγγελματική/ οικονομική ασφάλεια. Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα, κυρίως από τον ίδιο τον Siegrist και τους συνεργάτες του (Siegrist, Peter, Junge, Cremer & Seidel, 1990, Siegrist, Peter, Cremer & Seidel, 1997), συμφωνούν με τις υποθέσεις του, ότι η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ αυτών των παραγόντων συνδέεται συχνά με υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Το μοντέλο μεταξύ ανισοροπίας μεταξύ προσπάθειας/ανταπόδοσης, αν και πολλά υποσχόμενο, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης προκειμένου να διαπιστωθεί η ορθότητα των υποθέσεών του, αλλά και να βρεθούν τα όρια των εφαρμογών του.

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

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας είναι τόσες ώστε να μην μπορούν να καλυφθούν από τις πηγές και από το σύνολο των ευεργετημάτων που αυτή προσφέρει.

Οι εργασιακές απαιτήσεις αναφέρονται στις σωματικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πλευρές της εργασίας, οι οποίες απαιτούν διαρκή σωματική ή πνευματική προσπάθεια και σχετίζονται με συγκεκριμένες σωματικές και ψυχολογικές θυσίες (Demerouti και συν., 2001).

Οι εργασιακοί πόροι αναφέρονται στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πλευρές της εργασίας, οι οποίες μπορούν να:

- Είναι λειτουργικές προς την επίτευξη των εργασιακών στόχων.
- Μειώνουν τις εργασιακές απαιτήσεις που συνδέονται με τις φυσικές και ψυχολογικές θυσίες.
- Προωθούν την προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη (Bakker & Demerouti, 2007, Demerouti και συν., 2001).

1.4 Κλίμακες μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Πολλοί ερευνητές της οργανωτικής ψυχολογίας και οργανωτικής συμπεριφοράς ασχολούνται με τη διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, βασιζόμενοι στα θεωρητικά μοντέλα που αναφέρθηκαν παραπάνω. Για να διεξαχθούν αποτελεσματικές έρευνες, οι οποίες θα οδηγήσουν στη δημιουργία θεωρητικής βάσης και πρακτικών που θα μπορούν να εφαρμοστούν, προσπάθησαν να κατασκευάσουν εργαλεία μέτρησης αυτού του φαινομένου. Η δημιουργία θεωρητικής βάσης αφορά τα αίτια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, τη δυναμική του και τα αποτελέσματά του, κυρίως για να μπορεί να γίνει πρόληψη των αποτελεσμάτων του συνδρόμου στους εργαζόμενους. Επίσης από τις έρευνες με τα διάφορα εργαλεία παρέχονται πληροφορίες για την αντιμετώπιση του σύνδρομο, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, ανάλογα με το στάδιο στο οποίο γίνεται η διάγνωση (Burke & Richardson, 1993).

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αναλύονται παρακάτω.

1.4.1 Κλίμακα της Maslach (The Maslach Burnout Inventory-MBI)

Πρόκειται για την πιο δημοφιλή και διαδεδομένη κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το ερωτηματολόγιο της Maslach (Maslach, 1982, Maslach & Jackson, 1981, 1986, Maslach & Leiter, 1997) αποτελείται από 22 ερωτήματα, τα οποία μετρούν τα τρία δομικά στοιχεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η υποκλίμακα της **συναισθηματικής εξάντλησης** αποτυπώνει το βαθμό στον οποίο το άτομο νοιώθει συναισθηματικά υπερφορτισμένο και εξουθενωμένο από την εργασία του. Η συναισθηματική εξουθένωση, δηλαδή η εξάντληση των αποθεμάτων των συναισθηματικών πόρων του εργαζόμενου, θεωρείται ο πυρήνας του

ερωτηματολογίου και αποτελεί το κυρίαρχο συστατικό του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al., 2001).

Η υποκλίμακα της **αποπροσωποποίησης** περιγράφει τη στάση που κρατούν τα άτομα απέναντι στους ασθενείς/ πελάτες και η οποία τείνει να είναι μηχανική, κυνική και αποστασιοποιημένη.

Η υποκλίμακα της **μειωμένης προσωπικής επίτευξης** καταγράφει τα αισθήματα μειωμένης αποτελεσματικότητας και επίδοσης του εργαζόμενου σε σχέση με τα προσδοκώμενα από τον εαυτό του.

Το συγκεκριμένο εργαλείο ζητά από τους εργαζόμενους να δείξουν την συχνότητα των συναισθημάτων τους κατά τη διάρκεια του εργασιακού έτους. Κάθε ένα από τα ερωτήματα βαθμολογείται από μια επταβάθμια κλίμακα Likert, με το 0 να σημαίνει ότι ποτέ δεν εμφανίζει αυτό που ερωτάται και το 6 να σημαίνει ότι το αισθάνεται κάθε μέρα.

Η Maslach διαμόρφωσε αργότερα την ονοματολογία των δύο τελευταίων δομικών στοιχείων (Maslach et al., 2001). Η αποπροσωποποίηση ονομάστηκε <<κυνισμός>>, περιγράφοντας όλες τις αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές (απογοήτευση, απομυθοποίηση, έλλειψη εμπιστοσύνης σε ανθρώπους και καταστάσεις) που εκδηλώνουν οι εργαζόμενοι στο χώρο εργασίας τους. Η μειωμένη προσωπική επίτευξη μετονομάστηκε σε <<μειωμένη αποτελεσματικότητα>> και αναφέρεται στα αισθήματα του εργαζόμενου που έχουν να κάνουν με μια προσωπική εκτίμηση του ελλείμματος της αποτελεσματικότητας, της επίτευξης, της παραγωγικότητας και της ικανότητας του να ανταπεξέλθει σε οποιαδήποτε εργασία του αναθέτει (Leiter & Maslach, 2001).

Η κλίμακα της Maslach αναφέρεται κυρίως στους εργαζόμενους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και στους εκπαιδευτικούς. Η χρήση σε άλλους κλάδους δεν είχε ικανοποιητικά αποτελέσματα (Evans & Fisher, 1993, Boles et al., 2000). Για να καλυφθεί το κενό δημιουργήθηκε μια νέα κλίμακα, η Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), για έρευνα σε όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

1.4.2 Κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout Inventory- BI)

Η κλίμακα BI δημιουργήθηκε από τους Pines, Aronson και Kafry (1981). Αποτελείται από 21 ερωτήματα, τα οποία βαθμολογούνται με μια κλίμακα Likert με το 0 να σημαίνει <<ποτέ>> και το 6 να σημαίνει <<πάντα>>. Η συνολική βαθμολογία είναι ο μέσος όρος των απαντήσεων. Τα ερωτήματα αντιπροσωπεύουν τα τρία δομικά συστατικά στοιχεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αντίθετα με το MBI δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένο τύπο εργασίας, έχει αξιοπιστία και εγκυρότητα (Schaoufeli & Enzmann, 1998).

1.4.3 Κλίμακα προσωπικού (Stuff Burnout Scale-SBS)

Η κλίμακα προσωπικού αναφέρεται στο προσωπικό των επαγγελματιών υγείας (Jones, 1980). Αποτελείται από 30 ερωτήματα βασισμένα στην θεωρητική προσέγγιση της Maslach αλλά περιέχει και ερωτήματα που αφορούν τη συμπεριφορά και την φυσιολογία. Τα δέκα τελευταία ερωτήματα αποτελούν μια κλίμακα ψεύδους, έτσι ώστε να ανιχνευθούν τάσεις για <<καλές απαντήσεις>>. Το SBS αξιολογεί τις αρνητικές γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφοριστικές, ψυχολογικές και

κοινωνιολογικές αντιδράσεις του ατόμου που προκαλούν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο Jones αναφέρει την ύπαρξη τεσσάρων παραγόντων: την δυσαρέσκεια για την εργασία, την ψυχολογική και διαπροσωπική ένταση, τη φυσική ασθένεια και τον κίνδυνο και τέλος την μη επαγγελματική σχέση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών.

1.4.4 Κλίμακα Oldenburg (Oldenburg Burnout Inventory-OLBI)

Η κλίμακα OLBI δημιουργήθηκε σχετικά πρόσφατα και περιλαμβάνει τα δομικά στοιχεία της εξουθένωσης, της αποδέσμευσης μαζί με τον κινισμό και την μειωμένη προσωπική επίτευξη. Σκοπός της δημιουργίας της κλίμακας OLBI ήταν η αμφίπλευρη διατύπωση των ερωτημάτων των δομικών στοιχείων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ το MBI είχε μόνο αρνητικές διατυπώσεις στις ερωτήσεις του, το OLBI έχει μισές αρνητικές και μισές θετικές διατυπώσεις, ώστε να καλύψει την περιγραφή των δομικών στοιχείων αμφίπλευρα.

Η κλίμακα χρησιμοποιείται για το σύνολο των εργαζομένων, δηλαδή και για επαγγέλματα στα οποία δεν υπάρχουν επαφές και σχέσεις τύπου πάροχος-πελάτης (Demerouti & Bakker, 2008).

1.4.5 Κλίμακα της Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory-CBI)

Σχετικά πρόσφατα ο Kristensen και οι συνεργάτες του (2005) δημιούργησαν ένα καινούριο εργαλείο για την μέτρηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το CBI αναπτύχθηκε κατά την διάρκεια της μελέτης PUMA σε εργαζόμενους παροχής υπηρεσιών στη Δανία. Θεωρήθηκε ότι η απόδοση της έννοιας του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με το MBI είναι ασαφής. Οι ερευνητές θεώρησαν ότι δεν εξετάζεται η πιθανή ερμηνεία της αποπροσωποποίησης ως μια στρατηγική αντιμετώπισης της εργασιακής πίεσης και η ερμηνεία της μειωμένης επαγγελματικής επίτευξης ως μια επίδραση του διαρκούς στρες πάνω στον εργαζόμενο. Η διατύπωση του MBI δεν έγινε αποδεκτή από του Δανούς συμμετέχοντες στην έρευνα, προκαλώντας αρνητικές αντιδράσεις (Engelbrecht, 2006).

Το CBI είναι σχεδιασμένο μετά από προσεκτική έρευνα και βασίζεται σε ένα σύνολο θεωρητικών υποθέσεων. Περιέχει τρεις διαφορετικές κλίμακες: μια κλίμακα που μετρά τη γενική εξουθένωση και ονομάζεται προσωπικό σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, μια δεύτερη που σχετίζεται με το εργασιακό κομμάτι και μια τρίτη κλίμακα που σχετίζεται με την σχέση εργαζόμενου-πελάτη. Τα ερωτήματα της πρώτης κλίμακας εμπνέονται από το BI, της δεύτερης από την υποκλίμακα συναισθηματικής εξουθένωσης των ερωτηματολογίων MBI και MBI-GS. Οι ερωτήσεις της τρίτης κλίμακας που αφορούν την σχέση εργαζόμενου-πελάτη διατυπώθηκαν πρόσφατα και είναι καινούριες. Οι ήδη υπάρχουσες μελέτες δείχνουν ότι η μέτρηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε διαφορετικά επαγγέλματα είναι δυνατή με τη χρήση του CBI.

1.4.6 Το ψυχοκοινωνικό ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης (The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-COPSOQ II)

Το ερωτηματολόγιο COPSOQ II είναι η εξέλιξη του COPSOQ I. Είναι ένα πλήρες εργαλείο που καταγράφει πλήθος ψυχολογικών, προσωπικών και οργανωτικών

παραγόντων οι οποίοι συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά καταγράφει και την εμφάνιση των επιπτώσεων στο σωματικό, ψυχολογικό και διανοητικό επίπεδο του εργαζόμενου (Pejtersen et al., 2010, Kristensen et al., 2005). Περιλαμβάνει 41 υποκλίμακες με συνολικά 127 ερωτήματα. Κάποιες από τις πιο πρόσφατες υποκλίμακες αναφέρονται στην εμπιστοσύνη, στη δικαιοσύνη, στην κοινωνικοποίηση μέσα στην εργασία, στη διαφοροποίηση της εργασίας, στο ρυθμό της εργασίας, στην αναγνώριση, στη σύγκρουση οικογένειας-εργασίας, σε θέματα ανάρμοστης συμπεριφοράς στο εργασιακό περιβάλλον.

Το COPSQ II βασίστηκε στην έρευνα με ερωτηματολόγια σε 3500 Δανούς και είναι ένα πολυπαραγοντικό εργαλείο μέτρησης ψυχοκοινωνικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένου και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, σε μια από τις υποκλίμακές του.

1.5 Αιτιολογικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης

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

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

Σύμφωνα με τον Vachon (1987) ο βαθμός του stress που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο της δουλειάς, εξαρτάται από ένα σύνολο μεσολαβητικών παραγόντων οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν την ένταση του. Οι μεσολαβητικοί αυτοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

- **Ατομικά χαρακτηριστικά** (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση).

Ηλικία: φαίνεται ότι οι νεότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν και μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία, είναι πιο ώριμοι και σταθεροί, πιθανόν έχουν πιο ισορροπημένη άποψη για τη ζωή και επομένως είναι λιγότερο επιρρεπείς στην εξουθένωση (Maslach, 1982, Maslach et al., 2001).

Φύλο: Η Maslach (1982) υποστηρίζεται ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, οι οποίες είναι αποτέλεσμα κυρίως των επαγγελματίων που ακολουθούν και όχι των διαφορετικών χαρακτηριστικών του αρσενικού με το θηλυκό φύλο. Η Martin (2000) από την άλλη υποστηρίζει ότι πράγματι υπάρχει θέμα φύλου στην εξουθένωση λόγω όμως διαφορετικότητας των συναισθημάτων που διέπουν τα δύο φύλα. Το γυναικείο φύλο έχει μεγαλύτερη επιθυμία να καταθέσει και να εκφράσει συναισθήματα.

Οικογενειακή κατάσταση: Οι παντρεμένοι αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από ότι οι εργένηδες και οι εργαζόμενοι με μικρά παιδιά λιγότερα συμπτώματα εξουθένωσης από ότι οι εργαζόμενοι χωρίς παιδιά. Το οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται ότι συχνά στηρίζει συναισθηματικά τους εργαζόμενους, ενώ παράλληλα οι εργαζόμενοι που έχουν οικογένεια είναι συνήθως μεγαλύτεροι σε ηλικία, πιο ώριμοι και με πιο ρεαλιστικούς στόχους (Lemkau et al., 1994, Maslach, 1982).

• **Ενδοατομικούς παράγοντες** (προσωπικότητα, κίνητρα, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική σταδιοδρομία).

Προσωπικότητα: Ο τύπος της προσωπικότητας του εργαζόμενου και η ικανότητά του να προσαρμόζεται σε στρεσογόνες καταστάσεις έχει μεγάλη σημασία για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Συνήθως όσοι πλήττονται είναι άτομα ιδιαίτερα σχολαστικά, που έχουν ανάγκη να αποδεικνύουν στον εαυτό τους και στους άλλους ότι είναι ικανά, θέλουν να απολαμβάνουν την επιδοκιμασία, την εκτίμηση και την αγάπη των συνανθρώπων τους. Τα άτομα αυτά εμφανίζονται ως αγχώδη, εσωστρεφή, ψυχαναγκαστικά, σε υπερβολικό βαθμό ενθουσιώδη και με ταύτιση προς τον πάσχοντα συνάνθρώπό τους. Από την άλλη υπάρχουν άτομα που είναι ανθεκτικά στο άγχος, αφοσιώνονται στην εργασία τους, αυτοελέγχονται και αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες της εργασίας τους ως προκλήσεις (Gomez & Michaelis, 1995).

Κίνητρα: Τα κίνητρα που οδήγησαν τον εργαζόμενο στο επάγγελμα, οι προσδοκίες που έχει από αυτό και η ικανοποίηση από την εργασία μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Η εξουθένωση αρχίζει να εμφανίζεται όταν υπάρχει διάσταση μεταξύ αυτών που πίστευε ο εργαζόμενος ότι θα πετύχαινε και αυτών που έχει πετύχει (Cordes & Dougherty, 1993).

Μορφωτικό επίπεδο: Σύμφωνα με την Maslach οι πτυχιούχοι εργαζόμενοι σε τομείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε σύγκριση με εκείνους που έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και χαμηλότερα επίπεδα για τα προσωπικά επιτεύγματα.

Επαγγελματική σταδιοδρομία: Η πρόοδος της επαγγελματικής σταδιοδρομίας είναι σημαντικός παράγοντας στην εμφάνιση του συνδρόμου. Τα άτομα που προάγονται στην εργασία τους βιώνουν μικρότερα επίπεδα εξουθένωσης. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην μικρότερη σε συχνότητα και ένταση επαφή με τους πελάτες αλλά και στο υψηλότερο συναίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων, το οποίο αντισταθμίζει τα επίπεδα εξουθένωσης (Cordes & Dougherty, 1993).

• **Διαπροσωπικούς παράγοντες** (υποστηρικτικούς παράγοντες).

Η συνύπαρξη του ατόμου με άλλους ανθρώπους αποτελεί από μόνη της ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία είναι πολλές φορές πηγές κοινωνικής υποστήριξης για τα άτομα και βοηθούν στην αντιμετώπιση του αντιλαμβανόμενου εργασιακού στρες. Μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά όχι μόνο ενάντια στις υπερβολικές απαιτήσεις ενός εργασιακού ρόλου, αλλά και στις πιθανές επιπτώσεις τους στη σωματική και ψυχική υγεία (Chappell & Novak, 1992).

Αντίθετα, η ελλιπής, περιορισμένη ή κακή διαπροσωπική επικοινωνία συνιστά έναν ακόμα εργασιακό παράγοντα πίεσης αφού μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική δυσαρέσκεια και αισθήματα απειλής για τη σωματική και ψυχική ευεξία του εργαζόμενου. Συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι κακές διαπροσωπικές σχέσεις είναι υπεύθυνες σε σημαντικό βαθμό για γενικά σωματικά ενοχλήματα, έλκος στομάχου, καταθλιπτικές τάσεις και συχνές απουσίες από την εργασία (Fusilier et al., 1987, Unden, 1996).

Οι διαπροσωπικές σχέσεις διακρίνονται βάσει της ιεραρχικής κατανομής εντός ενός εργασιακού πλαισίου σε τρία επίπεδα: στις σχέσεις με τους συναδέλφους, τους υφιστάμενους και τους προϊστάμενους (Αντωνίου, 2006).

• **Κοινωνικό-πολιτιστικούς παράγοντες** (κοινωνικές προσδοκίες) για το ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την αρρώστια, τον άρρωστο, το θάνατο κ.λπ. (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995).

Όταν ο εργαζόμενος δέχεται κοινωνική υποστήριξη στο χώρο της εργασίας του μετριάζονται οι συνέπειες του εργασιακού άγχους. Η υποστήριξη αυτή μπορεί να προέλθει από τους προϊστάμενους με έναν επίσημο χαρακτήρα, όπως η ανατροφοδότηση πληροφόρησης, οι πιθανότητες προαγωγής και η επιβράβευση, αλλά και από τους συναδέλφους με ανεπίσημο τρόπο μέσω της φιλίας και της συναισθηματικής υποστήριξης γενικότερα (Leiter, 1991, Jenkins & Elliot, 2004).

Στη διεθνή βιβλιογραφία πολλοί ερευνητές προσπαθούν να προσδιορίσουν τους κυριότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Στις μελέτες αυτές οι παράγοντες που οδηγούν στην Επαγγελματική Εξουθένωση κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες:

- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Ατομικοί παράγοντες.

Στους **περιβαλλοντικούς παράγοντες** ανήκουν εκείνοι που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας και μπορεί να είναι:

- Οι πιεστικές και αντίξοες συνθήκες εργασίας.
- Η έλλειψη προσωπικού και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας.
- Η υψηλή συναισθηματική φόρτιση στο περιβάλλον εργασίας και η έκθεση του επαγγελματία στον πόνο και στο θάνατο.
- Το εξαντλητικό, απαιτητικό και συνεχές ωράριο.
- Η έλλειψη καθηκοντολογίου και η ασάφεια του ρόλου του εργαζόμενου.
- Η έλλειψη κινήτρων και δυνατότητας εργασιακής εξέλιξης.
- Η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση, η μη συμμετοχή στις αποφάσεις.
- Η ανισότητα στις ηθικές και οικονομικές απολαβές.
- Η έλλειψη επικοινωνίας, στήριξης από τη διεύθυνση ή τους συναδέλφους.
- Η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο εργασίας (Cherniss, 1980).

Στους **ατομικούς παράγοντες** ανήκουν εκείνοι που σχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα. Αυτό που διαφοροποιεί τους εργαζόμενους μεταξύ τους, είναι ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται μια κατάσταση πίεσης στον εργασιακό χώρο, πως την ερμηνεύουν και πως τελικά δρουν για να την αντιμετωπίσουν (Lazarus, 1984). Η ανθεκτικότητα στο άγχος, όπως εκφράζεται από τον τρόπο χειρισμού του, καθιστά ορισμένα άτομα περισσότερο ευάλωτα στην επαγγελματική εξουθένωση. Ο Kobasa (1982) υποστήριξε ότι τα άτομα που διακρίνονται από μια γενικότερη ανθεκτικότητα στο άγχος έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν προβλήματα λόγω συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα κυριότερα ατομικά προσωπικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται την εμφάνιση του burnout περιλαμβάνονται:

- Τα αρχικά κίνητρα του εργαζόμενου για την απασχόληση του στο επάγγελμα.

- Οι προσδοκίες του για τους άλλους και τον εαυτό του.
- Ο τρόπος αντίληψης και αντίδρασης στις πιεστικές καταστάσεις.
- Η αποτυχία στην πραγματοποίηση των ιδανικών και των στόχων του.

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

Κατά την Τσουβαλτζίδου (2011), το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να εμφανιστεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο και σε οποιοδήποτε κλάδο εργασίας. Ωστόσο η παρουσία του στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης είναι πιο εμφανής και πιο συχνή. Αυτό συμβαίνει καθώς η νοσηλευτική αποτελεί ένα δύσκολο επάγγελμα στο οποίο υπάρχει αρκετό στρες. Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Εργαστήριο Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής και του ΑΤΕΙ Πατρών, το στρες αυτό οφείλεται στην καθημερινή επαφή του νοσηλευτή με τον πόνο, το θρήνο και το θάνατο. Παράλληλα, υπάρχει πολλές φορές πίεση χρόνου, υπερβολικός θόρυβος στους διαδρόμους του νοσοκομείου, αλλά και στους θαλάμους των ασθενών, καθώς και πολλές δυσάρεστες οσμές. Ακόμη, μπορεί να υπάρξει θέαση δυσάρεστων θεαμάτων, πολύωρη ορθοστασία, ειδικά στους χώρους των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και των Χειρουργείων, γεγονότα που μετατρέπουν το νοσοκομείο σε ένα ιδανικό περιβάλλον για την εμφάνιση του συνδρόμου burnout. (Τσουβαλτζίδου, 2011).

Επίσης η ελληνική οικονομία βιώνει τις συνέπειες της διεθνούς οικονομικής κρίσης και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό. Οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν αλλαγές στο εργασιακό, ασφαλιστικό και στο συνταξιοδοτικό καθεστώς. Ειδικότερα, γίνονται περικοπές μισθών κι απολύσεις, με αποτέλεσμα οι εναπομείναντες εργαζόμενοι να είναι επιφορτισμένοι με πολύ περισσότερα καθήκοντα. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι αυτή η οικονομική κρίση οδηγεί σε μεγαλύτερα ποσοστά νοσηρότητας. Επιπλέον, μέσα από σχετικές έρευνες, έχει φανεί η επίπτωση αυτής της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία. Εκφάνσεις αυτής της επίδρασης αποτελούν η αύξηση των αυτοκτονιών, των καταχρήσεων και των ψυχικών διαταραχών. Έχει παρατηρηθεί σημαντικό βαθμό θετική συσχέτιση μεταξύ οικονομικής ανέχειας και καταθλιπτικής διαταραχής. Φαίνεται ότι η εργασιακή και οικονομική επιφάνεια του ατόμου, αποτελούν θεμελιώδες προσδιοριστικό στοιχείο της ταυτότητάς του. Επομένως, όταν σε περιόδους οικονομικής κρίσεως αυτά τα στοιχεία συνιστούν μια αρνητική ταυτότητα για το άτομο, δημιουργείται ένα πρόσφορο έδαφος, για την εμφάνιση ή την επιδείνωση ήδη ψυχικών διαταραχών (Καλογεροπούλου & Παπαθανασοπούλου, 2013).

1.6 Συνέπειες της επαγγελματικής Εξουθένωσης

Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να ομαδοποιηθούν στις εξής κατηγορίες:

• Σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες.

Η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέεται με ποικίλα προβλήματα τα οποία αφορούν τη σωματική και πνευματική υγεία των επαγγελματιών υγείας (Maslach & Pines, 1977). Η επιδείνωση της πνευματικής υγείας του ατόμου χαρακτηρίζεται από μείωση των αισθημάτων αυτοεκτίμησης, ανασφάλεια, συναισθηματικά ξεσπάσματα, εκνευρισμό, αισθήματα ανικανότητας και προσωπικής αποτυχίας στην εργασία. Ο επαγγελματίας υγείας θεωρεί πως η αμοιβή του είναι πολύ

μικρότερη από την εργασία που προσφέρει. Έχει την αίσθηση ότι είναι αβοήθητος και ανίκανος να αντιληφθεί εναλλακτικούς τρόπους λειτουργίας (Foxal et al,1990, Lindsey et al 1989).

Σε σωματικό επίπεδο, ο εργαζόμενος παρουσιάζει κόπωση, πονοκεφάλους, πόνους στη μέση, αϋπνία και γαστρεντερικές διαταραχές (Freudenberger 1974, Pines and Kanner,1982).

• Διαπροσωπικές συνέπειες

Η επιδείνωση των κοινωνικών και οικογενειακών σχέσεων αλλά και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, τόσο στο χώρο της εργασίας, όσο και εκτός αυτού των ατόμων που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση έχουν τύχει ερευνητικού ενδιαφέροντος σε πολλούς επαγγελματικούς χώρους. Σε μελέτες που έγιναν σε κέντρα ημερήσια φροντίδας, οι εργαζόμενοι στη φροντίδα παιδιών, οι οποίοι βίωναν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ήταν λιγότερο υπομονετικοί και ανεκτικοί και περισσότερο κακόκεφοι. Επίσης, ανέφεραν μεγαλύτερη απομάκρυνση από τα παιδιά, είτε συζητώντας με συναδέλφους περισσότερο απ' ότι έπρεπε, είτε καθυστερώντας στα διαλείματα για φαγητό (Maslach & Pines,1976).

Οι Maslach & Jackson βρήκαν επίσης ότι οι διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται με την επιθυμία του εργαζόμενου να δαπανά λιγότερο χρόνο για τα κοινά, όπως επίσης και να συνάπτει επιφανειακές σχέσεις με τους συνεργάτες του (Maslach & Jackson,1986).

•Συνέπειες που αφορούν τις στάσεις και συμπεριφορές

Η ανάπτυξη αρνητικής στάσης του εργαζόμενου απέναντι στους χρήστες της φροντίδας υγείας, την εργασία και τον ίδιο τον οργανισμό, αναφέρεται συχνά από τους ερευνητές (Freudenberger 1974, Pines & Kanner 1982). Παράλληλα αυξημένα φαίνονται να είναι και τα επίπεδα μη ικανοποίησης από την εργασία, ενώ αντίθετα διαπιστώνονται μειωμένα επίπεδα συμμετοχής των εργαζομένων στις δραστηριότητες της υπηρεσίας. Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να είναι παράγοντας που ευνοεί τις παραιτήσεις του προσωπικού (Maslach & Jackson,1996), τις συχνές απουσίες από την εργασία και τη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Maslach & Jackson,1981,1997). Ειδικά για τους επαγγελματίες υγείας, η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη και οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίζονται αυξημένες. Ιδιαίτερα όσοι απασχολούνται σε νοσοκομεία και κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων εργάζονται πέρα από το κανονικό ωράριο. Τα όρια μεταξύ προσωπικού και εργασιακού χώρου είναι αρκετές φορές συγκεχυμένα καθώς στην περίπτωση ενός έκτακτου περιστατικού καλούνται να παρουσιαστούν στην εργασία τους. Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι επαγγελματίες δεν επιτυγχάνουν το στόχο τους, η κρίση δεν επιλύεται, ο ασθενής καταλήγει κ.ά.. και τότε καλούνται να δεχτούν την κριτική από τους συναδέλφους (Διομήδους κ.α., 2009). Ο Figley (1995) κατέγραψε λεπτομερώς τους τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου που επηρεάζονται από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Τομείς λειτουργικότητας του ατόμου που επηρεάζονται από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Figley, 1995)

Γνωσιακός τομέας	Μείωση συγκέντρωσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απάθεια, έλλειψη ευελιξίας, αποπροσανατολισμός, τελειομανία, ενασχόληση με τραυματικές εμπειρίες και τάσεις αυτοκαταστροφής.
Συναισθηματικό επίπεδο	Αίσθημα αδυναμίας, ενοχής, θυμού, φόβου, θλίψης, κατάθλιψη.
Συμπεριφορικό επίπεδο	Ανυπομονησία, κοινωνική απόσυρση, παλινδρομήσεις σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, διατροφικές διαταραχές, εγρήγορση, επιρρέπεια στα ατυχήματα.
Πνευματικό επίπεδο	Υπαρξιακοί προβληματισμοί
Διαπροσωπικές σχέσεις	Απομόνωση, θυμός & ενοχές, διαπροσωπικές συγκρούσεις.
Ψυχοσωματικό επίπεδο	Έντονη εφίδρωση, ταχύπνοια, αύξηση σφυγμών, δύσπνοια, μυϊκοί πόνοι, ίλιγγος, αποπροσανατολισμός.
Εργασιακό επίπεδο	Χαμηλό ηθικό, χαμηλή αποδοτικότητα, ευερεθιστότητα, διαπληκτισμοί.

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

Όσοι πάσχουν από το σύνδρομο "burnout", το οποίο είναι ένας τοξικός συνδυασμός κόπωσης, ευερεθιστότητας και απογοήτευσης / κατάθλιψης, έχουν 36% αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής νόσου. Η κούραση στο χώρο εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε τραγικές καταστάσεις λόγω του αυξημένου κινδύνου για ατυχήματα, τραυματισμούς και προβλήματα υγείας. Παράγοντες όπως το στρες και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αυξάνουν την κούραση και δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που μειώνει την αποδοτικότητα του εργαζομένου και δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ατυχήματα και τραγικά λάθη. Η κούραση των εργαζομένων αποτελεί την κύρια και άμεση αιτία για το 18% όλων των ατυχημάτων και τραυματισμών στους χώρους εργασίας. Υπολογίζεται επίσης ότι 25% όλων των δυστυχημάτων στους αυτοκινητόδρομους οφείλονται στην κούραση. Εργαζόμενοι που αφοσιώνονται πλήρως στη δουλειά τους, που είναι ευσυνείδητοι και δυσκολεύονται να διαχωρίζουν την επαγγελματική τους ενασχόληση από την προσωπική τους ζωή, είναι πιο εύκολο να προσβληθούν από το εν λόγω σύνδρομο (Πολύζου, 2017).

- **Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για την επιχείρηση**

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει κόστος, άμεσο και έμμεσο και για την ίδια την επιχείρηση (Sutherland & Cooper, 1990). Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Εργασίας (ILO-2001) η εργασιακή εξουθένωση στοιχίζει στην αμερικανική βιομηχανία 200 δις \$ το χρόνο σε απουσίες από την εργασία, απώλεια παραγωγικότητας, ιατρικές ασφάλειες, ατυχήματα, ασθένειες και πρόωρους θανάτους (Kulkarni, 2006), ενώ στην ευρωπαϊκή οικονομία στοιχίζει πάνω από 20 δις € το χρόνο. Περίπου οι μισές εργάσιμες ημέρες χάνονται στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο εξαιτίας απουσιών των εργαζομένων για λόγους που σχετίζονται με το άγχος και την εξουθένωση (έρευνα της European Agency for Safety and Health at Work, 2000). Η ίδια πηγή αναφέρει σε έρευνα του 2000 από τον Διεθνή Οργανισμό Εργασίας ότι ένα στα δέκα ανώτερα στελέχη υποφέρει από εξουθένωση. Επίσης, ένα ποσοστό 30-50% των εργαζομένων αναφέρουν διαταραχές και νοσήματα που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση.

Στην Ιαπωνία οι θάνατοι από υπερβολικό φόρτο εργασίας και εντατικοποίηση της εργασίας ανήλθαν το 2005-2006 σε 20.000 (Nishiyama & Johnson, 2010). Το 2009 στην Γαλλία, 24 υπάλληλοι του γνωστού γαλλικού τηλεπικοινωνιακού κολοσσού France Telecom αυτοκτόνησαν και 13 άλλοι έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας μέσα σε διάστημα 18 μηνών, εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης που ήταν αποτέλεσμα της διαρκούς αναδιάρθρωσης που γινόταν στην εταιρία (Chrisafis, A.-The Guardian, 2009).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας (2014), οι εργαζόμενοι απασχολούνται περισσότερες ώρες από ότι στην υπόλοιπη Ευρώπη (45,4 ώρες την εβδομάδα σε σύγκριση με 38,4 ώρες κατά μέσο όρο στα κράτη-μέλη της ΕΕ). Σχεδόν ένας στους δύο Έλληνες εργαζόμενους αναφέρει προβλήματα στη πλάτη και άγχος εξαιτίας της εργασίας. Το ποσοστό αυτό είναι διπλάσιο από το αντίστοιχο ευρωπαϊκό. Επίσης οι υπόλοιποι ευρωπαίοι εργαζόμενοι έχουν τις μισές ημέρες απουσίας λόγω ασθένειας και προβλημάτων υγείας.

Γενικά, υποστηρίζεται ότι αν σε μια επιχείρηση το 40% των εργαζομένων εμφανίζει συμπτώματα άγχους, τότε αυτός ο οργανισμός χαρακτηρίζεται ως <<ανθυγιεινός>> (EUOSHA,2000). Πιο συχνά εμφανίζεται μειωμένο ενδιαφέρον για εργασία, συχνές αποχωρήσεις, απουσίες, μη τήρηση των ωραρίων, χαμηλή αποδοτικότητα-παραγωγικότητα, αύξηση παραπόνων πελατών (Jones et al., 1998). Οι Cooper et al (1996) χρησιμοποίησαν τον όρο Presenteeism σε αντίθεση με τον όρο Absenteeism για να περιγράψουν το φαινόμενο του εργαζόμενου ο οποίος έχει φυσική παρουσία στην εργασία ενώ νοητικά απουσιάζει, εμφανίζοντας κατά συνέπεια χαμηλή αποδοτικότητα. Είναι κάτι αντίστοιχο του όρου bore out ως αντίθεση του burnout και περιγράφει την ανία και την έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία.

Συνοπτικά αναφέρονται οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για την επιχείρηση:

Πίνακας 2: Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για την επιχείρηση

Αλλαγή εργασιακής απόδοσης σε ποιότητα και ποσότητα
Αύξηση σε απουσίες, αποχωρήσεις και συνταξιοδοτήσεις
Μείωση στα κέρδη
Δυσκολία στην πρόσληψη και διατήρηση κατάλληλων εργαζομένων
Δυσκολία στην εφαρμογή καινοτομιών
Αύξηση των απεργιών
Αλλαγή στην ποιότητα της εργασιακής ζωής

Πηγή: Sutherland & Cooper (1986).

1.7 Συμπτώματα συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης

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

Τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, σε αρκετά σημεία, μοιάζουν με αυτά της κατάθλιψης, του συνδρόμου μετατραυματικού στρες και με τις αγχώδεις διαταραχές. Το άτομο που αισθάνεται κόπωση, εκτός από το στρες που βιώνει στην εργασία και το εντοπίζει στην καθημερινότητα του, εμφανίζει συμπτώματα οργανικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά που ενδέχεται να μην είναι σε θέση να τα αποδώσει σε κάποια αιτία. Στα οργανικά συμπτώματα περιλαμβάνονται όλα τα χαρακτηριστικά που αφορούν στις τυπικές εκδηλώσεις στρες και άγχους όπως πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, δυσκολίες ύπνου, υπερένταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής και μυοσκελετικοί πόνοι. Η ευάλωτη αυτή σωματική υγεία του εργαζόμενου είναι δυνατόν να επηρεάσει επίσης και την ψυχολογική του υγεία και συμπεριφορά με κυρίαρχα συμπτώματα το έντονο στρες, την ανία και το χαμηλό «ηθικό» αφενός και την χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, την παραίτηση και τις συγκρούσεις αφετέρου. Επιπλέον πλήττεται η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου ο οποίος μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού του περιβάλλοντος στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και να μειώνεται το ενδιαφέρον για τις κοινωνικές συναναστροφές (Griffithetal.,1999).

Στον πίνακα 3 που ακολουθεί παρατίθενται τα σημαντικότερα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης που αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία, ενώ θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας δεν εκδηλώνουν τα ίδια συμπτώματα.

Πίνακας 3: Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωση

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση/κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος & συναισθημάτων/απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσίας
Γαστρεντερικά προβλήματα/έλκος	Χαμηλό ηθικό/αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ευερεθιστότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρές	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων & προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	
	Αίσθημα αδυναμίας	

	Καχυποψία	
	Αίσθημα ενοχής/αποτυχίας	
	Κατάθλιψη	
	Αποξένωση	
	Αυξημένη ανησυχία	
	Υπερβολική αυτοπεποίθηση/λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων	
	Αποτελμάτωση	

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

Αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης, δεν υπάρχει έως τώρα πλήρης κατανόηση κι έχουν υποστηριχτεί διάφορες θεωρίες. Σε αρχική φάση, η κατάθλιψη θεωρήθηκε αντίδραση σε δυσάρεστα γεγονότα της ζωής. Τις τελευταίες δεκαετίες, ωστόσο, λόγω της ανάπτυξης διαφόρων επιστημονικών κλάδων (νευροεπιστήμες, ψυχοφαρμακολογία κ.α.), υποστηρίζεται ότι η κατάθλιψη έχει βιολογική βάση. Σήμερα τείνει να επικρατήσει η άποψη περί πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Σύμφωνα με μία τέτοια θεώρηση, η κατάθλιψη οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Έχει αποδειχτεί επιστημονικά ότι είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της νόσου. Αυτό έχει φανεί από έρευνες σε οικογένειες, όπου ο μεγαλύτερος βαθμός συγγένειας συνεπάγεται μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου. Ψυχοκοινωνικές θεωρίες έχουν ενοχοποιήσει ψυχοκοινωνικούς παράγοντες για την εκδήλωση της διαταραχής, όπως ανεργία, επαγγελματική εξουθένωση κ.α. Στη συνέχεια φαίνεται ότι η κατάθλιψη αυτονομείται ως νοσηρή οντότητα και δεν χρειάζεται η συντήρηση αυτών των ψυχοπαιστικών γεγονότων ζωής για τη διατήρησή της (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Αναφορικά με τα προβλήματα υγείας, αναφέρονται κρυολογήματα, πονοκέφαλοι, αϋπνίες, πόνοι στη μέση και κόπωση. Επιπλέον κατά τον Potter παρουσιάζεται μειωμένη αποδοτικότητα η οποία εκφράζεται με δυσκολία συγκέντρωσης και ολοκλήρωσης μιας εργασίας. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί κατάχρηση ουσιών (κάπνισμα, οινόπνευμα, φάρμακα, ναρκωτικά). Επιπλέον, οι διατροφικές συνήθειες του ατόμου μπορεί να αλλάζουν (μεγαλύτερες ή μικρότερες ποσότητες φαγητού). Το άτομο μπορεί να παρουσιάζει αισθήματα κατωτερότητας, να εσωτερικεύει την αποτυχία στην εργασία, να μετατρέπει τον ενθουσιασμό σε κυνισμό και να νιώθει ανίκανο να αντλήσει ικανοποίηση από την εργασία. Αναφορικά με το οικογενειακό στρες, το άτομο δε βοηθά στο σπίτι ή την οργάνωση του οικογενειακού προγραμματισμού. Παρατηρείται άρνηση δημιουργίας ανθρωπίνων σχέσεων,

απώλεια ενδιαφέροντος για κοινωνικές σχέσεις καθώς και ο εκφυλισμός των σχέσεων στο εργασιακό περιβάλλον. Όταν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, ο εργαζόμενος βλέπει τους συναδέλφους του εχθρούς, άτομα που τον επιβουλεύονται και τον υποσκάπτουν.

Τέλος, καλύπτει την αδυναμία του αποδίδοντας ευθύνες στο πλαίσιο της εργασίας. Όταν τα συμπτώματα προχωρήσουν πολύ, το άτομο οδηγείται σε μια καταθλιπτική κατάσταση και τότε είναι αναγκαία η λήψη ψυχοθεραπευτικής, ακόμη και φαρμακευτικής βοήθειας.

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται σε τρία στάδια, και δεν εμφανίζεται αιφνίδια ως οξύ επεισόδιο. Το πρώτο στάδιο είναι η ανησυχία. Το άτομο βιώνει έντονη ανησυχία σε βαθμό που αυτή εμποδίζει τη λειτουργικότητα του. Το δεύτερο είναι το στάδιο της απομάκρυνσης. Χαρακτηρίζεται από απομόνωση. Το άτομο προσπαθεί να διατηρήσει την εσωτερική του ηρεμία, απομακρύνοντας τον εαυτό του από τους συναδέλφους και από οτιδήποτε θυμίζει την εργασία του. Ακριβώς επειδή αυτή η συμπεριφορά είναι δυσάρεστη για τους γύρω, οι συνάδελφοι τείνουν να απομονώνουν το άτομο. Ως αποτέλεσμα, το περιβάλλον του ατόμου δεν αναγνωρίζει την ύπαρξη του συνδρόμου και δεν λειτουργεί υποστηρικτικά. Τέλος, το τρίτο στάδιο είναι αυτό της εξουθένωσης. Το άτομο βιώνει πολύ έντονα την κόπωση. Η κόπωση οδηγεί σε συμπεριφορές οργής και βαναυσότητας ή σε πλήρη απάθεια και ο εργαζόμενος κινδυνεύει να τιμωρηθεί πειθαρχικά (Διομήδους κ.α., 2009).

1.8 Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό στρες

Παρατηρείται συχνά μια ταύτιση του εργασιακού στρες με την επαγγελματική εξουθένωση. Όπως έχουν αναφέρει οι Pines & Aronson (1988) η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια από τις σημαντικότερες συνέπειες του εργασιακού στρες χωρίς όμως οι δύο αυτοί όροι να είναι ταυτόσημοι.

Το εργασιακό στρες είναι αποτέλεσμα της αντίληψης του εργαζόμενου ότι υπάρχει ανισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας του και την ικανότητα του να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Οφείλεται κυρίως σε συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως ωράριο, φόρτος εργασίας, εργασιακές σχέσεις, σταδιοδρομία, οργανωτική δομή, εργασιακό κλίμα, αλληλεπίδραση οικογενειακού και εργασιακού περιβάλλοντος (Cooper, 1983 & 1985). Το πρόβλημα του στρες είναι πολύ συχνό, επηρεάζει όλους τους ανθρώπους και μπορεί να προκαλείται από μεγάλο αριθμό καταστάσεων. Τα σημεία και συμπτώματα του εργασιακού στρες είναι ποικίλα και μιμούνται πολλές ασθένειες. Οι επιδράσεις του στρες στην υγεία εξαρτώνται από τον τρόπο με τον οποίο το βιώνει και το αντιμετωπίζει ο κάθε άνθρωπος. Η προσωπικότητα, δηλαδή, του εργαζόμενου είναι ο καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τον τρόπο αντίληψης και διαχείρισης μιας κατάστασης στρες.

Η επαγγελματική εξουθένωση, σύμφωνα με το μοντέλο της Pines (2005), οφείλεται στις αρνητικές συνέπειες του χρόνιου εργασιακού στρες στην υγεία, αλλά και σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα με τους ειδικούς, αποτελεί μια από τις συνέπειες του εργασιακού στρες. Θεωρείται όμως μια κατάσταση πολύ πιο σύνθετη, γιατί δεν χαρακτηρίζεται μόνο από τους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες που συνθέτουν το στρες, αλλά εξαρτάται και από ποικίλες κοινωνικές και μορφωτικές μεταβλητές, οι οποίες δρουν ως καταλύτες για το πέρασμα από το στρες στην επαγγελματική εξουθένωση. Χαρακτηρίζεται από ταχεία κατανάλωση των ενεργειακών ψυχοσωματικών αποθεμάτων και μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων.

Στο εργασιακό στρες η συναισθηματική εξάντληση, το μειωμένο αίσθημα επίτευξης ή οι αρνητικές αυτό-αξιολογήσεις αποτελούν βασικά στοιχεία, δεν ισχύει όμως το ίδιο και για την αποπροσωποποίηση, η οποία αποτελεί κύριο στοιχείο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Καντάς, 1998). Στον Πίνακα 4 που ακολουθεί φαίνονται επιγραμματικά οι διαφορές ανάμεσα στο επαγγελματικό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Pines & Keinan).

Πίνακας 4: Διαφορές ανάμεσα σε επαγγελματικό στρες και επαγγελματική εξουθένωση

Επαγγελματικό στρες	Επαγγελματική εξουθένωση
Χαρακτηρίζεται από την υπέρ-εμπλοκή	Προκύπτει από την αποστασιοποίηση
Τα συναισθήματα υπέρ-δραστηριοποιούνται	Τα συναισθήματα αμβλύνονται
Η σωματική φθορά είναι πρωταρχική	Η συναισθηματική φθορά είναι πρωταρχική
Η εξουθένωση επηρεάζει τη σωματική ενεργητικότητα	Η εξουθένωση επηρεάζει τα κίνητρα και την ορμή
Παράγει αποσυντονισμό	Παράγει αποθάρρυνση
Γίνεται κατανοητό ως απώλεια ενέργειας και <<καυσίμων>>	Γίνεται κατανοητή ως η απώλεια ιδανικών και ελπίδας
Η κατάθλιψη προκαλείται από την ανάγκη του οργανισμού να προστατευθεί και να κρατήσει αποθέματα ενέργειας	Η κατάθλιψη προκαλείται από τον θρήνο για την απώλεια ιδανικών και ελπίδας
Παράγει μια αίσθηση επείγοντος και υπερδραστηριότητα	Παράγει μια αίσθηση ότι είσαι αβοήθητος και δεν υπάρχουν ελπίδες
Παράγει πανικό και αγχώδεις διαταραχές	Παράγει παράνοια, αποπροσωποποίηση και αποστασιοποίηση
Μπορεί να σε σκοτώσει πρόωρα και να μην προλάβεις να τελειώσεις αυτό που άρχισες	Δεν θα σε σκοτώσει αλλά θα σου φανεί πως δεν βρίσκεις νόημα στη ζωή σου

Πηγή: Pines & Keinan (2005), Stress and Burnout: The significant difference.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης - Τρόποι αντιμετώπισης

2.1 Εισαγωγή

Συχνά επικρατεί η πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας της υγείας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο των αρρώστων που φροντίζει, αλλά να ασκεί με αυτοθυσία ένα «λειτουργήμα». Η πεποίθηση αυτή ενισχύει τον μύθο της παντοδυναμίας του και παραδόξως τον καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της εξουθένωσης προϋποθέτουν την αμφισβήτηση αυτής της πεποίθησης και την αναγνώριση ότι, για να μπορέσει να φροντίσει και να συνοδεύσει τον άρρωστο στην πορεία του, ο επαγγελματίας της υγείας πρέπει να φροντίσει παράλληλα τον εαυτό του. Η καθημερινή αντιμετώπιση της αρρώστιας, της αναπηρίας, του πόνου και του θανάτου των αρρώστων τον καθιστούν ευάλωτο. Ίσως, επομένως, η επαγγελματική εξουθένωση να μην μπορεί αποφευχθεί πλήρως, αλλά τουλάχιστον τα αυξημένα επίπεδά της, να μπορούν να προληφθούν με την κατάλληλη παρέμβαση.

Αρχικά περιγράφεται η πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης με ατομικά, κοινωνικά και διοικητικά μέτρα. Τα μέτρα που περιγράφονται παρακάτω αποτελούν εναλλακτικές προτάσεις που χρησιμεύουν ως κατευθυντήριες γραμμές στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Στην αρχή αναφέρονται ορισμένες ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας, την ευθύνη των οποίων φέρει ο ίδιος ο εργαζόμενος. Στην συνέχεια, περιγράφονται μερικές οργανωτικές παρεμβάσεις, την ευθύνη των οποίων φέρει η Διοίκηση ενός Νοσοκομείου ή μιας Μονάδας/Τμήματος. Όταν η Διοίκηση ενδιαφέρεται πραγματικά γι' αυτούς που την υπηρετούν και όταν επιδιώκει την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, τότε εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών που διακρίνονται για την ποιότητα τους από επαγγελματίες οι οποίοι αντλούν ικανοποίηση από τη δουλειά τους, όσο απαιτητική και δύσκολη κι αν είναι. Τέλος περιγράφεται η πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης με ατομικά, κοινωνικά και διοικητικά μέτρα. Εφαρμόζοντας λοιπόν αλλαγές όπως οι παραπάνω, μπορεί να οδηγηθούμε σε ένα πιο θετικό εργασιακό περιβάλλον, το οποίο με τη σειρά του να συμβάλλει ώστε να υπάρξουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Σ' αυτό το σημείο οφείλουμε επίσης να σημειώσουμε και την σημασία που έχει, τόσο ο βαθμός αλληλεγγύης όσο και η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας της κάθε υπηρεσίας, όχι μόνο για την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση του φαινομένου.

2.2 Διαχείριση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει σοβαρό κοινωνικοοικονομικό αντίκτυπο. Αναφέρεται ότι σημαντικός αριθμός εργαζομένων παραιτούνται πρόωρα λόγω εξουθένωσης (Claxton et al., 1998, Molassiotis et al., 1996). Ακόμη περισσότεροι χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας. Οι ημέρες εργασίας που χάνονται και η απώλεια παραγωγικότητας είναι σημαντικές. Μελέτες του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2000) δείχνουν ότι το 50-60% του συνόλου των χαμένων ημερών εργασίας μπορεί να αποδοθεί στο εργασιακό άγχος και στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους που σχετίζονται με την εργασία. Πρόκειται για το δεύτερο συχνότερο πρόβλημα υγείας που συνδέεται με την εργασία στην Ευρώπη μετά τις μυοσκελετικές διαταραχές.

Το εθνικό κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης στη Γαλλία υπολογίστηκε 2 και 3 δισεκατομμυρίων ευρώ για το 2007. Στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά την περίοδο

2009-2010 χάθηκαν περίπου 9,8 εκατομμύρια ημέρες εργασίας λόγω του εργασιακού άγχους και οι εργαζόμενοι απουσίασαν κατά μέσο όρο 22,6 ημέρες από την εργασία τους. Στην Αυστρία το 42% των περιπτώσεων πρόωρης συνταξιοδότησης εργαζομένων σε θέσεις στελεχών αναφέρουν ως κύριο λόγο τις ψυχολογικές διαταραχές.

Στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών από το εξουθενωμένο προσωπικό επιδεινώνεται. Το προσωπικό αναπτύσσει κυνική διάθεση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση προβληματικών και επικίνδυνων συμπεριφορών στο χώρο της υγείας.

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να βλάψει τις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις του εργαζόμενου και να τον οδηγήσει σε μία αρνητική διάθεση απέναντι στη ζωή. Υπό αυτή την έννοια μπορεί να έχει κάποια κοινά στοιχεία με την κλινική κατάθλιψη (Iacovides et al., 1999).

Για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του συνδρόμου, ο επαγγελματίας υγείας καλείται να αναγνωρίσει αρχικά μόνος του τις αδυναμίες και τα όριά του, έτσι ώστε να προλάβει ή να αντιμετωπίσει έγκαιρα τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οφείλει όμως και η διοίκηση των νοσοκομείων να ενδιαφερθεί με την εξεύρεση αποτελεσματικών τρόπων χειρισμού των προβλημάτων και την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους χρήστες.

2.3 Πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης

Το κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υψηλό. Τόσο οι επαγγελματίες υγείας, όσο και οι ασθενείς επηρεάζονται αρνητικά από αυτή. Οι λύσεις στο πρόβλημα δεν θα πρέπει να είναι ούτε εύκολες ούτε γρήγορες. Κάθε μια από αυτές είναι απαραίτητο να προσαρμόζεται στις εργασιακές και οικογενειακές συνθήκες του εργαζόμενου. Κατά την Maslach (1981), οι τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να εφαρμοστούν σε διάφορα επίπεδα (ατομικό, κοινωνικό, διοικητικό). Στο ατομικό επίπεδο ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να εφαρμόσει τα μέτρα ο ίδιος. Σε κοινωνικό επίπεδο, απαιτείται η συνεργασία και οι προσπάθειες αρκετών ατόμων, όπως π.χ. των συνεργατών. Στον τομέα του οργανισμού, τα μέτρα αναφέρονται σε πολιτικές και διοικητικές λειτουργίες, οι οποίες θα πρέπει να εφαρμόζονται για να βοηθήσουν τον εργαζόμενο να αντιμετωπίσει το εργασιακό στρες.

Η μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης επιτυγχάνεται με:

- Την πρόληψη και την άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων, πριν εμφανιστούν η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων.
- Στη σωστή και έγκαιρη αντίδραση σε συνδυασμό με μια σειρά ενεργειών, που βασίζεται στην επίλυση προβλημάτων από την ηγεσία ή την ομάδα. Ο στόχος είναι να βελτιωθεί η οργανωτική και διοικητική ικανότητα εντοπισμού και αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν.
- Την αποκατάσταση, η οποία περιλαμβάνει ευρέως γνωστές διαδικασίες στήριξης, συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβούλων και θεραπείας, ώστε οι εργαζόμενοι να μπορέσουν να ξεπεράσουν τα προβλήματά τους.

Στο παρελθόν, η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης βασιζόταν σε παρεμβάσεις οι οποίες αφορούσαν μεμονωμένες προβληματικές καταστάσεις (π.χ. οργανωτικό κλίμα). Σήμερα η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης βασίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση των συνθηκών εργασίας. Υιοθετούνται στρατηγικές περισσότερο ευρείες που μπορούν να αξιολογούν προβλήματα, που αφορούν τόσο σε ατομικό όσο και σε διαπροσωπικό και οργανωτικό επίπεδο. Οι παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι σύνθετοι και διαφορετικοί μεταξύ τους με αποτέλεσμα, τις περισσότερες φορές, αν αντιμετωπιστούν αποσπασματικά ή όλοι μαζί στο σύνολό τους, η αντιμετώπιση του προβλήματος να είναι επιφανειακή. Είναι αναγκαίο η εφαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης να υλοποιείται σε φάσεις αναδεικνύοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες, οι οποίοι με την σειρά τους θα οδηγήσουν στη λήψη των κατάλληλων παρεμβατικών μέτρων (Cox et al., 2000). Πρέπει να αναπτυχθούν διαφοροποιημένες στρατηγικές παρέμβασης σε οργανωτικό, συλλογικό και ατομικό επίπεδο (Leka et al., 2008).

Ατομικά μέτρα

- Αποφυγή ανάληψης περισσότερων ευθυνών και αύξησης των ρυθμών εργασίας.
- Επαναπροσδιορισμός των προσδοκιών και των στόχων του επαγγελματία. Οι στόχοι του θα πρέπει να είναι εξειδικευμένοι, βραχυπρόθεσμοι και ρεαλιστικοί.
- Χρήση μικρών διαλειμμάτων και αδειών από την εργασία.
- Αποφυγή συναισθηματικής εξάρτησης από τους ασθενείς.
- Εντόπιση των θετικών πλευρών της εργασίας.
- Αναγνώριση και ανάλυση των προβλημάτων και των αρνητικών συναισθημάτων για την εργασία (Αδαλή,1999).

Κοινωνική Υποστήριξη

- Συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια από τους συναδέλφους.
- Η εκτίμηση των ικανοτήτων και των καλών υπηρεσιών του επαγγελματία υγείας από τους συναδέλφους του.
- Οι ομάδες υποστήριξης-αυτοβοήθειας (Αδαλή,1999).

Διοικητικά μέτρα

Οι διοικήσεις είναι αναγκαίο να προσδιορίσουν την πηγή του εργασιακού stress, και να προβούν σε οργανωτικές στρατηγικές για τον έλεγχο του.

- Τα νοσοκομεία, θα μπορούσαν να θεσπίσουν διαδικασίες για να αυξηθεί η αίσθηση συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και της αυτονομίας των επαγγελματιών υγείας.
- Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να βελτιωθεί, για να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να μειωθεί ο φόρτος εργασίας.
- Οι προϊστάμενοι κάθε υπηρεσίας, είναι απαραίτητο να παρέχουν περισσότερη υποστήριξη και ενθάρρυνση στο προσωπικό, αφού εκπαιδευτούν στην καθοδήγηση και στην επικοινωνία (Αδαλή,1999).

2.4 Τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει στρες, επιτρέπει την ενασχόληση με τον εαυτό του πριν οδηγηθεί προοδευτικά στην επαγγελματική εξουθένωση.

Αξιόλογο ήταν το εύρημα της έρευνας μας σύμφωνα με το οποίο προκειμένου να ανταπεξέλθουν στα συμπτώματα που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας πρότειναν να δημιουργούνται ομάδες προκειμένου να παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη στους επαγγελματίες υγείας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε από την έρευνα του Διομήδους και συν. (2009). Ακόμα ανέφεραν ότι θα πρέπει να παρακολουθούν συχνά εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με το επάγγελμα για καλύτερη κατάρτιση και απόδοση του υπαλλήλου.

Επίσης πρότειναν να υπάρχει ρεπό μετά από βάρδιες, να αυξηθεί ο μισθός και το προσωπικό στα τμήματα στα οποία εργάζονται, να υπάρχουν λιγότερες εφημερίες και περισσότερες μέρες άδειας και ιδιαίτερα μετά από εφημερία να υπάρχει ρεπό. Θα πρέπει να υπάρχει καταμερισμός των αρμοδιοτήτων και αντικειμενική αξιολόγηση από τους προϊσταμένους. Θα πρέπει να σημειωθεί τέλος ότι ο χαμηλός μισθός των συμμετεχόντων στη μελέτη μας αποτελεί και αυτός έναν παράγοντα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Για να έχει τη δυνατότητα ο επαγγελματίας υγείας, να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του απέναντι στον ασθενή, θα πρέπει πρωτίστως να φροντίζει τον εαυτό του. Η επαγγελματική εξουθένωση ίσως να μην μπορεί να αποφευχθεί πλήρως, στους εργαζόμενους των νοσοκομείων αλλά κάποιοι παράμετροι του συνδρόμου μπορεί να προληφθούν με την κατάλληλη παρέμβαση η οποία προσανατολίζεται είτε σε ατομικό, είτε σε οργανωτικό επίπεδο.

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο θεωρούνται οι ενέργειες εκείνες, που κάνει το ίδιο το άτομο. Στις ατομικές παρεμβάσεις περιλαμβάνονται:

1. Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και καταπολέμηση τους: Συνήθως οι πρώιμες ενδείξεις αγνοούνται, είτε γιατί ο εργαζόμενος πιστεύει ότι «αντέχει», είτε γιατί θέλει να αποδείξει στον εαυτό του και στους συναδέλφους ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας. Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου.
2. Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών: Μη ρεαλιστικοί στόχοι και προσμονές ενδέχεται να οδηγήσουν σε σύγχυση, απογοήτευση και αίσθηση προσωπικής αποτυχίας και αδυναμίας, που καθιστούν τον εργαζόμενο ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση.
3. Αναζήτηση υποστήριξης από εξειδικευμένη ομάδα: Σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες και στην Αμερική λειτουργούν εξωτερικά γραφεία παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών και παραπομπής των εργαζομένων, γνωστά ως Προγράμματα Στήριξης Εργαζομένων (Murphy, 1999). Πολλά από αυτά τα προγράμματα ξεκίνησαν ως προγράμματα αντιμετώπισης του αλκοολισμού του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και σταδιακά εξελίχθηκαν σε προγράμματα αντιμετώπισης ευρύτερων προβλημάτων του εργασιακού χώρου. Βοηθούν τους εργαζόμενους να αντιμετωπίσουν τόσο τα προσωπικά τους προβλήματα όσο και αυτά που απορρέουν

άμεσα από την εργασία. Σύμφωνα με την BNA Policy and Practice Series (1996-1999) και την WHO (2001), τα προγράμματα αυτά πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου και διαδικτύου
- Παραπομπή για ψυχολογικά συμπτώματα ή διαταραχές
- Οικογενειακή στήριξη
- Συμβουλευτική για την αντιμετώπιση νομικών ή οικονομικών προβλημάτων
- Στήριξη σε σοβαρά ιατρικά προβλήματα
- Προετοιμασία για την συνταξιοδότηση των επαγγελματιών υγείας
- Δυσκολίες που σχετίζονται με την επιλογή της καριέρας

4. Ενασχόληση με άλλα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες (χόμπι): Οι Jaffe & Scott (1984) αναφέρονται στην σημασία της κατανομής του χρόνου και της ενέργειας σε τέσσερις τομείς της ζωής του ατόμου: την εργασία, τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, την σχέση με τον εαυτό και την διασκέδαση. Οι δραστηριότητες αυτές δεν αρκούν για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης, είναι δυνατό όμως να ανακουφίσουν αρκετά το άτομο, δίνουν την δυνατότητα εκτόνωσης και προάγουν την επικοινωνία.

5. Προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή εργασίας: Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας δίνει στον εργαζόμενο την αίσθηση ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις. Η αλλαγή χώρου εργασίας, όταν δεν αποτελεί αντίδραση φυγής, θεωρείται μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αλλαγή πρέπει να συνοδεύεται από την απαραίτητη αυτογνωσία, που βοηθά το άτομο να κατανοήσει τις πραγματικές και συχνά ασυνειδήτες αιτίες που του δημιουργούν άγχος και τις μεθόδους αντιμετώπισης που εφαρμόζει (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1994).

6. Αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης: Η υποστήριξη τόσο από φίλους και συνεργάτες όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μειώνει το στρες που βιώνει το άτομο, αλλά και τις πιθανότητες να νοσήσει.

7. Διαχείριση του χρόνου: Σε επαγγελματικές στρεσογόνες συνθήκες η διαχείριση του χρόνου αποτελεί μια από τις πιο βασικές τεχνικές αντιμετώπισης του άγχους, καθώς αυτό πηγάζει όχι από την ποσότητα του διαθέσιμου εργασιακού χρόνου αλλά από τον μη ορθό τρόπο αξιοποίησής του και από την αίσθηση έλλειψης ελέγχου πάνω σε αυτόν.

Η σωστή διαχείριση του χρόνου σύμφωνα με τους Sutherland & Cooper (2003) μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες:

- Να αναπτύξουν μια προσωπική αίσθηση του χρόνου
- Να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους
- Να μειώνουν τις χρονικές πιέσεις
- Να απαλλαγούν από άσκοπες και χρονοβόρες δραστηριότητες
- Να αναθέτουν δραστηριότητες
- Να κάνουν τον χρόνο σύμμαχό τους

8. Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης: Οι ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης παρέχουν βοήθεια τόσο στους επαγγελματίες, όσο και στους συγγενείς τους. Βοηθούν τους εργαζόμενους στο:

- Να μοιράζονται τα συναισθήματά τους και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, τον θάνατο και τη ζωή.
- Να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο εργασίας.
- Να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων.
- Να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις, ενισχύοντας έτσι την αυτοπεποίθησή τους.

9. Φαρμακευτική αγωγή: Το άτομο που βιώνει έντονα τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να βοηθηθεί με φαρμακευτική θεραπεία με:

1. Ελάσσονα ηρεμιστικά, που είναι χρήσιμα για την καταστολή του άγχους.
2. Αντικαταθλιπτικά με αγχολυτικές ιδιότητες.
3. Αντιψυχωτικά.

Τα αγχολυτικά φάρμακα περιέχουν βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες προκαλούν όχι μόνο ψυχολογική αλλά και βιολογική/οργανική εξάρτηση. Για το λόγο αυτό δεν πρέπει να χορηγούνται για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών. Η χορήγησή τους ανακουφίζει πρόσκαιρα μόνο από το άγχος και η πιθανότητα υποτροπής είναι μεγάλη. Συστήνεται να χορηγούνται μόνο όταν η συμπτωματολογία είναι βαριά και για μικρό χρονικό διάστημα με στόχο να έρθει το άτομο σε ένα τέτοιο επίπεδο που θα είναι δυνατή η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της εξουθένωσης.

10. Βιοανάδραση: Η μέθοδος της βιοανάδρασης βασίζεται σε ένα μηχανικό σύστημα με το οποίο, μέσω ηλεκτροδίων που τοποθετούνται σε διάφορα σημεία του σώματος, το άτομο λαμβάνει σήμα να εκδηλώσει μια συγκεκριμένη σωματική αντίδραση, συνήθως όχι άμεσα ορατή. Αυτή η αντίδραση στόχο έχει να μεταβάλλει, για παράδειγμα, την ένταση των μυών του μετώπου, την ποσότητα του αίματος που ρέει προς τα άνω και κάτω άκρα ή την θερμοκρασία του δέρματος.

Οι λειτουργίες αυτές μπορούν να μετρηθούν με ηλεκτρόδια, τα οποία τοποθετούνται στα αντίστοιχα σημεία του σώματος.

Υπάρχουν διαφορετικά είδη βιοανάδρασης, ανάλογα με την σωματική λειτουργία που μετράται. Η βιοανάδραση που μετρά την μυϊκή ένταση, δηλαδή την δραστηριότητα των μυϊκών ινών που παράγεται από τους μύες όταν κινούνται ή συστέλλονται, ονομάζεται ηλεκτρομυογραφική (ΗΜΓ) βιοανάδραση. Υπάρχει επίσης η θερμική βιοανάδραση, η οποία μετρά τη θερμοκρασία και την ροή του αίματος. Οι μέθοδοι αυτοί βασίζονται στις αρχές της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης. Τα άτομα εκπαιδεύονται να αποκτούν επίγνωση των σωματικών λειτουργιών τους και να τις τροποποιούν συνειδητά. Μαθαίνουν να ενεργοποιούν το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, το οποίο προκαλεί χαλάρωση, ως αντίδραση στην ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος κατά την διάρκεια μιας κατάστασης που προκαλεί φόβο ή άγχος (DiMatteo & Martin, 2006).

11. Αντίδραση απέναντι στην απειλή: Από την στιγμή που προκαλείται μια αγχωτική κατάσταση, μπορεί να εξαλειφθεί με έναν από τους τρεις ακόλουθους τρόπους (Spielberger, 1980):

- i. Εξαλείψτε ή αποφύγετε τον κίνδυνο: τα άτομα που εργάζονται σε στρεσογόνα επαγγέλματα μπορούν να μειώσουν τα άγχος τους είτε παίρνοντας άδεια, είτε αλλάζοντας δουλειά. Οι γιατροί συχνά συνιστούν θαλασσινά ταξίδια ή ξεκούραστες διακοπές σε άτομα που η σωματική και ψυχική τους υγεία απειλείται από τις πιεστικές συνθήκες της εργασίας. Βέβαια η εξάλειψη ή η αποφυγή ενός στρεσογόνου ερεθίσματος δεν μειώνει πάντα το άγχος.
- ii. Ρίξτε μια δεύτερη ματιά: μια αγχωτική κατάσταση μπορεί να μειωθεί αν επανεκτιμηθεί σαν λιγότερο απειλητική. Ο κρίσιμος κρίκος στην αλυσίδα στρες-απειλή-άγχος είναι η εκτίμηση της απειλής και όχι ο αντικειμενικός κίνδυνος. Αν το άτομο συνειδητοποιήσει ότι η κατάσταση δεν είναι τόσο επικίνδυνη όσο είχε φανεί αρχικά, τότε θα μειωθεί η αγχωτική κατάσταση.
- iii. Προσποιηθείτε ότι δεν υπάρχει: αν η πηγή του κινδύνου συνδέεται με απωθημένες σκέψεις ή αισθήματα, έρχονται «επί σκηνής» ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί για να μειώσουν την αγχωτική κατάσταση που προξένησαν οι απωθημένες σκέψεις ή τα αισθήματα.

12. Συστηματική απευαισθητοποίηση: Η συστηματική απευαισθητοποίηση είναι μια μορφή ψυχολογικής θεραπείας, που έχει πολύ καλά αποτελέσματα στη μείωση του άγχους που σχετίζεται με παράλογους φόβους και φοβίες. Οι θεραπείες αυτές συνδυάζουν μια χαλαρωμένη σωματική και ψυχική κατάσταση με μια άγχο-διεγερτική σκηνή. Το σκεπτικό της θεραπείας είναι ότι η χαλαρωμένη κατάσταση είναι ασυμβίβαστη με την ένταση και την ανησυχία που βιώνει το άτομο σε έντονες καταστάσεις άγχους (Spielberger, 1980).

Ο θεραπευτής, μέσω εντατικών συνεντεύξεων, εντοπίζει τις συνθήκες που προκαλούν άγχος στο άτομο. Στη συνέχεια το εκπαιδεύει σε ασκήσεις βαθιάς μυϊκής χαλάρωσης, που το βοηθούν να αποκτήσει μεγαλύτερη επίγνωση της μυϊκής έντασης που συνοδεύει τις αγχωτικές καταστάσεις. Με τις ασκήσεις αυτές το άτομο μαθαίνει πώς να χαλαρώνει τους μύες σε όλα τα μέρη του σώματός του. Καθώς το άτομο χαλαρώνει του ζητείται να φανταστεί μια μικρή σε ένταση αγχωτική κατάσταση. Αν δεν παρουσιάσει καθόλου άγχος καθοδηγείται να φανταστεί μια μέτρια σε ένταση αγχωτική κατάσταση. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται έως ότου να είναι ικανός να φαντάζεται καταστάσεις που του προξενούσαν έντονο άγχος, χωρίς να αισθάνεται καμία απολύτως δυσφορία. Το ποσοστό των ατόμων που έχουν θεραπευτεί ή παρουσιάσει αξιόλογη βελτίωση με την μέθοδο αυτή φτάνει το 90% (Spielberger, 1980).

13. Ορθολογική υποβλητική θεραπεία (Ο.Υ.Θ): Η θεραπεία αυτή αναπτύχθηκε από τον διάσημο Αμερικανό ψυχολόγο Albert Ellis (1974). Ο στόχος της Ο.Υ.Θ. είναι να πείσει το άτομο ότι το νευρωτικό άγχος προκαλείται από τις παράλογες πεποιθήσεις του και από το γεγονός ότι αντιλαμβάνεται λανθασμένα ορισμένα στρεσογόνα περιστατικά. Το διδάσκει να παρατηρεί τις δικές του σκέψεις, έτσι ώστε να αναλύει και να αμφισβητεί τις παράλογες πεποιθήσεις, οι οποίες συμβάλλουν στα συγκινησιακά του προβλήματα. Η Ο.Υ.Θ. έχει πετύχει όταν έχουν εξαλειφθεί οι παράλογες σκέψεις και πεποιθήσεις.

14. Ψυχανάλυση: Όπως και η Ο.Υ.Θ., η ψυχανάλυση αποβλέπει στην αλλαγή της εκτίμησης για την απειλή, η οποία οδηγεί σε νευρωτικές- αγχωτικές αντιδράσεις. Σε αντίθεση όμως με την Ο.Υ.Θ., η οποία εξετάζει τις έκδηλες παράλογες πεποιθήσεις του ατόμου, η ψυχανάλυση διερευνά τα βαθύτερα αίτια των προβλημάτων. Ο ψυχαναλυτής βοηθά το άτομο να ανακαλύψει τραυματικές εμπειρίες της παιδικής του ηλικίας που συνεχίζουν να επηρεάζουν τις σκέψεις, τα αισθήματα και την συμπεριφορά του. Ο στόχος είναι να αποκτήσει το άτομο επίγνωση του πώς τα απωθημένα αισθήματα συνδέονται με τα τωρινά προβλήματά του. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της ψυχανάλυσης είναι η πείρα του θεραπευτή (Spielberger, 1980).

15. Μηχανισμοί άμυνας: Οι μηχανισμοί άμυνας είναι οι φύλακες του «εγώ», οι φρουροί της ψυχικής υγείας. Με τους μηχανισμούς άμυνας μειώνεται η συναισθηματική ένταση που δημιουργείται λόγω των ματαιώσεων, μειώνεται το άγχος και προστατεύεται το «εγώ». Είναι επίκτητες αντιδράσεις και βοηθούν το άτομο να αποφύγει τα προβλήματα εκείνα που δεν μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά. Οι κυριότεροι μηχανισμοί άμυνας είναι (Ποταμιάνος, 2002):

- Μετουσίωση: με αυτήν η παρόρμηση στρέφεται σε άλλη διεξοδό, περισσότερο χρήσιμη και παραδεκτή.
- Απώθηση: με αυτήν ασυνείδητα αλλά σκόπιμα ξεχνιούνται οδυνηρά γεγονότα.
- Προβολή: είναι το «κατηγορώ» που αποδίδουμε στους άλλους για δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε, ενώ η ευθύνη ανήκει μόνο σε εμάς.
- Άρνηση: με τον μηχανισμό αυτό το άτομο αρνείται επιθυμίες, συναισθήματα και ιδέες.

- Ενδοβολή: είναι το αντίθετο της προβολής. Στην προβολή το άτομο αποδίδει δικά του συναισθήματα σε άλλους, ενώ στην ενδοβολή ενσωματώνει χαρακτήρες και συναισθήματα άλλων.
- Ταυτοποίηση: είναι η προσπάθεια ταύτισης με κάποιον που κατέχει εξέχουσα θέση ή με κάποια ευχάριστη κατάσταση.
- Εκλογίκευση: είναι η αντικατάσταση ενός απαράδεκτου λόγου με παραδεκτό.
- Απομόνωση: είναι ο διαχωρισμός της αρχικής μνήμης από το αποτέλεσμα.
- Αντίδραση ή υπεραναπλήρωση: προλαβαίνει την ανάδυση μιας οδυνηρής σκέψης με άμεση αντικατάσταση της με μια ευχάριστη.

16. Θεραπεία της μουσικής: Με την πρόοδο της τεχνολογίας έχει αποδειχθεί η επίδραση της μουσικής στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Πολλοί γιατροί χρησιμοποιούν την μουσική ως φάρμακο για την αντιμετώπιση του πόνου, του στρες και της κατάθλιψης. Ασυνείδητα η ακρόαση ενός γρήγορου μουσικού τέμπο αυξάνει την συχνότητα της αναπνοής και τον καρδιακό παλμό, ενώ αντίθετα η ακρόαση ενός αργού τέμπο τα ελαττώνει. Η μουσικοθεραπεία είναι μια τεχνική μουσικά υποβοηθούμενης ψυχοθεραπείας, η οποία χρησιμοποιεί τη δύναμη της μουσικής για να εγείρει νοητικές εικόνες, συναισθήματα, σωματικές αισθήσεις, σκέψεις ή αναμνήσεις. Το υλικό αυτό αξιολογείται θεραπευτικά. (American Music Therapy Association, 2014).

17. Τεχνικές χαλάρωσης: Η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση αποτελεί μια τεχνική μέσω της οποίας το άτομο εστιάζει την προσοχή του σε συγκεκριμένες μυϊκές ομάδες και συσφίγγει και χαλαρώνει εναλλάξ τους μύες του. Για κάθε μυϊκή ομάδα απαιτείται σύσφιξη των μυών για περίπου 10 δευτερόλεπτα, η οποία ακολουθείται από χαλάρωση ίδιας χρονικής διάρκειας. Κατά την φάση της χαλάρωσης ζητείται από το άτομο να σκεφτεί κάτι ευχάριστο. Συνήθως μετά από ένα χρονικό διάστημα εκπαίδευσης, το άτομο είναι σε θέση να επιτύχει να χαλαρώσει ενθουσιάζοντα τα συναισθήματα που το διακατείχαν και τις σκέψεις που έκανε κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης (DiMatteo & Martin, 2006).

Ο διαλογισμός περιλαμβάνει διάφορες τεχνικές, στόχος των οποίων είναι η εστίαση της προσοχής σε μία συγκεκριμένη σκέψη ή εικόνα. Η πρακτική του διαλογισμού έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην μείωση του στρες και του άγχους, στην υπέρταση και στην εξάλειψη κάποιων φόβων (Shapiro, 1989).

Η αντίδραση χαλάρωσης είναι μια μέθοδος διαχείρισης του άγχους που μοιάζει με τον διαλογισμό. Αναπτύχθηκε από τον καρδιολόγο Herbert Benson (1975) και είναι πολύ δημοφιλής ανάμεσα στα διοικητικά στελέχη επειδή εφαρμόζεται εύκολα και μπορεί να ενταχθεί στο καθημερινό πρόγραμμα ενός εργαζόμενου. Η αντίδραση χαλάρωσης συνδυάζει την μυϊκή χαλάρωση, την αναπνευστική και παθητική στάση του σώματος, το ήσυχο περιβάλλον και έναν επαναλαμβανόμενο ήχο. Το άτομο μένει με τα μάτια κλειστά για 20 περίπου λεπτά και επαναλαμβάνει σιωπηλά μια λέξη που έχει επιλέξει. Επαναλαμβάνοντας αυτή τη λέξη εμποδίζει οποιαδήποτε σκέψη να διασπάσει την προσοχή του και να του χαλάσει την χαλάρωση. Είναι μια αποτελεσματική τεχνική για την αντιμετώπιση του άγχους και τον έλεγχο των συνεπειών του (DiMatteo & Martin, 2006. Lavey & Taylor, 1985. English & Baker, 1983).

18. Ψυχονευροανοσολογία: Η ψύχο-νεύρο-ανοσολογία ενοποιεί μετά από 2.500 χρόνια τις απόψεις του Ασκληπιού και του Ιπποκράτη με τα σύγχρονα ιατρικά δεδομένα. Η ραγδαία ανάπτυξη των νευροεπιστημών τα τελευταία 40 χρόνια βοήθησε στην αναγνώριση της συσχέτισης ΚΝΣ, ανοσιακού και ενδοκρινικού συστήματος στην ψυχική «διάθεση» του ανθρώπου, καθώς επίσης και στην αντίστροφη μεταξύ τους σχέση. Η ψυχονευροανοσολογία αποδεικνύει ότι αυτό που συμβαίνει στο μυαλό μας στο επίπεδο της αντίληψής μας και η συναισθηματική μας

αντίδραση σε αυτήν την αντίληψη μπορεί να επηρεάσει την φυσιολογία μας και πιο συγκεκριμένα το ανοσοποιητικό μας σύστημα. Αφού ο άνθρωπος είναι μια ψυχοσωματική οντότητα, τότε κάθε αντίδραση του οργανισμού του, που αργότερα αναγνωρίζεται σαν νόσος ή σύνδρομο, είναι επίσης ψυχοσωματική, είναι ψυχο-νεύρο-ενδοκρino-ανοσολογική, με διαφορετική ωστόσο την ποσοστιαία συμμετοχή του κάθε παράγοντα σε κάθε νόσο και σε κάθε διαφορετικό άνθρωπο.

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι ο νους και το σώμα αλληλεπιδρούν σαν μια ολότητα (Watkins, 1997). Η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων σχετίζεται στενά με ψυχολογικούς παράγοντες – στην προκειμένη περίπτωση, το στρες και το άγχος. Για παράδειγμα, φαίνεται ότι τα άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια έντονου και χρόνιου στρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σωματικά συμπτώματα μετά από την έκθεσή τους στο ρινοϊό, ο οποίος προκαλεί το κοινό κρυολόγημα (Cohen, 1996. Cohen et al, 1998). Έρευνες στο χώρο της ψυχονευροανοσολογίας αποκάλυψαν μια σειρά από τρόπους ενδυνάμωσης του ανοσοποιητικού, όπως: συνειδητοποίηση της σχέσης νου-σώματος, εκμάθηση του πώς να βλέπουμε τη ζωή, ανάπτυξη δύναμης ανάκαμψης μετά από κάποια απώλεια και δυνατότητα να αποκαλύπτουμε τα τραυματικά μας συναισθήματα στον εαυτό μας και σε άλλους. Η θεραπεία δεν βασίζεται σε ένα μόνο σύστημα. Είναι εκλεκτική και χρησιμοποιεί ποικίλες τεχνικές και θεραπείες.

Συνήθως ο εργαζόμενος πιστεύει ότι «αντέχει» ή ότι δεν είναι «αρκετά άρρωστος» για να φροντίσει τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να συνειδητοποιεί το πρόβλημα του όταν πλέον βρίσκεται στο στάδιο της απάθειας ή όταν εμφανίζει κάποια σοβαρή οργανική διαταραχή. Άλλοτε πάλι, για να αποδείξει στον εαυτό του και στους συναδέλφους του ότι μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας ή στους υψηλούς προσωπικούς του στόχους, εντείνει τον ρυθμό της δουλειάς και αναλαμβάνει πρόσθετες ευθύνες που αυξάνουν το βαθμό της συναισθηματικής και σωματικής του εξάντλησης. Στην ουσία, τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στην βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες επιλογές και συνήθειες που έχει υιοθετήσει στην ζωή του. Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας από τον εαυτό του, τους αρρώστους που φροντίζει, την σχέση με συναδέλφους και προϊσταμένους και την δουλειά του γενικότερα συμβάλλει στην αναθεώρηση και στον επαναπροσδιορισμό μερικών εξ αυτών. Όταν, για παράδειγμα, προσδοκά ότι η φροντίδα που παρέχει πρέπει να είναι αποτελεσματική, ότι με τις παρεμβάσεις του πρέπει να επηρεάζει τη ζωή των αρρώστων και ότι εκείνοι ανελλιπώς θα αναγνωρίζουν την προσφορά του, ότι θα δέχονται τις συμβουλές και τις οδηγίες του χωρίς να τις αμφισβητούν, τότε ο επαγγελματίας υγείας γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος σε απογοητεύσεις, καθώς η πραγματικότητα δεν ανταποκρίνεται σε αυτές τις υψηλές και μη ρεαλιστικές προσδοκίες.

Κάθε μέλος του προσωπικού υγείας είναι σημαντικό να διερευνά τα προσωπικά κίνητρα που τον ώθησαν να επιλέξει ένα επάγγελμα άμεσα συνδεδεμένο με την φροντίδα ατόμων που υποφέρουν και πονούν. Τα αλτρουιστικά κίνητρα (π.χ. «θέλω να φροντίζω τους άλλους», «να σώζω ζωές», «να προσφέρω στο κοινωνικό σύνολο» κλπ) συνυπάρχουν με «εγωιστικά» κίνητρα, καθώς το άτομο επιδιώκει να ικανοποιήσει, μέσα από τη δουλειά, ορισμένες προσωπικές του ανάγκες. Για παράδειγμα, ένας εργαζόμενος μπορεί μέσα από το επάγγελμά του να επιδιώκει να ικανοποιήσει την δική του ανάγκη να τον έχουν οι άλλοι ανάγκη. Κάθε φορά που οι άρρωστοι είναι ανεξάρτητοι, έχουν τον τελικό λόγο στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους, παραγνωρίζουν την προσφορά του ή αναζητούν αλλού φροντίδα, ο επαγγελματίας βιώνει μια έντονη αίσθηση απογοήτευσης και ματαίωσης. Αντίστοιχα,

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

Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί ο επαγγελματίας που επιτρέπει να αξιολογήσει ποιες έχουν αποτελεσματικό αντίκτυπο στην ρύθμιση των συναισθημάτων και στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας και ποιες δυσχεραίνουν την προσαρμογή του, αυξάνοντας το στρες που βιώνει.

Οι Chiriboga et al., (1983) μελέτησαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης τις οποίες χρησιμοποιούσαν νοσηλευτές που φρόντιζαν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Παρατήρησαν ότι εκείνες που ήταν αποτελεσματικότερες στην δουλειά τους και αντιμετώπιζαν καλύτερα τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας είχαν την τάση να εκφράζουν και να μοιράζονται τα συναισθήματα τους και να χρησιμοποιούν συχνότερα γνωστικές στρατηγικές οι οποίες τους επέτρεπαν να αναπτύξουν μια προσωπική φιλοσοφία και να δώσουν νόημα τόσο στις εμπειρίες τους, όσο και στην προσφορά τους. Κάποιοι άλλοι επιστήμονες τονίζουν την σημασία της χρήσης στρατηγικών αντιμετώπισης για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας. Κάθε επαγγελματίας της υγείας καλείται να διαφοροποιήσει τις συνθήκες που μπορούν να τροποποιηθούν με την κατάλληλη παρέμβαση από εκείνες που δεν επιδέχονται αλλαγές, αλλά απαιτούν την προσαρμογή του σε αυτές (Murphy,1995).

Η αναζήτηση υποστήριξης τόσο από φίλους και συνεργάτες, όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρ' όλα αυτά, συχνά τα μέλη του προσωπικού υγείας, ενώ παρέχουν στους αρρώστους υποστήριξη, δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ότι χρειάζονται ή / και να ζητήσουν βοήθεια για τον εαυτό τους, άλλοτε γιατί παραγνωρίζουν τις ανάγκες τους και άλλοτε γιατί το θεωρούν ένδειξη αδυναμίας. Ένας ίσως από τους βασικότερους τρόπους για να ανταπεξέλθουν στις στρεσογόνες συνθήκες που βιώνουν, είναι να μοιραστούν τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς τους και να νιώσουν ότι υποστηρίζονται σε δύσκολες στιγμές.

Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο επαγγελματίας νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις (Murphy,1995). Η αλλαγή χώρου εργασίας θεωρείται μια εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, όταν δεν αποτελεί αντίδραση φυγής και δεν είναι το αποτέλεσμα παρορμητικής απόφασης. Είναι σημαντικό να συνοδεύεται από διεργασία αυτογνωσίας που βοηθά το άτομο να κατανοήσει τις πραγματικές και συχνά ασυνείδητες αιτίες που του δημιουργούν άγχος, καθώς και τις μεθόδους αντιμετώπισης που εφαρμόζει. Χωρίς 50 την απαραίτητη αυτογνωσία, ο επαγγελματίας υγείας διατρέχει τον κίνδυνο να οδηγηθεί ξανά στην επαγγελματική εξουθένωση, καθώς η τοποθέτηση του σε νέο τμήμα δεν συνοδεύεται από την τροποποίηση αντιλήψεων, στόχων, προσδοκιών, στάσεων και συμπεριφορών.

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό / διοικητικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο (πρωτογενείς παρεμβάσεις), είναι προληπτικού και διορθωτικού χαρακτήρα και αξιολογούνται με όρους κόστους-αποτελέσματος. Παρά το γεγονός ότι η επιστημονική έρευνα για τη σχέση κόστους-αποτελέσματος δεν είναι εύκολη, πολλές οργανώσεις και φορείς χάραξης πολιτικής έχουν προσπαθήσει να προσδιορίσουν το κόστος και τα οφέλη των παρεμβάσεων όσον αφορά στις παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του άγχους στο χώρο εργασίας. Το κέντρο του Sainsbury για την ψυχική υγεία (SCMH, 2007) στην Βρετανία εκτιμά το ετήσιο επαγγελματικό κόστος που αφορά στην ψυχική υγεία στο χώρο εργασίας ως εξής:

- Απουσία λόγω ασθένειας: 8,4 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας (~9,7 δις. €)
- Μειωμένη παραγωγικότητα: 5,1 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας (~5,9 δις. €)
- Ανανέωση του προσωπικού: 2,4 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας (~2,8 δις. €)

Οι Wang et al (2007) ανακοίνωσαν τα αποτελέσματα έρευνας στις ΗΠΑ, στην οποία φαίνεται ότι το ετήσιο οικονομικό όφελος της εφαρμογής ειδικού προγράμματος για την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση όσον αφορά στα συμπτώματα κατάθλιψης που εμφανίζουν οι εργαζόμενοι ανέρχεται σε 1800\$ ανά υπάλληλο, έναντι ετήσιου κόστους ανά υπάλληλο που κυμαινόταν μεταξύ 100-400\$.

Όταν η διοίκηση ενδιαφέρεται για τους εργαζόμενους και προσπαθεί να βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας τους τότε είναι βέβαιο ότι εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών οι οποίες διακρίνονται για την ποιότητά τους από επαγγελματίες που αντλούν ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας τους όσο απαιτητικό και δύσκολο μπορεί να είναι.

Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο που αποσκοπούν στον περιορισμό των αιτιών του εργασιακού άγχους και περιλαμβάνουν μέτρα όπως (Elkin & Rosch, 1990):

1. Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία υγείας στην κατάλληλη θέση: με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η απόδοση του εργαζόμενου και παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες. Αναγκαίο είναι να μελετηθούν τα προσωπικά κίνητρα του επαγγελματία, τα οποία επηρεάζουν άμεσα την προσαρμογή και την απόδοση του στο χώρο εργασίας.
2. Δημοκρατική διοίκηση από τους προϊστάμενους: είναι ένας αναγκαίος παράγοντας έτσι ώστε να υπάρξει κλίμα αμοιβαίου σεβασμού στο εργασιακό περιβάλλον. Ο ρόλος του προϊστάμενου είναι μεν ηγετικός αλλά υπάρχει ενδιαφέρον για τις απόψεις του εργαζόμενου, προωθείται η συνεργασία και το κάθε άτομο αναλαμβάνει ευθύνες και πρωτοβουλίες. Τα προβλήματα συζητούνται και αναζητούνται από κοινού λύσεις, αποφεύγονται οι ανταγωνισμοί και η επιδίωξη προσωπικής ανάδειξης.
3. Δημιουργία συνεκτικών ομάδων: η δημιουργία συνεκτικών ομάδων ενισχύεται με τις συναντήσεις των μελών του προσωπικού για την βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων και της συνεργασίας.
4. Αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων καθώς και συμμετοχή του επαγγελματία υγείας στη λήψη αποφάσεων στην εργασία του: αυξάνεται ο αυτοέλεγχος, η υπευθυνότητα και η ανεκτικότητα στις ιδιαίτερα αγχογόνες συνθήκες του επαγγέλματος. Παράλληλα δημιουργείται ένα εργασιακό περιβάλλον το οποίο διοικείται δημοκρατικά.

5. Πολυμορφία στην εργασία: είναι απαραίτητη σε εργασίες που επηρεάζουν ψυχολογικά τους εργαζόμενους. Τα νέα ερεθίσματα στο χώρο εργασίας ικανοποιούν και αναζωογονούν τους εργαζόμενους.
6. Δυνατότητα διαλειμμάτων: βοηθούν τον νοσηλευτή να απομακρυνθεί από το αγχογόνο περιβάλλον και να επαναφορτίσει τις δυνάμεις του.
7. Δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης και αναβάθμισης: αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα για τον εργαζόμενο. Μέσω προγραμμάτων οι εργαζόμενοι εξελίσσουν τις γνώσεις τους αλλά και τις ικανότητές τους. Στην εξέλιξη αυτή καθοριστικό ρόλο παίζουν οι προϊστάμενοι αλλά και οι συνεργάτες τους, οι οποίοι συμβάλουν με τη μετάδοση της γνώσης και την καθοδήγησή τους.
8. Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης: συμβάλει στη μείωση του άγχους, την αύξηση της αυτοεκτίμησης των εργαζομένων και στην ενίσχυση της επικοινωνίας και αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας, γεγονός που ελαχιστοποιεί την αίσθηση απομόνωσης που προκαλεί η εξουθένωση. Οι συνέπειες δεν είναι ευεργετικές μόνο για τα μέλη του προσωπικού, αλλά και για τους αρρώστους και τις οικογένειες τους που γίνονται δέκτες ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.
9. Συμβουλευτική εποπτεία: η βοήθεια που παρέχει ο σύμβουλος θεωρεί τον επαγγελματία ικανό και υπεύθυνο στο ρόλο του και συνεργάζεται μαζί του για τη κατανόηση της κατάστασης που τον δυσκολεύει και την αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης της.
10. Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης: συμβάλλουν στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και ιατρονοσηλευτικών και ψυχολογικών δεξιοτήτων. Οι ψυχολογικές γνώσεις βοηθούν στη κατανόηση των αντιδράσεων του αρρώστου, της οικογένειας και των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία και υποστήριξή τους. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οποιαδήποτε εκπαίδευση να ενθαρρύνει το βαθύτερο προβληματισμό σχετικά με το ρόλο των μελών του προσωπικού υγείας και τη φιλοσοφία που διέπει τη φροντίδα που παρέχουν στον άρρωστο και στην οικογένεια του.
11. Διεπιστημονική συνεργασία: έχει θετικό αντίκτυπο στη σχέση που διαμορφώνει το προσωπικό με τον άρρωστο και ενισχύει τη σιγουριά που νιώθει ο ασθενής κοντά στους ειδικούς που τον φροντίζουν.

Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσης του αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Κάθε χώρος εργασίας είναι σημαντικό να θεσπίζει σαφή κριτήρια για την πρόσληψη προσωπικού που θεωρεί ως κατάλληλο να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες λειτουργίας του (Murphy, 1995).

Πέρα από τις γνώσεις και την πείρα του επαγγελματία υγείας, πρέπει να συνεκτιμώνται οι διάφοροι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (π.χ. προσωπικά κίνητρα, προηγούμενες εμπειρίες με θάνατο και σοβαρή αρρώστια που παραμένουν άλυτες, ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου κλπ.), καθώς επηρεάζουν την προσαρμογή και απόδοση του σ' ένα συγκεκριμένο χώρο εργασίας. Τα κίνητρα και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο χώρο εργασίας μπορεί να δράσουν θετικά στην απόδοση του. Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στην λήψη αποφάσεων που τον αφορούν αυξάνουν τον αυτοέλεγχο, την υπευθυνότητα και την ανθεκτικότητα του στις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας. Συνήθως τα προαναφερόμενα μέτρα εφαρμόζονται μέσα σε ένα τμήμα που διοικείται δημοκρατικά.

Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλλει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο τμήμα που διοικείται δημοκρατικά αναπτύσσονται σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του καθενός και προωθείται η συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας που αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες στα πλαίσια ορισμένων κανονισμών που αφορούν την λειτουργία του τμήματος. Ο προϊστάμενος έχει μεν ηγετικό ρόλο αλλά ενδιαφέρεται για τις εμπειρίες, απόψεις και διαφορετικές γνώμες των εργαζομένων με τους οποίους συζητά από κοινού τα προβλήματα που προκύπτουν και μαζί αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης τους. Καλλιεργεί κλίμα συνεργασίας, 51 υποστήριξης, αλληλεξάρτησης, αποφεύγει να τροφοδοτεί ανταγωνισμούς και επιδιώξεις προσωπικής ανάδειξης ή προβολής ορισμένων μελών του προσωπικού.

Στα τμήματα όπου η διοίκηση είναι αυταρχική και άκαμπτη, όπου επικρατούν άνισες σχέσεις μεταξύ εργαζομένων, όπου αυστηροί κανόνες δεν επιτρέπουν την ελευθερία της προσωπικής άποψης, πρωτοβουλίας ή δημιουργικότητας, όπου οι στόχοι χαρακτηρίζονται από τελειοκρατία και δίνεται ιδιαίτερα έμφαση στην επιτυχία, στα επιτεύγματα, ενώ κρίνονται αυστηρά τα λάθη και οι παραλείψεις, το προσωπικό υγείας είναι ευάλωτο στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Εξίσου ευάλωτο είναι το προσωπικό που εργάζεται σε ένα τμήμα το οποίο χαρακτηρίζεται από έλλειψη διοίκησης και ουσιαστικής συνεργασίας, επειδή ο προϊστάμενος είτε αδιαφορεί είτε δεν διαθέτει τις απαιτούμενες διοικητικές και οργανωτικές ικανότητες. Η πολυμορφία στην εργασία είναι απαραίτητη κυρίως σε Τμήματα όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα βαρύ και επηρεάζει ψυχολογικά τους εργαζόμενους. Για παράδειγμα, ο επαγγελματίας της υγείας που ασχολείται διαρκώς με χρόνια περιστατικά και φροντίζει αρρώστους που συχνά πεθαίνουν ή βρίσκονται σε κρίση, μπορεί γρήγορα να νιώσει παγιδευμένος σε ρόλο και καθήκοντα που του δημιουργούν έντονο στρες. Η ενασχόληση με αρρώστους καλής πρόγνωσης, η συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, η παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων, η διδασκαλία, ακόμα και η ανάληψη γραφειοκρατικών ευθυνών, συμβάλλουν στην πολυμορφία της εργασίας του επαγγελματία από την οποία αντλεί πολλαπλές ικανοποιήσεις που τον αναζωογονούν.

Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών», μετ' αποδοχών, δίνουν την ευκαιρία στον επαγγελματία να απομακρυνθεί για λίγο από τον χώρο εργασίας, πριν εκδηλώσει ή κατά τη στιγμή που εμφανίζει τις πρώτες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν σημαντικό κίνητρο και πηγή ανανέωσης για τους εργαζόμενους που δεν νιώθουν ακινητοποιημένοι ή /και παγιδευμένοι σε ένα συγκεκριμένο ρόλο και σε καθήκοντα που με την πάροδο του χρόνου ασκούνται μηχανικά (Murphy,1995).

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

- (α) Να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, τον θάνατο και την ζωή
- (β) Να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στον χώρο εργασίας
- (γ) Να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων και
- (δ) Να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους (Cox et al.,2000).

Πρωταρχικός σκοπός παρόμοιων ομάδων είναι η μείωση του άγχους και η αύξηση της αυτοεκτίμησης των εργαζομένων. Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης συμβάλλει επίσης στην ενίσχυση της επικοινωνίας και

αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας, γεγονός που ελαχιστοποιεί την αίσθηση απομόνωσης που προκαλεί η εξουθένωση. Όταν η θεραπευτική ομάδα του προσωπικού υγείας νιώθει «δεμένη» και «ισχυρή», είναι σε θέση να απορροφήσει την επιθετικότητα του αρρώστου και της οικογένειας του που βρίσκονται σε κρίση, χωρίς να κινδυνεύει η συνοχή της. Οι συνέπειες από τη συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης δεν είναι ευεργετικές μόνο για τα μέλη του προσωπικού υγείας, αλλά και για τους αρρώστους και τις οικογένειες τους που γίνονται δέκτες υπηρεσιών υγείας.

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

Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης συμβάλλουν στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και ιατρονοσηλευτικών και ψυχολογικών δεξιοτήτων. Οι ψυχολογικές γνώσεις βοηθούν στην κατανόηση των αντιδράσεων του αρρώστου, της οικογένειας και των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία και υποστήριξης τους.

Η Kobasa (1986) και άλλοι κλινικοί (Fischman,1987) διοργανώνουν εκπαιδευτικά προγράμματα ή σεμινάρια που αποσκοπούν στην αύξηση του προσωπικού ελέγχου 53 του επαγγελματία και στη χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης των δυσκολιών, οι οποίες ερμηνεύονται περισσότερο ως προκλήσεις παρά ως απειλές.

Τα προγράμματα αυτά εστιάζονται στους ακόλουθους τομείς:

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

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

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

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

Ο εξανθρωπισμός των συνθηκών μέσα στις οποίες οικογένειες και άρρωστοι βιώνουν εμπειρίες, που συχνά σημαδεύουν ολόκληρη την ζωή τους, απαιτεί την αναθεώρηση

της παραδοσιακής ιδεολογίας και προσέγγισης των προβλημάτων υγείας που προωθείται από το βιοϊατρικό μοντέλο φροντίδας. Ακόμα και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ο συγκερασμός ανάμεσα στις τεχνολογικές υπηρεσίες και στον εξανθρωπισμό των συνθηκών νοσηλείας είναι εφικτός όταν το προσωπικό υγείας είναι ευαισθητοποιημένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο.

Η διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών κ.λπ.), όσο απλή φαινομενικά μοιάζει, άλλο τόσο πολύπλοκη είναι στην πράξη. Προϋποθέτει την αναγνώριση του ρόλου, των καθηκόντων αλλά και των ορίων κάθε ειδικού και την 54 συμβολή του στην κατανόηση, προσέγγιση και χειρισμό κάθε περίπτωσης. Η συλλογική συνεργασία δεν ισοδυναμεί με την κατανομή των υπηρεσιών ανάμεσα σε ειδικούς. Για παράδειγμα, όταν ο άρρωστος κλαίει ή εμφανίζει έντονες αντιδράσεις, παραπέμπεται στον ψυχολόγο, όταν έχει εγκαταλειφθεί, καλείται κοινωνικός λειτουργός, όταν ο συγγενής επανειλημμένα ρωτά εάν ο άρρωστος θα πεθάνει, παραπέμπεται στον γιατρό για πληροφόρηση κ.ο.κ. Αυτός ο κατακερματισμός των υπηρεσιών-χωρίς προγραμματισμό για μια ολιστική εξατομικευμένη προσέγγιση – εντείνει το πρόβλημα της οικογένειας που είναι ήδη ευάλωτη και συχνά βρίσκεται υπό την απειλή της διάλυσης, ενώ οι ανάγκες της δεν λαμβάνονται υπόψη.

Η συλλογική διεπιστημονική συνεργασία έχει θετικό αντίκτυπο στην σχέση που διαμορφώνει το προσωπικό με τον άρρωστο και ενισχύει την σιγουριά που νιώθει ο ασθενής κοντά στους ειδικούς που τον φροντίζουν. Συμπερασματικά, για να μπορέσει ο επαγγελματίας να φροντίσει αποτελεσματικά τους αρρώστους, είναι βασικό πρώτα να «μάθει» να φροντίζει τον εαυτό του, χωρίς να θεωρεί την φροντίδα αυτή περιττή ή «άχρηστη πολυτέλεια». Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στην υπενθύμιση ότι κανένας δεν είναι παντοδύναμος (Bennet,1987).

Στην σύγχρονη εποχή, με την ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την απόδοση σε αυτήν εξωπραγματικών δυνάμεων, ο επαγγελματίας της υγείας καλείται να αναγνωρίσει τις δυνάμεις, αδυναμίες αλλά και τα όρια του, ώστε να παρέχει με μεγαλύτερη σοφία και αποτελεσματικότητα μια «ανθρώπινη» φροντίδα σε άτομα που την έχουν ανάγκη.

Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό όχι μόνο από τις διοικήσεις αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας, ότι τα ποσοστά που εμφανίζονται στις μελέτες είναι απλοί αριθμοί καταγραφής ενός φαινομένου. Λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τις συνέπειες του burnout τόσο στους επαγγελματίες υγείας, στην οικογένειά τους, καθώς και στους εξυπηρετούμενους, είναι υποχρέωσή μας να προβαίνουμε σε πράξεις, είτε πρόληψης είτε έγκαιρης αντιμετώπισής του.

Ως επαγγελματίες υγείας που ήδη είμαστε, ευχόμαστε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας να δώσουν ένα κίνητρο για την ευρύτερη μελέτη του φαινομένου, ώστε να κατανοηθεί σε μεγαλύτερο εύρος η επαγγελματική εξουθένωση και να αναδειχθούν αποτελεσματικότερα μέτρα παρέμβασης που θα στοχεύουν μέσω της προαγωγής της ευεξίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, στη βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Παρεμβάσεις σε επίπεδο μικρής ομάδας

Οι παρεμβάσεις σε επίπεδο μικρής ομάδας (δευτερογενείς παρεμβάσεις) είναι και αυτές προληπτικού χαρακτήρα και στοχεύουν στην ενημέρωση-εκπαίδευση των εργαζομένων, σε συλλογικό και ατομικό επίπεδο, αναφορικά με τις σωστές πρακτικές εργασίας και τον κώδικα συμπεριφοράς στον εργασιακό χώρο. Σκοπός των παρεμβάσεων αυτών είναι η ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων των εργαζομένων

να διαχειρίζονται το άγχος μέσω εξειδικευμένης επιμόρφωσης. Παρεμβάσεις σε επίπεδο μικρής ομάδας είναι:

Σεμινάρια-Ημερίδες-Εκπαιδευτικά προγράμματα

Η οργάνωση σεμιναρίων-ημερίδων και η παροχή δυνατοτήτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης βοηθάει σε θέματα αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει προγράμματα διαχείρισης χρόνου, δεξιοτήτων για επίλυση προβλημάτων και συμβουλευτικής για την τροποποίηση της εργασιακής συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής (Cooper, 2001).

Μελέτες-εργασίες

Είναι αναγκαία η περιοδική διενέργεια μελετών-εργασιών για τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων και τους παράγοντες που την προκαλούν και για την προσπάθεια εξάλειψης αυτών των στρεσογόνων παραγόντων.

Δημιουργία ειδικών τμημάτων

Η δημιουργία αυτών των τμημάτων με εξειδικευμένο προσωπικό-ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί-βοηθάει στην αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων, στον συντονισμό και στην επίλυση προβλημάτων επαγγελματικής εξουθένωσης, στη βελτίωση της επικοινωνίας με τον ασθενή και στην κατανόηση της σημασίας της συμπάθειας προς τους ασθενείς. Ειδικότερα οι ομάδες αυτές μπορούν να βοηθήσουν (EU-OSHA, 2002, Marine et al., 2009. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης-Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης «Ψυχαργός»-β' φάση):

- ✓ Με την κατάρτιση του προσωπικού για την αντιμετώπιση καταστάσεων όπως ο θάνατος, ο πόνος και το τελικό στάδιο ασθενειών.
- ✓ Με την εκπαίδευση για την απόκτηση δεξιοτήτων που συμβάλλουν στη μείωση του άγχους και στην βελτίωση των σχέσεων και της επαφής με τους ασθενείς.
- ✓ Με προγράμματα μείωσης του άγχους βασισμένα στην αυτοσυγκέντρωση, στην εκπαίδευση για την βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, στην εκμάθηση τρόπων αντιμετώπισης αντιδράσεων άγχους.
- ✓ Με την κατάρτιση του προσωπικού με στόχο την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό.
- ✓ Με την βελτίωση των σχέσεων μεταξύ συναδέλφων και διευθυντικών στελεχών στο χώρο εργασίας.
- ✓ Με την βελτίωση της εναρμόνισης του νοσηλευτή με το περιβάλλον του νοσοκομείου.
- ✓ Με την ενίσχυση της συμμετοχής και της αυτονομίας.
- ✓ Με τον εντοπισμό και την αξιοποίηση των ικανοτήτων του εργαζόμενου για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον εργασιακό χώρο.

Κλινικές εποπτείες

Οι κλινικές εποπτείες βοηθούν τους νοσηλευτές να αναπτύξουν ικανότητες και επαγγελματικές δεξιότητες χρήσιμες για την καριέρα τους (Darley, 1995). Απευθύνονται σε έναν εργαζόμενο ή μια ομάδα επαγγελματιών που με την υποστήριξη ειδικού συμβούλου αναγνωρίζουν και αξιοποιούν δημιουργικά τις ικανότητές τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας. Ο σύμβουλος δεν αντιμετωπίζει τον επαγγελματία υγείας ως «προβληματικό» που χρήζει ψυχοθεραπείας. Αντίθετα, τον θεωρεί ικανό και υπεύθυνο στο ρόλο του και συνεργάζεται μαζί του για την κατανόηση της

κατάστασης που τον δυσκολεύει και την αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισής της (Steinberg, 1995).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το νοσηλευτικό προσωπικό διαθέτει εδώ και πολλά χρόνια κλινικές εποπτείες, γεγονός που έχει βοηθήσει να διατηρείται υψηλό το ηθικό και το επαγγελματικό τους ενδιαφέρον, έχει βοηθήσει στο να αποκτήσουν επαγγελματικές φιλοδοξίες και ενδιαφέροντα και έχει μειωθεί ο κίνδυνος για επαγγελματική εξουθένωση.

Προγράμματα φυσικής άσκησης

Η άσκηση βελτιώνει την διάθεση, βοηθάει στην αντιμετώπιση της ήπιας κατάθλιψης, βελτιώνει την μνήμη και την πνευματική διαύγεια, βελτιώνει τον ύπνο, αυξάνει την αυτοεκτίμηση και ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα. Τα προγράμματα φυσικής άσκησης είναι διαδεδομένα μεταξύ των νοσοκομείων της Βόρειας Αμερικής. Στα νοσοκομεία αυτά παρέχονται ασκήσεις για την καρδιά, δραστηριότητες που τονώνουν τους μύες και δίνουν ευλυγισία στο σώμα, παροχή συμβουλών για τον τρόπο ζωής και διασκέδασης και ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές. Υποστηρίζεται ότι τα προγράμματα αυτά μειώνουν τις δαπάνες για ασθένειες των εργαζομένων, αυξάνουν την παραγωγικότητα και συντηρούν την καλή υγεία (Mayo Clinic, 2012. American Psychological Association, 2011).

Παρεμβάσεις με την εφαρμογή ορθών πρακτικών

Ο συνδυασμός και ο προγραμματισμός των διαφόρων παρεμβάσεων τόσο σε ατομικό, όσο και σε οργανωτικό επίπεδο είναι απαραίτητοι για την πρόληψη και την θεραπεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Η προσεκτική εκτίμηση των αναγκών και η αξιολόγησή τους, η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και πρακτικών, η παροχή αυτονομίας στην οργάνωση της εργασίας, η συμπερίληψη των νοσηλευτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων, η ισοσκέλιση της προσπάθειας και αμοιβής, η βελτίωση της επικοινωνίας και της ανατροφοδότησης πληροφοριών, ο καθορισμός ευκρινών ρόλων, η ενθάρρυνση και ενδυνάμωση της κοινωνικής υποστήριξης, η συνεχής εκπαίδευση και η εφαρμογή πολυθεματικής μεθοδολογίας, οι τεχνικές χαλάρωσης και οι αθλητικές δραστηριότητες είναι παραδείγματα παρεμβάσεων που μπορούν να εφαρμοστούν στους χώρους υγείας. Παρακάτω αναφέρονται περιληπτικά ορισμένες παρεμβάσεις που έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία σε διάφορα νοσοκομεία.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Α: Οι Murphy et al (1995), εφάρμοσαν ένα πιλοτικό πρόγραμμα που σκοπό είχε το σχεδιασμό λειτουργίας ενός νοσοκομείου σε κάποια προαστιακή περιοχή. Πυρήνας του προγράμματος αυτού αποτελούσε η ενεργός συμμετοχή των εργαζομένων στη δημιουργία και εφαρμογή του προγράμματος. Συστάθηκε μια ομάδα από επαγγελματίες υγείας από όλες τις ειδικότητες, η οποία είχε στόχο να μελετήσει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας των ασθενών, να αναγνωρίσει τις αδυναμίες του μοντέλου και να προτείνει τρόπους βελτίωσής του.

Η διεπιστημονική ομάδα είχε εβδομαδιαίες συναντήσεις στις οποίες συζητούσε τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι επαγγελματίες υγείας. Η ομάδα διαπίστωσε ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αποτελούσε τον βασικότερο παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων και πρότεινε τη δημιουργία ενός προγράμματος αντιμετώπισης.

Για την ομαλή διεξαγωγή του προγράμματος ορίστηκε ένας εξωτερικός σύμβουλος. Εφαρμόστηκε καινούριο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών που είχε ως πρωταρχικό στόχο τη διεπιστημονική συνεργασία και τον περιορισμένο αριθμό ασθενών που θα

αναλάμβανε η κάθε ομάδα επαγγελματιών υγείας. Μετά την εφαρμογή του νέου προγράμματος αυξήθηκε σημαντικά το αίσθημα επαγγελματικής ικανοποίησης, βελτιώθηκε η συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων, μειώθηκε το εργασιακό στρες και η σπατάλη του εργασιακού χρόνου.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Β: Οι τεχνικές που ακολουθούν συστήνεται να εφαρμόζονται σε εργαζόμενους με ασθενές νευρικό σύστημα, αυξημένα επίπεδα ανησυχίας και χαμηλό αυτοσεβασμό (Central and Eastern European Harm Reduction Network, 2006):

- ✓ Μικρότερα καθήκοντα – μεγαλύτερα διαλείμματα.
- ✓ Οργάνωση μιας διαδικασίας εκπαίδευσης η οποία θα ξεκινά από εύκολα τμήματα σε δυσκολότερα, έτσι ώστε να υπάρχει η αίσθηση της επιτυχίας – προόδου.
- ✓ Ενίσχυση της ανατροφοδότησης με επαίνους κατά την ολοκλήρωση των καθηκόντων.
- ✓ Μέγιστη διάκριση σε εξωτερικές αξιολογήσεις με ενίσχυση της θετικής πλευράς των αποτελεσμάτων.
- ✓ Χρήση αναλυτικού αλγόριθμου – κάθε εργασία πρέπει να αναλύεται στα βασικά της τμήματα.
- ✓ Μείωση των επιπέδων εργασιακού άγχους – αποφυγή τόσο της κριτικής, όσο και της υπερβολής στη θετική αξιολόγηση.
- ✓ Αποφυγή καταστάσεων ανταγωνισμού – είναι προτιμότερο να ανταγωνίζεται κάποιος τον εαυτό του με βάση την αρχή «σήμερα είναι καλύτερα από ότι ήταν χθες».
- ✓ Οργάνωση της εργασίας κατά τέτοιον τρόπο ώστε το άτομο να έχει περιοδικά επιτυχίες που αυξάνουν την αυτοεκτίμησή του.
- ✓ Ο σκοπός πρέπει να αφορά όχι μόνο στο αποτέλεσμα αλλά στην διαδικασία και τα μέσα με τα οποία επιτυγχάνεται.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Γ: Οι Jane-Lopis et al (2005) εφαρμόζουν ένα πρόγραμμα στήριξης φροντιστών, το οποίο έχει σχεδιαστεί ώστε να αυξήσει τη συμμετοχή και την κοινωνική στήριξη των φροντιστών όσον αφορά την διαδικασία λήψης αποφάσεων που συνδέονται με την εργασία σε εγκαταστάσεις περίθαλψης του τομέα υγείας.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει έξι εκπαιδευτικές συνεδρίες (4 έως 5 ώρες) και συμμετέχουν 10 διευθυντές ιδρυμάτων και 10 μέλη του προσωπικού άμεσης φροντίδας. Στόχος του προγράμματος είναι η καλύτερη κατανόηση και ενίσχυση των υφιστάμενων, η αύξηση της συμμετοχής των εργαζομένων, η ανάπτυξη και καθοδήγηση εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και η εκμάθηση τεχνικών για την διατήρηση των νέων δεξιοτήτων.

Το πρόγραμμα προκάλεσε αύξηση του αριθμού των υποστηρικτικών σχολίων όσον αφορά την εργασία, ενίσχυσε την πεποίθηση των συμμετεχόντων ότι μπορούν να αντιμετωπίζουν εποικοδομητικά τις διαφωνίες και τον φόρτο εργασίας και τέλος ενίσχυσε το ομαδικό πνεύμα, την ψυχική υγεία και την ικανοποίηση από την εργασία.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Δ: Με εργατικό δυναμικό περίπου 8.500 υπαλλήλων, το δημόσιο νοσοκομείο Rigshospitalet είναι ένας από τους μεγαλύτερους εργοδότες στη Δανία. Ωστόσο, σύμφωνα με μια έρευνα του 2011 σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης από την εργασία, το άγχος, ο εκφοβισμός και η σεξουαλική παρενόχληση αναδείχθηκαν ως σημαντικά προβλήματα στον χώρο εργασίας.

Η βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας έγινε βασική προτεραιότητα για τα ανώτερα διοικητικά στελέχη. Αντί να εφαρμόσουν μια προσέγγιση από πάνω προς τα κάτω, εργάστηκαν σε ομάδες αξιολόγησης του περιβάλλοντος εργασίας σε επιμέρους τμήματα σε ολόκληρο το νοσοκομείο. Συνεργάστηκαν επίσης με εκπροσώπους

συνδικάτων και εργαζομένων, προκειμένου να εφαρμόσουν νέες πρακτικές για τον περιορισμό του εργασιακού άγχους, του εκφοβισμού και της σεξουαλικής παρενόχλησης.

Μέσα από την διαδικασία αυτή αναδείχθηκε η σημασία της ανταλλαγής γνώσεων και της υποβολής σχολίων, με αποτέλεσμα την αναδιοργάνωση του έργου των υφιστάμενων ομάδων. Εκπρόσωποι των εργαζομένων συμμετείχαν στον σχεδιασμό οδηγιών και πολιτικών για την πρόληψη του εργασιακού άγχους, του εκφοβισμού και της σεξουαλικής παρενόχλησης. Συγκροτήθηκε επίσης ένα δίκτυο διαχείρισης για την πρόληψη των καταχρηστικών συμπεριφορών, ενώ το ηλεκτρονικό ενημερωτικό δελτίο του νοσοκομείου περιέλαβε παραδείγματα περιπτώσεων όπου επιμέρους τμήματα του νοσοκομείου είχαν βελτιώσει σημαντικά το περιβάλλον εργασίας (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία – Healthy Workplaces, 2014-15)

Η προσπάθεια αυτή, ο οποία βραβεύτηκε στον διαγωνισμό των Ευρωπαϊκών Βραβείων Καλής Πρακτικής 2012-2013 για τους Ασφαλείς και Υγιείς Χώρους Εργασίας, βελτίωσε τον βαθμό ικανοποίησης από την εργασία και μείωσε το άγχος του προσωπικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Έρευνες για την Επαγγελματική Εξουθένωση σε Επαγγελματίες Υγείας

3.1 Εισαγωγή

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε γιατρούς και νοσηλευτές, καθότι αυτοί οι επαγγελματίες έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών που έχουν εκπονηθεί ως σήμερα και αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση, έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας (Jimmieson, 2000, Demir et al., 2003). Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με συχνές απουσίες των νοσηλευτών από την εργασία τους, αλλά και με εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Χαραλαμπίδου, 1996).

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

Ο χώρος που εργάζονται οι νοσηλευτές ανάλογα με την ειδικότητα τους φαίνεται ότι σχετίζεται με την ύπαρξη και τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Hannigan et al., (2000) και των Kilfedder C.J., et al., (2001) το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσιάζει έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία του. Για πολλούς νοσηλευτές, τα σημεία αυτά αποτέλεσαν το κίνητρο για επανεκτίμηση της εργασίας τους, ενώ για άλλους την αφορμή να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα. Εκτός από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, από έρευνες έχειδειχθεί ότι, οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, βιώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Brooks & Anderson, 2004, Cubrilo – Turek & Urek, 2006).

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

Οι ερευνητές Jaracz K., et al., (2005) οι οποίοι μελέτησαν νοσηλευτές από γενικά, νευρολογικά, και ψυχιατρικά τμήματα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, ο βαθμός πίεσης που δέχονται οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματος επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Πολλές φορές ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι τόσο έντονος που σύμφωνα με την εργασία των Pompili M., et al., (2006) μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Οι συγκριτικές μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι όσοι εργάζονται σε ογκολογικά και σε τμήματα με ασθενείς του AIDS. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές εκδηλώνουν πιο συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης καθότι οι ογκολογικοί ασθενείς

αποτελούν μια «δύσκολη» ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι ογκολογικοί ασθενείς χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης από τους νοσηλευτές διότι η απειλητική για τη ζωή ασθένεια και ο φόβος του πόνου και θανάτου, αποτελούν στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας του ασθενή με τους νοσηλευτές και το περιβάλλον τους (Schraub & Marx, 2004, Kash et al, 2000, Sherman et al, 2006, Quattrin et al, 2006). Εκτός από τον χώρο της εργασίας, άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι, ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλευτών σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

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

Η Severinsson (2003) καθώς και οι Ekstedt και Faberberg (2005) μελέτησαν την επαγγελματική εξουθένωση, παίρνοντας συνεντεύξεις από τους ίδιους τους νοσηλευτές που βίωσαν το συγκεκριμένο πρόβλημα. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ένιωθαν αδύναμοι να εκπληρώσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις, εξαντλημένοι, χωρίς ενέργεια και κίνητρο, αβοήθητοι και μόνοι. Τα προβλήματα φάνταζαν ανυπέρβλητα. Η έκθεση στον ανθρώπινο πόνο, το να είναι μάρτυρες σε στιγμές όπου οι άνθρωποι υποφέρουν, αποτελούσε αρχικά μια αγωνιώδη εμπειρία που τους έκανε να νιώθουν ευάλωτοι και να βιώνουν ενοχή για τη δυσκολία τους να βοηθήσουν. Κατηγορούσαν συνεχώς τον εαυτό τους για το ότι δεν ήταν καλοί νοσηλευτές. Δεν ήταν ικανοί να προσφέρουν, δεν είχαν να δώσουν. Τα όρια, τα οποία υποδείκνυαν πού άρχιζε και πού τελείωνε η ευθύνη ήταν απροσδιόριστα. Αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη μνήμη. Δε θυμούνταν πώς να κάνουν γνωστά πράγματα. και στη συγκέντρωση, καθώς και προβλήματα υγείας. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η ντροπή και οι ενοχές τους εμπόδιζαν να ζητήσουν βοήθεια. Η έντονη ντροπή τους οδηγούσε σε αισθήματα απώλειας ελέγχου, ανεπάρκειας και κατωτερότητας, στην απομάκρυνση από τους άλλους ανθρώπους και στην εγκατάλειψη. Αρχίζαν να παραιτούνται από τα τακτικά 59 γεύματα, τον ύπνο, τη σωματική άσκηση, τις κοινωνικές δραστηριότητες, το χρόνο για ξεκούραση. Ζούσαν συνεχώς με το φόβο, μήπως κάνουν λάθη. Βίωναν το δίλημμα να μην εμπλακούν συναισθηματικά ή να κάνουν σχέσεις δίχως νόημα με τους ασθενείς. Η αποστασιοποίηση από τους ασθενείς μια απαραίτητη διέξοδος. Προκαλούσε εσωτερική σύγκρουση και αίσθημα βαθιάς διάψευσης των προσδοκιών τους να είναι οι νοσηλευτές που ήθελαν, με αποτέλεσμα να απειλείται η επαγγελματική αυτοεικόνα τους. Ο αγώνας για να αποφύγουν την έκθεση της ευαλωτότητάς τους και να προστατέψουν την αυτοεικόνα τους, τους οδηγούσε στην κοινωνική απομόνωση, καθώς και στην απόθεση των συναισθημάτων τους. Η ανάρρωση άρχιζε μόνο όταν το πρόβλημα έφθανε στο απροχώρητο (“hitting bottom” stage) και άρχιζαν να αποδέχονται τις δυσκολίες τους.

3.2 Διεθνείς Μελέτες Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Ο ρόλος του οργανισμού και οι στρατηγικές που ακολουθεί μελετήθηκαν επίσης σε σχέση με την εξουθένωση των νοσηλευτών. Η έρευνα των Blumenthal et al (1998) σύγκρινε νοσηλευτές από το δημόσιο τομέα της Βρετανίας με νοσηλευτές που ασχολούνταν σε ευεργετικούς οργανισμούς και ιδρύματα. Το προσωπικό στους ευεργετικούς οργανισμούς είχε ξεκάθαρους ρόλους στην εργασία, θετικότερη στάση

απέναντι στην δουλειά του και τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης ήταν χαμηλότερα από αυτά των νοσηλευτών του δημόσιου τομέα. Παρόλα αυτά τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν συγκρίσιμα στις δύο ομάδες.

Οι Grunfeld et al (2000) διεξήγαγαν έρευνα σε 1016 εργαζόμενους ογκολογικών μονάδων του Οντάριο, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο MBI της Maslach. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ψυχολογική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και το μειωμένο αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων είναι πιο συχνά στον τομέα των θεραπευτών από ότι στο υπόλοιπο προσωπικό. Τα ευρήματα έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των ογκολογικών τμημάτων έχει υψηλά επίπεδα άγχους και σκέφτεται την παραίτηση ή την μείωση των ωρών εργασίας.

Η έρευνα των Demir et al (2003) έγινε σε 333 άτομα σε δύο νοσοκομεία της Τουρκίας, ένα δημόσιο και ένα πανεπιστημιακό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του πανεπιστημιακού νοσοκομείου παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης και αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι οι νοσηλευτές του πανεπιστημιακού νοσοκομείου αισθάνονται πιο ανεξάρτητοι στις εργασιακές τους δραστηριότητες. Και στα δύο νοσοκομεία η μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία και του ψηλότερο μορφωτικό επίπεδο σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης, ενώ οι πολλές νυχτερινές βάρδιες, οι κακές σχέσεις με τους συναδέλφους, προβλήματα της προσωπικής ζωής αυξάνουν την επαγγελματική εξουθένωση.

Σε μια εργασία των Bernardi et al (2005) μελετήθηκαν 40 άρθρα με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση από όλες τις ηπείρους εκτός από την Νότια Αμερική. Στην εργασία αυτή φάνηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις στρατηγικές του κάθε οργανισμού.

Ο Savery (2007) μελέτησε τα επίπεδα της επαγγελματικής ικανοποίησης σε σχέση με διάφορους παράγοντες ικανοποίησης. Το δείγμα αποτελούνταν από 100 νοσηλευτές ενός νοσοκομείου στο Perth της Δυτικής Αυστραλίας, ενώ οι απόψεις τους καταγράφηκαν με τη βοήθεια ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης ήταν ενθαρρυντικά, αφού το 43% δήλωσε πως είναι πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι (Savery (2007)). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην εργασιακή ικανοποίηση και το φύλο ή άλλα δημογραφικά στοιχεία. Αντίθετα, το επίπεδο ικανοποίησης φάνηκε να σχετίζεται με την ηλικία, αφού όσο αυξανόταν η ηλικία του εργαζομένου, αυξανόταν και ο βαθμός επαγγελματικής του ικανοποίησης. Τέλος, η δεδομένη έρευνα ανέδειξε, σύμφωνα με τις προτιμήσεις των νοσηλευτών, ως σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση τους ακόλουθους, με μειούμενη σημαντικότητα: το ενδιαφέρον της εργασίας, το αίσθημα της επιτυχίας, η σχέση με τον άμεσο επιβλέποντα, οι εργασιακές σχέσεις με τους συναδέλφους, η εργασιακή ασφάλεια, η υπευθυνότητα, η αναγνώριση της σωστής διεξαγωγής των υποχρεώσεων των εργαζομένων, οι εργασιακές συνθήκες, ο μισθός, οι ευκαιρίες για ανάπτυξη φιλικών σχέσεων και οι ευκαιρίες για εργασιακή εξέλιξη και ανέλιξη.

Στο ίδιο πλαίσιο, οι Chen (2011) διερεύνησαν το ρόλο της επαγγελματικής ικανοποίησης στην οργανωσιακή δέσμευση. Συνολικά συμπληρώθηκαν 643 ερωτηματολόγια από επαγγελματίες υγείας, από τα οποία προέκυψε ότι η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζει την οργανωσιακή δέσμευση μέσω του επαγγελματικού σχεδίου και της κατοχής της εργασιακής θέσης, ενώ η ίδια επιδρά μερικώς στην εργασιακή ασφάλεια και στην ατομική ικανοποίηση του ατόμου από την επαγγελματική του ανέλιξη, παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με την επαγγελματική δέσμευση (Chen et al., 2011).

Οι Raddaha et al. (2012) επιχείρησαν να εντοπίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών σε 3 τομείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης της Ιορδανίας. Το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας αποτελούνταν από 180 νοσηλευτές, οι απόψεις των οποίων συγκεντρώθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου και αναλύθηκαν με τη βοήθεια διάφορων στατιστικών μεθόδων, όπως είναι η παλινδρόμηση, η ANOVA και οι συσχετίσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο μέσος όρος της ικανοποίησης όλων των νοσηλευτών ήταν ίσος με 3,44/6. Παράλληλα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της πρόθεσης των νοσηλευτών να παραιτηθούν από την εργασία τους, του φύλου και της δυνατότητας προαγωγής (Raddaha et al., 2012).

Νοσηλευτική εξουθένωση: μελέτη σε μεγάλο στρατιωτικό νοσοκομείο. Η μελέτη των Gary Morris Lang και συν (2012) είχε ως σκοπό της να ερευνήσει τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές του Αμερικάνικου στρατού ενός νοσοκομείου 'μάχης' σε σχέση με το πολιτικό νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε στρατιωτικά νοσοκομεία στις ΗΠΑ. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 364 νοσηλευτές που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο κατά Maslach. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το T-Test και ανάλυση παλινδρόμησης. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι και οι δυο ομάδες βίωναν μεσαία επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, το πολιτικό νοσηλευτικό προσωπικό εμφάνιζε στατιστικά χαμηλότερο βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι νοσηλευτές που εργάζονταν πρωινή βάρδια, δεν εργάζονταν περισσότερο από 8 ώρες τη μέρα και είχαν λιγότερες επαφές με ασθενείς απ' ό,τι οι νοσηλευτές στο Ιράκ και το Αφγανιστάν, οι οποίοι ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης και συναισθηματικής εξάντλησης. Αυτή η μελέτη παρέχει ιδέες για αλλαγές πολιτικής σε εγκαταστάσεις ιατρικής περίθαλψης που αντιμετωπίζουν παρόμοιες προκλήσεις.

Ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον ζήτημα αποτελεί εάν η εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει τις παροχές προς τους ασθενείς και συνεπώς, την ικανοποίηση των τελευταίων από τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με σχετική έρευνα που διεξήχθη σε ιδιωτικά νοσοκομεία στη Δαμασκό, με δείγμα 325 νοσηλευτών και 393 ασθενών, η εργασιακή ασφάλεια σχετίζεται άμεσα με την επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ η τελευταία μεσολαβεί στη σύνδεση ανάμεσα στην εργασιακή ασφάλεια και στην ικανοποίηση των ασθενών. Με αυτόν τον τρόπο, συμπεραίνεται πως είναι απαραίτητο να υπάρχει ασφάλεια στη δουλειά, ώστε να εξασφαλίζεται η ικανοποίηση των εργαζομένων, και συνεπώς, η ικανοποίηση των ασθενών από τις παροχές των επαγγελματιών υγείας (Mahmoud and Reisel, 2014).

Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών στην Κίνα: έρευνα ερωτηματολογίου σχετικά με το προσωπικό, την ικανοποίηση από την εργασία και την ποιότητα της περίθαλψης. Στη συγκεκριμένη έρευνα των Minmin Lu et al. (2015) εξετάστηκε πως η νοσηλευτική στελέχωση ενός νοσοκομείου επηρεάζει την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα της φροντίδας. Η έλλειψη νοσηλευτών είναι ένα παγκόσμιο ζήτημα το οποίο επηρεάζει βαθιά την εργασιακή ικανοποίηση και την ποιότητα της φροντίδας. Πολλές ερευνητικές εργασίες ανέπτυξαν το συγκεκριμένο θέμα στην Κίνα. Εξετάστηκαν 873 νοσηλευτές με βάση τα δημογραφικά στοιχεία, τη στελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό, την εξάντληση από την εργασία, τη δυσαρέσκεια από την εργασία, την πρόθεση να αλλάξουν επάγγελμα και την ποιότητα της περίθαλψης. Σε κάθε 5 ασθενείς αναλογούσε κατά μέσο όρο ένας νοσηλευτής. Το 45.1 % των νοσηλευτών ανέφερε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και το 55.6 % δυσαρέσκεια από την εργασία. Σε άλλα μοντέλα όπου η αναλογία ασθενών-

νοσηλευτών ήταν μικρότερη, μικρότερη ήταν και η δυσαρέσκεια και καλύτερη η παροχή φροντίδας. Συμπερασματικά, η νοσηλευτική στελέχωση σχετίζεται με την επαγγελματική δυσαρέσκεια και την ποιότητα της φροντίδας.

Εξουθένωση νοσηλευτών: οι προσωπικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες ως προγνωστικοί δείκτες. Σκοπός της έρευνας των Shanshan και συν (2015) ήταν να ερευνηθεί τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης των κλινικών νοσηλευτών και να εξετάσει το κατά πόσο επηρεάζονται από προσωπικούς και εξωτερικούς παράγοντες. Μοιράστηκαν συνολικά 5 ερωτηματολόγια σε 717 αποκλειστικής απασχόλησης νοσηλευτές, στα οποία περιλαμβάνονταν το δημογραφικό ερωτηματολόγιο, το ερωτηματολόγιο κατά Maslach, της Γενικής κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας, η Κλίμακα Περιβαλλοντικής πρακτικής του δείκτη νοσηλευτικής εργασίας και η Κλίμακα στατιστικής εργασίας του νοσηλευτή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είχαν μεσαία επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και υψηλό επίπεδο μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης. Η επαγγελματική εξουθένωση βρέθηκε ότι συσχετίζεται τόσο με προσωπικούς όσο και με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ωστόσο, οι προσωπικοί παράγοντες βρέθηκε να παίζουν σημαντικότερο ρόλο στην πρόβλεψη της προσωπικής ολοκλήρωσης, ενώ οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση. Προκειμένου να υπάρξει αποτελεσματική μείωση της εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, θα πρέπει οι προϊστάμενοι να επικεντρωθούν στη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας των νοσηλευτών και του εργασιακού τους περιβάλλοντος, αλλά και να μειώσουν τους παράγοντες στρες.

Η μελέτη των B.Asghari και συν. (2016) είχε ως σκοπό της να προσδιορίσει τον επιπολασμό της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των Ιρανών νοσηλευτών και να εξετάσει τη σχέση που έχει με τα ωράρια εργασίας, αλλά και την ικανοποίηση από αυτήν. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 450 νοσηλευτές που εργάζονταν σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Τεχεράνης, στους οποίους μοιράστηκαν ερωτηματολόγια κατά Maslach (MBI). Από αυτά επεστράφησαν τα 362 με ποσοστό απόκρισης 80.44%. Οι νοσηλευτές χωρίστηκαν σε εκείνους που δούλευαν με βάρδιες (62.77%) και σε εκείνους που εργάζονταν μόνο πρωινά (37.23%). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν συχνή εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στον πληθυσμό της έρευνας. Αναλυτικά, το 64.4% των συμμετεχόντων ανέφεραν χαμηλά επίπεδα επίτευξης προσωπικών στόχων. Ακόμα, οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε βάρδιες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ δεν ανιχνεύθηκε σχέση μεταξύ του ωραρίου εργασίας με την αποπροσωποποίηση και την προσωπική ολοκλήρωση. Παράλληλα, τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από την εργασία, της συναισθηματικής εξάντλησης και της επίτευξης των προσωπικών στόχων (Asghari, et al., 2016).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, η αναφερόμενη από τους νοσηλευτές ποιότητα παροχής φροντίδας και τα αποτελέσματα στους ασθενείς σε νοσοκομεία της Ταϊλάνδης. Η έρευνα των Nantsupawat και συν. 2016, είχε ως σκοπό της να μελετήσει την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών στην αναφερόμενη από τους νοσηλευτές ποιότητα φροντίδας και στις ανεπιθύμητες ενέργειες και τα αποτελέσματα των ασθενών σε νοσοκομεία της Ταϊλάνδης. Η μεθοδολογία ήταν διασταυρούμενη ανάλυση δεδομένων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 2084 νοσηλευτές που εργάζονταν σε 94 δημόσια νοσοκομεία σε όλη την Ταϊλάνδη. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίου που συμπεριελάμβανε το ερωτηματολόγιο Maslach, το οποίο μετρά την ποιότητα φροντίδας και τα αποτελέσματα των ασθενών, όπως αυτά αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές.

Χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλά λογιστικά μοντέλα παλινδρόμησης για να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και των αποτελεσμάτων της στους ασθενείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 32% των νοσηλευτών ανέφεραν υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το 18% υψηλή αποπροσωποποίηση και το 35% χαμηλά ποσοστά προσωπικής ολοκλήρωσης. Επιπρόσθετα, το 16% των νοσηλευτών βαθμολόγησαν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ως καλή ή φτωχή, το 5% ανέφεραν πτώσεις ασθενών, το 11% λάθη στην φαρμακευτική αγωγή και το 14% ανέφεραν λοιμώξεις. Και οι τρεις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Maslach σχετίζονταν με αυξημένες αναφορές χαμηλής ποιότητας φροντίδας, πτώσεις ασθενών, λάθη στη χορήγηση φαρμάκων και μολύνσεις. Κάθε μονάδα αύξησης στο σκορ της συναισθηματικής εξάντλησης σχετιζόταν με κατά 2,63 φορές αύξηση στην αναφορά φτωχής ποιότητας στη φροντίδα, ένα 30% στην αύξηση των πτώσεων των ασθενών, ένα 47% αύξηση στα λάθη φαρμακευτικής χορήγησης και με κατά 32% αύξηση των μολύνσεων.

Οφέλη από το να ζητάς το τέλειο επαγγελματικά: Εξετάζοντας την σχέση νοσηλευτών και της ευεξίας τους Στόχος της μελέτης της Chang (2017) ήταν να εξεταστεί η τελειομανία σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση και τα συμπτώματα κατάθλιψης στους νοσηλευτές. Το δείγμα αποτέλεσαν 581 νοσηλευτές από διάφορες ιατρικές μονάδες σε διάφορα περιφερειακά νοσοκομεία της Ταϊβάν. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα: “Center for Epidemiologic Studies Depression Scale”, “Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey” και “Almost Perfect Scale-Revised”. Τα δεδομένα που συλλέχτηκαν αναλύθηκαν μέσω περιγραφικών στατιστικών στοιχείων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές στις ομάδες υγιών και μη υγιών τελειομανών ανέφεραν υψηλότερα προσωπικά standards και οργάνωση σε σύγκριση με τους μη τελειομανείς. Επιπρόσθετα, οι μη υγιείς και μη τελειομανείς ομάδες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα προσωπικής αποτυχίας συγκρινόμενες με τους υγιείς τελειομανείς. Τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τον σχεδιασμό προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης που προάγουν την αυτογνωσία των νοσηλευτών, στην κατανόηση της τελειομανίας και την ενίσχυση της προαγωγής της ψυχικής υγείας στην εργασία.

3.3 Ευρωπαϊκές Μελέτες Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης

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

Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Poncet M.C., et al., (2007) όπου μελετήθηκαν νοσηλευτές από την Γαλλία φάνηκε ότι, το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας είχαν βιώσει το σύνδρομο της επαγγελματικής 57 εξουθένωσης. Οι κύριοι εκλυτικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης προερχόταν από την έλλειψη οργάνωσης, την ποιότητα των σχέσεων εργασίας με τους προϊστάμενους και το ιατρικό προσωπικό, την αντιληπτή σύγκρουση με τον

ασθενή, τον φόβο από το θάνατο του ασθενούς και την συμμετοχή στις αποφάσεις για την πορεία του ασθενούς και του τμήματος.

Μελέτη σχετική με την εργασιακή ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου έδειξε πως το υψηλότερο ποσοστό των εργαζομένων (80%) δηλώνουν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από την απασχόλησή τους. Αναλυτικότερα, υψηλότερη ικανοποίηση σημείωσαν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο της Πάφου, συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται στο νοσοκομείο της Λεμεσού. Η ικανοποίηση αυτή βασίζεται στις σχέσεις των εργαζομένων με τους ασθενείς τους, στο μισθό, καθώς και στον ιδιαίτερο χαρακτήρα του επαγγέλματός τους. Ωστόσο, η δεδομένη μελέτη έδειξε πως παρά τα υψηλά ποσοστά συνολικής ικανοποίησης που σημείωσαν οι συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα υψηλός υπήρξε και ο μέσος όρος δυσαρέσκειας για συγκεκριμένους παράγοντες. Η απουσία αυτή της ικανοποίησης εμφανίστηκε σε διάφορες πτυχές της εργασίας τους, όπως είναι η διεύθυνση του νοσοκομείου, η αντικειμενικότητα στις προαγωγές, η επιβράβευση των επιτευγμάτων, η σωστή οργάνωση και η παροχή κινήτρων (Μακρής και συν., 2011).

Η έρευνα των Ραφτόπουλου και συν (2012) είχε ως σκοπό της τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους Κύπριους νοσηλευτές που εργάζονται σε διάφορα κλινικά τμήματα. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 1482 νοσηλευτές που εργάζονται και στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα, εκ των οποίων το 80,4% ήταν γυναίκες. Οι νοσηλευτές αυτοί επιλέχτηκαν με τυχαία δειγματοληπτική μέθοδο, λαμβάνοντας υπόψη τη γεωγραφική θέση, την ειδικότητα και το είδος της απασχόλησής τους. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία περιελάμβαναν διάφορες πτυχές που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, την κλίμακα BMI, ζητήματα που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος και σχετικά με την κόπωση που ανέφερε κάθε νοσηλεύτης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα 2/3 (65.1%) των νοσηλευτών πίστευαν ότι η δουλειά τους ήταν στρεσογόνα, με την πλειονότητα αυτών να είναι γυναίκες (67.7%). Παράλληλα, το 12.8% των νοσηλευτών πληρούσαν τα κριτήρια κατά Maslach. Τέλος, ο επιπολασμός της κόπωσης των νοσηλευτών βρέθηκε 91.9% και ήταν πάλι υψηλότερος στις γυναίκες (93%) απ' ότι στους άντρες (87.5%).

Η μελέτη των Μπαλτζή και συν (2012) είχε ως σκοπό της να μελετήσει τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου της Λάρνακας στην Κύπρο. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 νοσηλευτές, που εργάζονταν σε διαφορετικές κλινικές του νοσοκομείου. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ενός ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου, συμπεριλαμβανομένης της κλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 16. Από τους 100 συμμετέχοντες το 76% ήταν γυναίκες και το 24% ήταν άντρες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 35.8 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες βίωναν μεσαία επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι άντρες νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα βίωναν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και στις 3 παραμέτρους του μοντέλου της Maslach (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένο αίσθημα προσωπικής ολοκλήρωσης. Ακόμα, στην έρευνα παρουσιάζονται και αποτελέσματα από αυτούς που ήταν παντρεμένοι και από αυτούς που είχαν παιδιά. Τέλος, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι τα αποτελέσματα δεν είχαν σχέση με δημογραφικούς παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μπαλτζή, κ.α., 2012).

Οι καθοριστικοί παράγοντες και ο επιπολασμός του συνδρόμου burn out σε νοσηλευτές στα επείγοντα περιστατικά: μια συστηματική ανασκόπηση 25 ετών έρευνας από τον Jef Adriaenssens et al.,(2015). Το Burnout αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τους επαγγελματίες της υγείας και συνδέεται με τη μείωση της επαγγελματικής ευεξίας και την αύξηση της απουσίας, του κύκλου εργασιών και της ασθένειας. Οι νοσηλευτές είναι επιρρεπείς στο να εμφανίσουν εξουθένωση, αλλά ειδικά οι νοσηλευτές που εργάζονται στα επείγοντα περιστατικά είναι ακόμα περισσότερο ευάλωτοι, λόγω του απρόβλεπτου γεγονότος που συμβαίνει στα επείγοντα, του συνωστισμού και της αντιμετώπισης ευρέως φάσματος ασθενειών και περιστατικών. Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετηθεί η εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές επειγόντων και να εντοπιστούν οι ειδικοί παράγοντες (προσωπικοί και επαγγελματικοί) που είναι καθοριστικοί στην εμφάνιση του φαινομένου. Για την ολοκλήρωση της έρευνας έγινε ανασκόπηση των εμπειρικών ποσοτικών μελετών σε Άγγλους νοσηλευτές μεταξύ του 1989 και του 2014. Δεκαεπτά έρευνες μελετήθηκαν για το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης, που έδειξαν ότι το 26% των νοσηλευτών που εργάζονται σε επείγοντα περιστατικά υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση. Ατομικοί παράγοντες όπως τα δημογραφικά στοιχεία, τα προσωπικά χαρακτηριστικά και η στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων ήταν προγνωστικοί παράγοντες στην εμφάνιση του φαινομένου. Επιπλέον καθοριστικοί παράγοντες για την επαγγελματική εξουθένωση αποτέλεσαν επαγγελματικοί παράγοντες, όπως η έκθεση σε τραυματικά συμβάντα, τα χαρακτηριστικά της εργασίας και οι οργανωτικές μεταβλητές. Τα ποσοστά της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υψηλά λόγω κυρίως των απαιτήσεων της εργασίας, του ελέγχου της εργασίας και της έκθεσης σε τραυματικές καταστάσεις. Κατά συνέπεια, διατυπώνονται συγκεκριμένοι στόχοι δράσης για τη διαχείριση νοσοκομείων για την πρόληψη του κύκλου εργασιών και της εξάντλησης σε νοσηλευτές τμημάτων επειγόντων περιστατικών (Jef Adriaenssens, et al.,2015).

Ένα σημαντικό ερώτημα που διερεύνησαν οι Lampinen et al. (2015) στη Φιλανδία είναι ο τρόπος με τον οποίο συνδέονται οι παράγοντες που σχετίζονται με την αίσθηση της κοινότητας στο χώρο εργασίας με την επαγγελματική ικανοποίηση. Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμήθηκε σε 136 επαγγελματίες υγείας της Φιλανδίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι σημαντικότεροι παράγοντες με τους οποίους σχετίζεται η εργασιακή ικανοποίηση είναι το νόημα της εργασίας, η σωστή ροή των πληροφοριών μέσα στον οργανισμό, η ανοιχτή επικοινωνία και η αίσθηση της ασφάλειας. Επιπροσθέτως, η επαγγελματική ικανοποίηση συσχετίστηκε σημαντικά με την εμπειρία και με το ωράριο της εργασίας, αφού τα άτομα που εργάζονται πλήρες ωράριο φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι συγκριτικά με εκείνα που εργάζονται μόνο με μερική απασχόληση (Lampinen et al., 2015).

3.4 Ελληνικές Μελέτες Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Συχνά αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως ένα αναπόφευκτο κακό, από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν. Για το λόγο αυτό, είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα 60 που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησης τους (Σαπουντζή και Λεμονίδου, 1994).

Σε μελέτη των Παπαδοπούλου και συν (1997) σε εργαζόμενους στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις», φαίνεται ότι η καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες, η ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για την βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, η συνεργασία και τα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης μπορούν να βοηθήσουν τους εργαζόμενους.

Ο Καντάς (1998) αναφέρει ότι κακές συνθήκες εργασίας όπως, κακή αρχιτεκτονική διαρρύθμιση, κακός φωτισμός, τοξικές ουσίες/ακτινοβολία, δυσάρεστες μυρωδιές, ακραίες θερμοκρασίες ζεστές ή κρύες, έντονος θόρυβος, κακός αερισμός των νοσοκομείων δημιουργούν ενοχλήσεις, επηρεάζουν την παραγωγικότητα και προκαλούν αισθήματα κλειστοφοβίας στο νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης ο Καντάς στην ίδια έρευνα αναφέρεται και σε μια ακόμη ιδιαιτερότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος, το κυκλικό ωράριο εργασίας. Η εναλλαγή των διαστημάτων ημέρας και νύχτας κατά τα οποία διεξάγεται η εργασία των νοσηλευτών έχει σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες στον εργαζόμενο. Η αλλαγή των βιορυθμών επηρεάζει την αποδοτικότητα του εργαζόμενου και τον κάνει επιρρεπή στα ατυχήματα. Οι εναλλαγές βαρδιών έχουν επίδραση στη θερμοκρασία του σώματος, στο ρυθμό μεταβολισμού, στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, στη νοητική απόδοση αλλά και στα κίνητρα των εργαζομένων. Ακόμη έχουν επίδραση και στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή του εργαζόμενου. Σε μελέτη των Cooper et al (1996), φαίνεται ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο παρουσίασαν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, περισσότερα προβλήματα στην σεξουαλική τους ζωή και χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης από την προσωπική τους ζωή.

Στην Ελλάδα η Αδαλή (2000) εκπόνησε μελέτη με δείγμα 233 νοσηλευτές που εργάζονταν σε παθολογικά τμήματα πέντε κρατικών νοσοκομείων της Αθήνας. Σκοπός ήταν να μελετηθεί το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και η σχέση της με τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το φύλλο φάνηκε να έχει σχέση με τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ η ηλικία δεν φάνηκε να έχει ιδιαίτερο ρόλο. Η οικογενειακή κατάσταση έχει σχέση με την αποπροσωποποίηση και το επίπεδο εκπαίδευσης με την αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση. Σε μεταγενέστερη μελέτη οι Αδαλή και συν (2002) βρήκαν ότι οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Λόγων των υψηλών ποσοστών συναισθηματικής εξάντλησης που βρέθηκε στο δείγμα, οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται κόπωση, δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς τους, δεν αναπτύσσουν στενότερες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική και την συναισθηματική τους στήριξη. Προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από τα άτομα που θεωρούν πηγή της εξάντλησής τους.

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

Αντίθετα, σύμφωνα με την μελέτη των Κανδρή κ.α. (2004) η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για την σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι παρά τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στον Ελλαδικό

χώρο, το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει στην εργασία του, γιατί είναι ικανοποιημένο από το αντικείμενο της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους γιατί αφενός είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους αυτούς (Σαπουντζή και Λεμονίδου, 1994, Κανδρή κ.α., 2004).

Σημαντική θεωρείται και η εργασία των Σταύρου και συν (2005) για την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) της επαρχίας και την ικανοποίηση των διακομιζομένων ασθενών. Φαίνεται ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την εργασιακή απόδοση των εργαζομένων. Η αποπροσωποποίηση επηρεάζει την συμπεριφορά των πληρωμάτων απέναντι στους ασθενείς, αλλά και την επικοινωνία με τον γιατρό υποδοχής. Τέλος και οι τρεις μαζί διαστάσεις του συνδρόμου έχουν σαν αποτέλεσμα την μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών.

Σε μελέτη της Καδδά (2005) σε 42 δημόσια νοσοκομεία διαπιστώνεται η ύπαρξη του στρες κυρίως στα ογκολογικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το σημαντικότερο σε αυτή τη μελέτη είναι η διαπίστωση ότι υπάρχουν θετικά αποτελέσματα στα λίγα νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει οργανωμένες παρεμβάσεις διαχείρισης όπως, συζητήσεις με ειδικούς επιστήμονες, δημιουργία ομάδων εργασίας και υλοποίηση σεμιναρίων και ημερίδων.

Τα αποτελέσματα πολλών μελετών δείχνουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες και συχνά εμφανίζουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το άγχος, στο χώρο εργασίας, επηρεάζει τη σωματική και την ψυχική ευεξία τους, μειώνοντας την απόδοση και επηρεάζοντας αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Στόχος της έρευνας της Μπελλάλη και των συνεργατών της (2007) ήταν η διερεύνηση συνύπαρξης και συσχέτισης των παραπάνω φαινομένων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελλήνων νοσηλευτών. Το δείγμα αποτέλεσαν 347 νοσηλευτές/τριες και τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι επιβεβαιώθηκε η αρχική υπόθεση ότι η σωματική και η ψυχική υγεία των νοσηλευτών επηρεάζεται από το άγχος που βιώνουν στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση της ψυχικής υγείας με τους τρεις παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (συναισθηματική εξάντληση, επαγγελματικά επιτεύγματα και αποπροσωποποίηση). Όσον αφορά στη σωματική υγεία, μόνον ο παράγοντας της συναισθηματικής εξάντλησης βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά ($P < 0,001$). Επίσης, τα δύο όργανα εμφάνισαν υψηλούς συντελεστές εσωτερικής συνοχής.

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

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

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

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

Σε έρευνα των Μουστάκα και συν (2010) σε 328 Έλληνες νοσηλευτές σε νοσοκομεία της πρωτεύουσας και της επαρχίας μελετήθηκε η κοινωνική αναγνώριση ως παράγοντας επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας “μειωμένη κοινωνική αναγνώριση” υφίσταται για το νοσηλευτικό προσωπικό των ελληνικών νοσοκομείων, συμβάλλει στην αύξηση της έντασης του εργασιακού στρες και οδηγεί τους νοσηλευτές στο να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους.

Η Bellou (2010) μελέτησε τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται η εργασιακή ικανοποίηση από την οργανωτική κουλτούρα, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία και το φύλο των συμμετεχόντων. Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 3 δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας και το δείγμα αποτελούνταν από 125 επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία αυτά αποδέχονται ορισμένα χαρακτηριστικά της κουλτούρας, όπως είναι η καλή φήμη, οι ευκαιρίες για προσωπική ανέλιξη, η δικαιοσύνη και ο ενθουσιασμός για το επάγγελμα που ασκούν, ως παράγοντες ενίσχυσης της επαγγελματικής ικανοποίησης. Στον αντίποδα, η εργασιακή ικανοποίηση φαίνεται να περιορίζεται από ένα άλλο χαρακτηριστικό της κουλτούρας, την επιθετικότητα. Τέλος, αξίζει να επισημανθεί πως ο τρόπος με τον οποίο οι οργανωσιακές αυτές αξίες επιδρούν στην εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται άμεσα και από το φύλο και την ηλικία των εργαζομένων (Bellou, 2010).

Στην έρευνα του Ζηλίδη & Πραντσιδίου (2011) σκοπός ήταν η διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε κλειστά (χειρουργείο) και ανοιχτά τμήματα δυο δημόσιων νοσοκομείων.

Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν ενενήντα έξι άτομα εκ των οποίων τα σαράντα ένα προέρχονται από το χειρουργείο και τα άλλα πενήντα πέντε από παθολογικές κλινικές. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ένα τριμερές ερευνητικό εργαλείο συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών πληροφοριών, τον κατάλογο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach και ένα προαιρετικό μέρος ανοιχτών ερωτήσεων και κλειστών ερωτήσεων σχετικά με την ικανοποίησή τους από την εργασία. Σύμφωνα με τις μετρήσεις της Maslach, υπάρχει μέση επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των κλειστών και ανοιχτών τμημάτων και στις τρεις υποκλίμακες. Αν και αναμενόμενο θα ήταν στα ανοιχτά τμήματα το σύνδρομο να έχει μεγαλύτερες διαστάσεις, λόγω του φόρτου εργασίας σε όλα τα ωράρια, δεν υπάρχει στατιστική διαφορά ανάμεσα στα δύο τμήματα. Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου οι απαντήσεις κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα, με τους νοσηλευτές του χειρουργείου να είναι μέτρια ευχαριστημένοι από το επάγγελμα τους γενικά και ειδικά ως νοσηλευτές, να είναι απρόθυμοι να αλλάξουν αντικείμενο μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, ωστόσο όμως οι μισοί από αυτούς να δέχονται να κάνουν κάποια άλλη δουλειά με καλύτερες συνθήκες εργασίας. Αντίθετα, οι νοσηλευτές των ανοιχτών τμημάτων εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι και δεν ενδιαφέρονται να κάνουν κάποια άλλη δουλειά. Το συμπέρασμα που βγαίνει από την έρευνα είναι ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν εξαρτάται τόσο από το αν το τμήμα είναι κλειστό ή ανοιχτό αλλά από παράγοντες που απασχολούν τους νοσηλευτές όπως, η έλλειψη προσωπικού, ο άνισος καταμερισμός αυτού, ο φόρτος εργασίας και το κυκλικό ωράριο.

Σε μια σχετική έρευνα που έγινε στη χώρα μας, είχε ως στόχο την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού σε περίοδο οικονομικής κρίσης και τη διερεύνηση της συμβολής των δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων στη διαμόρφωση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Στην έρευνα συμμετείχε δείγμα 103 νοσηλευτών που εργάζονταν σε τέσσερα δημόσια νοσοκομεία, τρία στην Αθήνα κι ένα στην περιφέρεια. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ-30). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το δείγμα φάνηκε να έχει κατάθλιψη σε μικρότερο βαθμό (1 στους 7 εργαζομένους-νοσηλευτές), αλλά παρουσίαζε άγχος σε μεγαλύτερο βαθμό (1 στους 4 εργαζόμενους-νοσηλευτές), τόσο λόγω των συνθηκών εργασίας, όσο και λόγω της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Αναφορικά με τις δημογραφικές μεταβλητές, φάνηκε πως παίζουν σημαντικό ρόλο στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης του νοσηλευτικού προσωπικού. Φάνηκε δηλαδή ότι η εκδήλωση αυτών των ψυχικών διαταραχών σχετιζόταν με το φύλο, την ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι γυναίκες, τα άτομα μικρότερης ηλικίας, χαμηλότερης εκπαίδευσης, μεγαλύτερης προϋπηρεσίας, που έμεναν μόνα τους, κι από τα έγγαμα, αυτά που είχαν παιδιά, είναι πιο ευάλωτα στην εκδήλωση αυτών των ψυχικών διαταραχών. (Καλογεροπούλου & Παπαθανασοπούλου, 2013).

Οι Trivellas et al. (2013) διερεύνησαν την επίπτωση του εργασιακού άγχους, και συγκεκριμένα, ορισμένων στρεσογόνων παραγόντων, στην εργασιακή ικανοποίηση, σε ένα δείγμα 271 νοσηλευτών που απασχολούνται σε νοσοκομεία της Ελλάδας. Οι παράγοντες που μελετήθηκαν ως προς την επαγγελματική ικανοποίηση ήταν ο φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις, η πρόσβαση σε πληροφορίες, η προοπτική εξέλιξης, καθώς και οι πτυχές ανατροφοδότησης. Τα αποτελέσματα της δεδομένης έρευνας έδειξαν ότι αρνητική συσχέτιση με την εργασιακή ικανοποίηση έχουν ο φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις και η έλλειψη αυτονομίας, ενώ θετική συσχέτιση παρουσιάζουν η ανατροφοδότηση και η πρόσβαση σε πληροφορίες (Trivellas et al. 2013).

Το 2013, οι Πέλεχας και Αντωνιάδης διεξήγαγαν μια συγκριτική μελέτη για την εργασιακή ικανοποίηση σε δύο διαφορετικά νοσοκομεία της Ελλάδας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα ποσοστά ικανοποίησης ήταν αρκετά χαμηλά και στα δύο νοσοκομεία, ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τιμών ικανοποίησης των νοσηλευτών και των ιατρών. Όσον αφορά στα αίτια που σχετίζονται με την εργασιακή ικανοποίηση, ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση είναι η σχέση με τους συναδέλφους, ενώ εκείνος που επιδρά αρνητικά στην ίδια είναι οι χαμηλές απολαβές (Πέλεχας & Αντωνιάδης, 2013).

Μια σχετικά πρόσφατη έρευνα επιχείρησε να διερευνήσει τις αντιλήψεις των κλινικών ηγετών των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης της Ελλάδας σχετικά με την επίδραση της οργανωσιακής μάθησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στην εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων. Το δείγμα αποτελούνταν από επικεφαλείς 123 τμημάτων 15 ελληνικών νοσοκομείων και η έρευνα διεξήχθη βάσει ενός ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια θετική επίδραση της οργανωσιακής μάθησης και της ποιότητας των εσωτερικών υπηρεσιών στην επαγγελματική ικανοποίηση, γεγονός που μπορεί να αξιοποιηθεί για τη βελτίωση της λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων της χώρας μας (Pantounakis & Mprogiatizidis, 2013).

Η εργασιακή ικανοποίηση έχει διερευνηθεί ευρέως στην Ελλάδα στους επαγγελματίες υγείας. Αρχικά, οι Λαμπράκη και συν. (2016) μελέτησαν την επαγγελματική ικανοποίηση και τις προσδοκίες από την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο της Κρήτης. Οι βασικότερες παράμετροι που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση φαίνεται να είναι το αντικείμενο εργασίας και η σχέση των εργαζομένων με τους ασθενείς τους, ενώ, αντίθετα, οι κυριότεροι παράγοντες δυσαρέσκειας βρέθηκαν να είναι η απουσία προοπτικής επαγγελματικής ανέλιξης, οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας και οι χαμηλές αποδοχές (Λαμπράκη και συν., 2016).

Η έρευνα των Παπακωνσταντίνου και συν (2016) είχε ως σκοπό την διερεύνηση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και ταυτόχρονα των παραγόντων που επιδρούν προστατευτικά ή επιβαρυντικά στην εμφάνισή της. Έγινε προσπάθεια να συσχετιστεί η επαγγελματική εξουθένωση με δημογραφικούς και προσωπικούς παράγοντες. Το δείγμα της ερευνητικής εργασίας, αποτέλεσαν 240 νοσηλευτές, με τη συλλογή των δεδομένων να πραγματοποιείται με τη χρήση ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια δημιουργήθηκαν βάσει της κλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI), συμπτώματα δηλαδή που έχουν να κάνουν με την σωματική και ψυχική υγεία καθώς και δημογραφικά-προσωπικά χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα που πάρθηκαν ήταν τα εξής: Το 84,2% του δείγματος αποτελούσαν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 15,8% ήταν άνδρες. Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε από 20 έως και 60 έτη. Το 77,1% εργάζεται στο δημόσιο τομέα και ένα ποσοστό της τάξης του 22,9% εργάζεται στο χώρο της ιδιωτικής υγείας. Τα αποτελέσματα που εξήχθησαν έκαναν φανερό το πολύ υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα οι νοσηλευτές βίωναν υψηλό βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης (MT=32,20), αυξημένη αποπροσωποποίηση (MT=12,15) και υψηλή αίσθηση μη επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων (MT=33,58). Το 70,8% του συνολικού δείγματος εμφάνισε αγχώδεις διαταραχές. Ωστόσο τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας ήταν οι πόνοι στη μέση (65,8%), οι αϋπνίες (47,5%) και οι ημικρανίες (42,5%). Περνώντας στα αποτελέσματα των δύο φύλων, οι γυναίκες βίωναν σε μεγαλύτερα επίπεδα το

συναίσθημα της εξάντλησης και αποπροσωποποίησης ενώ εν αντιθέσει με το ανδρικό δυναμικό που βίωνε μικρότερο επίπεδο προσωπικής ολοκλήρωσης. Τα χρόνια εργασίας διαδραμάτισαν και αυτά τον ρόλο τους καθώς νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας βίωναν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και έλλειψη προσωπικών επιτεύξεων, ενώ παράλληλα βίωναν μικρότερο επίπεδο αποπροσωποποίησης αριθμός των συμπτωμάτων και το άγχος διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η συναισθηματική εξάντληση είναι ο μοναδικός παράγοντας που εμφανίστηκε ως σημαντικός στις εκδηλώσεις όλων των συμπτωμάτων.

Σκοπός της έρευνας της Τσετσελή (2017) αποτέλεσε η μελέτη της ψυχολογικής - επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου, καθώς επίσης και η διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνισή τους. Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 103 νοσηλευτές (85 γυναίκες και 18 άνδρες) από το Γενικό Νοσοκομείο της Ρόδου. Το νοσηλευτικό προσωπικό κλήθηκε να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο, ανώνυμο φυσικά, αποτελούμενο από το ερωτηματολόγιο MBI (Maslach Burnout Inventory) για την εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και το PHQ-9 (Patient Health Questionnaire -9) για την εκτίμηση της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα που ελήφθησαν έδειξαν ότι υπήρξε μέτριας μορφής επαγγελματική εξουθένωση ενώ 83 νοσηλευτές εμφάνισαν σημάδια κατάθλιψης. Το 39,8% εμφάνισε ήπια μορφή κατάθλιψης, το 29,1% μέτρια, 4,9% μέτρια-σοβαρή και 6,8% σοβαρή μορφή. Μεταξύ της κατάθλιψης και της συναισθηματικής εξάντλησης παρατηρήθηκε μεγάλη συσχέτιση.

Σκοπός της έρευνας της Τρίτα (2017) ήταν να διερευνηθεί το σύνδρομο burnout μεταξύ των νοσηλευτών του χειρουργείου και της Μ.Ε.Θ. σε ιδιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας. Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 76 νοσηλευτές που εργάζονταν στο ιδιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου τύπου Maslach. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, σημαντική συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση εμφάνισε η ποιότητα εργασιακής ζωής και το εκπαιδευτικό επίπεδο, όπου όσο καλύτερο ήταν τόσο περισσότερο μεγαλύτερη συσχέτιση είχε. Τέλος, με την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων η συχνότητα των λαθών στην εργασία αυξάνονταν.

Η έρευνα της Κυρίλη Α. (2017) είχε ως σκοπό να διερευνήσει το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών σε μονάδες ατόμων με αναπηρίες. Η έρευνα συμπληρώθηκε από 106 εργαζομένους που εργάζονται στο «Παράρτημα ΑμεΑ Ανατολικής Αθήνας (Μονάδα Γλυφάδας Μονάδα Μελισσίων)», το «Παράρτημα ΑμεΑ Δυτικής Αθήνας» και το «Παράρτημα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Βούλας». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 92,5% των ερωτηθέντων αναφέρει υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το 83% υψηλό επίπεδο προσωπικών επιτευγμάτων και το 92,5% υψηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης. Επίσης βρέθηκαν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων και μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης. Ακόμα υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο οι απόφοιτοι δημοτικού έχουν υψηλότερο επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης έναντι των αποφοίτων γυμνασίου. Οι απόφοιτοι λυκείου, ΑΕΙ ή ΤΕΙ έχουν υψηλότερο επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης έναντι των αποφοίτων γυμνασίου. Αναφορικά με το εισόδημα, όσοι έχουν εισόδημα κάτω από 580 είχαν υψηλότερο επίπεδο προσωπικών επιτευγμάτων έναντι όσων είχαν εισόδημα από ή πάνω από 1150 ευρώ. Τέλος όσοι

δεν αντιμετώπιζαν καμία ή λίγες δυσκολίες είχαν μικρότερη συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με όσους αντιμετώπιζαν αρκετές δυσκολίες ενώ ειδικότερα οι νοσηλευτές εμφάνισαν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με τους θεραπευτές, τους διοικητικούς αλλά και τις άλλες κατηγορίες θέσεων. Συμπεραίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας στις δομές ατόμων με αναπηρία αντιμετωπίζουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης για διαφορετικούς λόγους ο καθένας (ατομικές προσεγγίσεις, περιβαλλοντικές προσεγγίσεις). Ως εκ τούτου πρέπει να ληφθεί υπόψη η αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού για την αποτελεσματικότερη λειτουργία των υπηρεσιών στα άτομα με αναπηρία (Κυρίλη, 2017).

Η έρευνα της Μουτσέλου (2017) είχε ως σκοπό αρχικά την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κόπωσης και της ενσυναίσθησης από την παροχή φροντίδας και την διερεύνηση της σωματικής και ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού του Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς». Παράλληλα, και αφού ανακάλυπτε τα αίτια, είχε ως σκοπό να τα επιλύσει με προτάσεις συγκεκριμένων μέτρων. Τα δεδομένα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν συλλέχθηκαν την βοήθεια ενός ερωτηματολογίου το οποίο αποτελούνταν από τέσσερα μέρη. Πιο συγκεκριμένα, (α) το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας SF12, (β) η Κλίμακα Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής ProQol_5, (γ) Η Κλίμακα Ενσυναίσθησης Jefferson και (δ) μια σειρά ερωτήσεων αποτύπωσης των κοινωνικών - δημογραφικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτικού προσωπικού. Το δείγμα αποτελούνταν από 128 νοσηλευτές του Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς» Τα αποτελέσματα της έρευνας αποτύπωσαν τα προβλήματα που διερευνήθηκαν και πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές εμφάνιζαν μεγάλο βαθμό ενσυναίσθησης αλλά και μεγάλα επίπεδα κόπωσης που οφείλονταν κατά κανόνα στην ενσυναίσθηση και μεγάλο βαθμό τραυματικού άγχους. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν με κυκλικό ωράριο εμφάνισε, σε σχέση με τους υπολοίπους, αισθητά χειρότερη ψυχική και σωματική υγεία. Κάτι που έκανε εντύπωση ήταν πως σε σχέση με τις περισσότερες έρευνες δεν υπήρξαν διαφορές ανάμεσα στις απαντήσεις των δύο φύλων και τα χρόνια προϋπηρεσίας. Εν κατακλείδι, η αρθρογράφος παραθέτει ορισμένες προτάσεις, με τις οποίες θεωρεί πως θα επιλυθούν ορισμένα προβλήματα όπως τα παραπάνω, που θα κάνουν την ζωή των επαγγελματιών υγείας ευκολότερη. Πιο συγκεκριμένα, η διοίκηση των νοσοκομείων θα πρέπει να αναγνωρίσει και να ανταμείψει τους νοσηλευτές. Η ανταμοιβή δεν είναι απαραίτητο να είναι χρηματική αλλά έστω να παρέχει ηθική ικανοποίηση και αναγνώριση - δύο παράγοντες που συμβάλλουν πολύ πιο αποτελεσματικά στην αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επίσης, η ψυχολογική υποστήριξη και σεμινάρια εκπαίδευσης διαχείρισης άγχους, που προκαλούνται από τον παροχή φροντίδας στους ασθενείς θα πρέπει να υλοποιηθούν από τα εκάστοτε νοσοκομεία.

Στον παρακάτω πίνακα 5 φαίνονται συνοπτικά οι παράγοντες, που σύμφωνα με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 5: Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας

Προσωπικότητα	Επαγγελματική ικανοποίηση
Βαθμός εκπαίδευσης	Εργασιακή ανασφάλεια
Εκπαίδευση στην επικοινωνία	Επίπεδο αμοιβής

Ικανότητα ελέγχου καταστάσεων	Ωράριο εργασίας
Συναισθηματική νοημοσύνη	Μορφή απασχόλησης
Σχέσεις με συναδέλφους	Φόρτος εργασίας
Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά	Εργασιακή ρουτίνα
Χώρος εργασίας	Έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης
Ρόλος του οργανισμού	Κακές κτιριακές υποδομές

Από την ανασκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι η ψυχιατρική νοσηρότητα κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρόνια ψυχιατρικά προβλήματα, όπως επαγγελματική εξουθένωση, κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.ά. Αυτά τα προβλήματα έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα σε ιατρούς και νοσηλευτές σε σχέση με άλλες ομάδες πληθυσμού. Οι συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες παρουσιάζουν αυξημένο επαγγελματικό στρες, οφειλόμενο στη διαχείριση επειγουσών καταστάσεων. Επομένως, αυξάνεται η ψυχοσυναισθηματική τους επιβάρυνση και η εμφάνιση καταστάσεων ψυχικής νοσηρότητας. Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί άλλον έναν παράγοντα κινδύνου εμφάνισης ψυχικής νοσηρότητας. Η αντιμετώπιση του φαινομένου της εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών σε επαγγελματίες υγείας και σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας απαιτεί επίγνωση της δικής τους ευαλωτότητας, καθώς και των συναδέλφων τους. Οπότε, απαιτείται επαγρύπνηση των δομών, έτσι ώστε να εντοπιστούν εγκαίρως οι περιπτώσεις εργαζομένων που χρήζουν επιστημονικής προσέγγισης. Πάντως, η σοβαρότητα του θέματος απαιτεί τη διερεύνησή του και στη χώρα μας, έτσι ώστε να αναγνωριστεί, να καταγραφεί και να ερευνηθεί (Κοϊνής, Τζιαφέρη & Σαρίδη, 2014).

Στόχος είναι να σχεδιαστεί μια παρέμβαση που θα συμβάλλει στην πρόληψη των σχετικών φαινομένων. Η παρέμβαση έχει συμβουλευτικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα. Η εφαρμογή της γίνεται από ειδικό του πλαισίου (ψυχολόγο ή ψυχίατρο). Μπορεί να γίνει σε ατομικό, αλλά κυρίως γίνεται σε ομαδικό επίπεδο, με τη διενέργεια συναντήσεων του προσωπικού. Πιο συγκεκριμένα, στις ατομικές συνεδρίες, συζητούνται θέματα που έχουν να κάνουν με την οικογένειά τους, με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον χώρο εργασίας τους και στη ζωή τους γενικότερα, καθώς και σενάρια και προοπτικές για το μέλλον τους. Στις ομαδικές συναντήσεις συζητάνε ζητήματα που σχετίζονται με την επαγγελματική τους ζωή, με τις επαγγελματικές τους επιλογές και δυνατότητες, με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον χώρο εργασίας, αλλά και το πώς αυτά τα προβλήματα και οι δυσκολίες επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία (Κοϊνής, Τζιαφέρη & Σαρίδη, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Συστηματική ανασκόπηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής κρίσης

4.1 Αναγκαιότητα και σκοπός της μελέτης

Μια συστηματική ανασκόπηση επιχειρεί να συλλέξει όλη την υπάρχουσα τεκμηριωμένη βιβλιογραφία, σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού μελετών, προκειμένου να απαντηθεί ένα ερευνητικό ερώτημα. Χαρακτηρίζεται από μια σαφή διατύπωση των αντικειμενικών σκοπών και της μεθοδολογίας που ακολουθείται, προκειμένου να διασφαλίζεται η επαναληψιμότητά της. Επιχειρείται συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας, προκειμένου να αναγνωριστούν όλες οι σχετικές μελέτες που έχουν δημοσιευτεί.

Η επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει τόσο τους ερευνητές του εξωτερικού όσο και στην Ελλάδα. Οι διάφορες δημοσιεύσεις δίνουν βάρος στους λόγους επαγγελματικής εξουθένωσης. Στη παρούσα συστηματική ανασκόπηση έγινε ανασκόπηση στις μηχανές αναζήτησης όπως PubMed και Scholar Google. Συμπεριλήφθηκαν άρθρα που ήταν γραμμένα στα ελληνικά και αγγλικά.

Στα κριτήρια απόρριψης περιλαμβάνονται οι μελέτες που μελετούν την κατάθλιψη ή το εργασιακό stress αλλά δεν μελετάτε συσχετισμός αυτών με το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Σκοπός της μελέτης είναι να συγκεντρωθούν άρθρα που αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα κατά την οικονομική κρίση και θα δειχθεί μέσω της ανασκόπησης αυτής.

4.2 Μεθοδολογία

4.2.1 Κριτήρια Εισαγωγής Μελετών

Στη συστηματική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν έρευνες που αναφέρονταν στην επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

4.2.2 Στρατηγική αναζήτησης

Έγινε βιβλιογραφική αναζήτηση στις 20/9/2018 στη μηχανή αναζήτησης PubMed, για το ερευνητικό ερώτημα με τις λέξεις κλειδιά: burnout, Greece, financial crisis, στην Αγγλική γλώσσα και χρονικό περιορισμό από το 2009-σήμερα

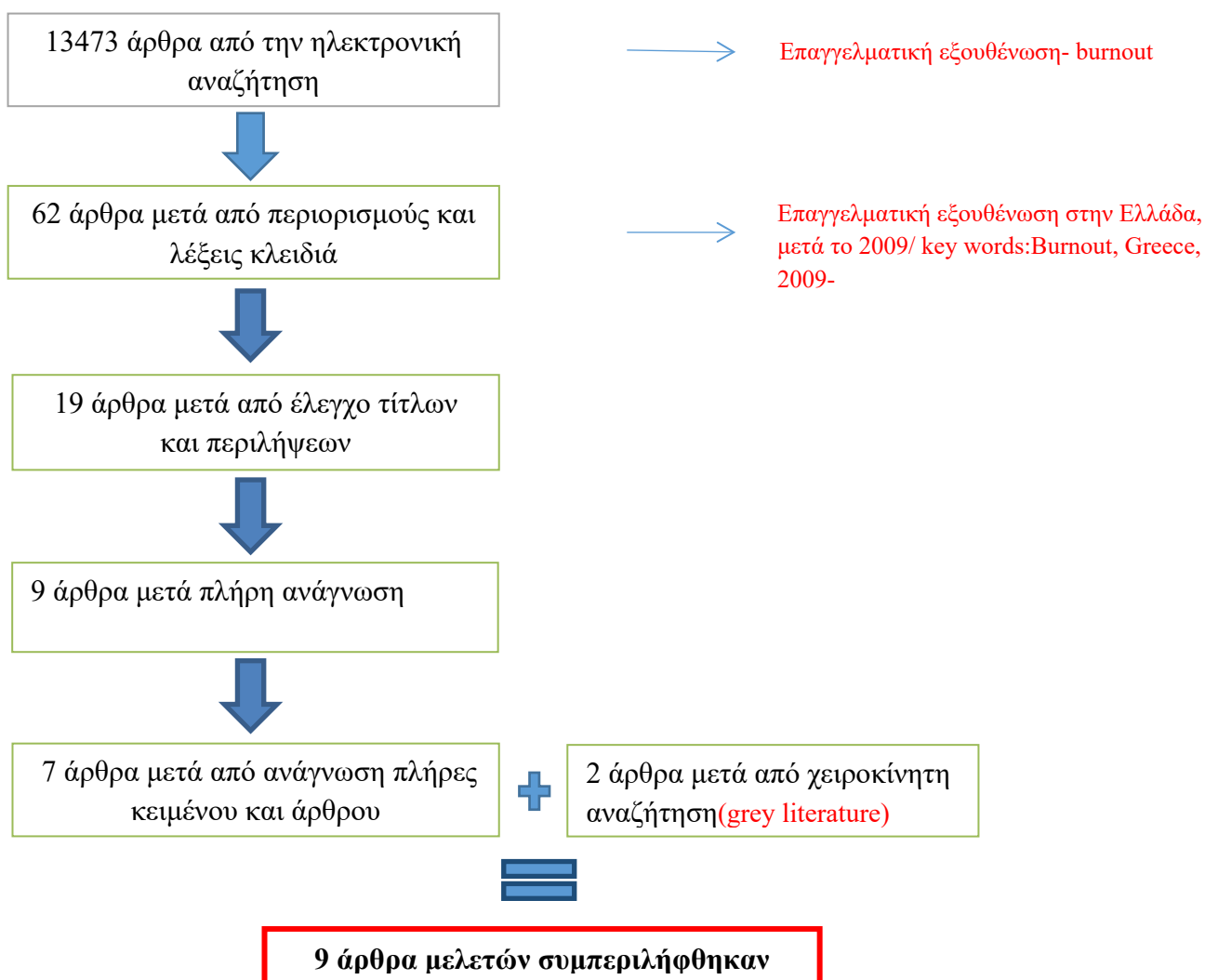
Επιπλέον, έγινε χειροκίνητη αναζήτηση στο Scholar Google στη παραπάνω αναζήτηση θέτοντας τις λέξεις κλειδιά.

4.3 Αποτελέσματα

Από τη στρατηγική αναζήτησης ανασύρθηκαν 13473 άρθρα μελετών, με τη λέξη κλειδί κατά την αναζήτηση <<burnout>>.

Συγκεκριμένα, για το ερευνητικό ερώτημα που αφορά την επαγγελματική εξουθένωση στην Ελλάδα από τα 13473 άρθρα, τέθηκαν κι άλλοι περιορισμοί στην αναζήτηση. Μετά από την αναζήτηση, με περιορισμούς (βάζοντας τη φράση με τις λέξεις κλειδιά μετά το 2009) εμφανίσθηκαν 62 άρθρα. Μετά την ανάγνωση τίτλων και περιλήψεων απορρίφθηκαν τα 43 άρθρα. Στη συνέχεια διαβάστηκαν 19 ολόκληρα άρθρα μελετών. Ο τελικός αριθμός των άρθρων που ήταν σχετικός με το ερευνητικό μας ερώτημα ήταν 7. Επιπλέον, με χειροκίνητη αναζήτηση στο Scholar Google ανασύρθηκαν 5 ακόμη άρθρα στην Ελληνική γλώσσα, τα οποία ήταν σχετικά με το ερευνητικό μας ερώτημα. Επομένως, ο συνολικός αριθμός των άρθρων μελετών που σχετίζονται με το ερευνητικό ερώτημα είναι 12.

Διάγραμμα ροής συστηματικής ανασκόπησης



4.3.1 Μελέτες που συμπεριλήφθηκαν

Στον παρακάτω Πίνακα 5.2 φαίνονται συγκεντρωμένα κάποια στοιχεία των επιλεγμένων ερευνών ερευνητικού ερωτήματος << επαγγελματική εξουθένωση στην Ελλάδα μετά το 2009>>.

Πίνακας 5.2: Περίληψη επιλεγμένων ερευνών

Αναφορά	Έτος	Δείγμα υπό μελέτη	Σχεδιασμός μελέτης	Μέτρηση εκβάσεων	Συμπεράσματα
Διλιντάς	2010	218 επαγγελματίες υγείας	Συγχρονική έρευνα	Ανώνυμο ερωτηματολόγιο για να περιγράψει την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που έχει ποικίλες επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας και δυσχεραίνει την επικοινωνία με τους ασθενείς	Φαίνεται από τη μελέτη ότι η επαγγελματική εξουθένωση κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα και για τις τρεις διαστάσεις της (συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης, έλλειψης προσωπικής επίτευξης)
Μουστάκα και συν	2010	328 νοσηλευτές σε νοσοκομεία της πρωτεύουσας και της επαρχίας	Συγχρονική έρευνα	Μελετήθηκε η κοινωνική αναγνώριση ως παράγοντας επαγγελματικής εξουθένωσης	Αυτή η μελέτη έδειξε ότι ο παράγοντας “μειωμένη κοινωνική αναγνώριση” υφίσταται για το νοσηλευτικό προσωπικό των ελληνικών νοσοκομείων, συμβάλει στην αύξηση της έντασης του εργασιακού στρες και οδηγεί τους νοσηλευτές στο να εγκαταλείμουν το επάγγελμά τους
Ζηλίδη και Πραντσίδου	2011	41 νοσηλευτές που εργάζονται στο χειρουργείο και 55 που εργάζονται σε παθολογικές κλινικές	Συγχρονική έρευνα	Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ένα τριμερές ερευνητικό εργαλείο συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών πληροφοριών, τον κατάλογο επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach και ένα προαιρετικό μέρος ανοιχτών ερωτήσεων και κλειστών ερωτήσεων σχετικά με την ικανοποίησή τους από την εργασία	Το συμπέρασμα που βγαίνει από την έρευνα είναι ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν εξαρτάται τόσο από το αν το τμήμα είναι κλειστό ή ανοιχτό αλλά από παράγοντες που απασχολούν τους νοσηλευτές όπως, η έλλειψη προσωπικού, ο άνισος καταμερισμός αυτού, ο φόρτος εργασίας και το κυκλικό ωράριο
Καλογεροπούλου και Παπαθανασοπούλου	2013	103 νοσηλευτές που εργάζονταν σε τέσσερα δημόσια νοσοκομεία, τρία στην Αθήνα κι ένα στην περιφέρεια	Συγχρονική έρευνα	ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ-30)	Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το δείγμα φάνηκε να έχει κατάθλιψη σε μικρότερο βαθμό, αλλά παρουσίαζε άγχος σε μεγαλύτερο βαθμό, τόσο λόγω των συνθηκών εργασίας, όσο και λόγω της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Αναφορικά με τις δημογραφικές μεταβλητές φάνηκε ότι η εκδήλωση αυτών των ψυχικών διαταραχών σχετιζόταν με το φύλο, την ηλικία, τα έτη

					προϋπηρεσίας, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι γυναίκες, τα άτομα μικρότερης ηλικίας, χαμηλότερης εκπαίδευσης, μεγαλύτερης προϋπηρεσίας, που έμεναν μόνα τους, κι από τα έγγαμα, αυτά που είχαν παιδιά, είναι πιο ευάλωτα στην εκδήλωση αυτών των ψυχικών διαταραχών
Rachiotis et al	2014	2 ελληνικές νοσοκομειακές μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας	Συγχρονική μελέτη	Μελετήθηκε η συχνότητα της έλλειψης ιατρικών προμηθειών στα νοσοκομεία αυτά και ο κίνδυνος εξάντλησης των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Maslach (MBI) ένα επιπλέον ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά στοιχεία και τις συνθήκες εργασίας	Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα ποσοστά του επιπολασμού, της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και της χαμηλής προσωπικής επίτευξης ήταν αρκετά υψηλά, ενώ η έλλειψη ιατρικών προμηθειών συνδέθηκε σημαντικά με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση, γεγονός που αποδεικνύει ότι η λιτότητα έχει επηρεάσει την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα
Παπακωνσταντίνου και συν	2016	240 νοσηλεύτες	Συγχρονική έρευνα	Τα ερωτηματολόγια δημιουργήθηκαν βάσει της κλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI), συμπτώματα δηλαδή που έχουν να κάνουν με την σωματική και ψυχική υγεία καθώς και δημογραφικά-προσωπικά χαρακτηριστικά	Περνώντας στα αποτελέσματα των δύο φύλων, οι γυναίκες βίωναν σε μεγαλύτερα επίπεδα το συναίσθημα της εξάντλησης και αποπροσωποποίησης ενώ εν αντιθέσει με το ανδρικό δυναμικό που βίωσε μικρότερο επίπεδο προσωπικής ολοκλήρωσης. Τα χρόνια εργασίας διαδραμάτισαν και αυτά τον ρόλο τους καθώς νοσηλεύτες με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας βίωναν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και έλλειψη προσωπικών επιτεύξεων, ενώ παράλληλα βίωναν μικρότερο επίπεδο αποπροσωποποίησης αριθμός των συμπτωμάτων και το άγχος διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η συναισθηματική εξάντληση είναι ο μοναδικός παράγοντας που εμφανίστηκε ως σημαντικός στις εκδηλώσεις όλων των συμπτωμάτων
Τσετσελή	2017	103 νοσηλεύτες (85 γυναίκες και 18 άνδρες) από το Γενικό Νοσοκομείο της Ρόδου	Συγχρονική έρευνα	Το νοσηλευτικό προσωπικό κλήθηκε να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο, ανώνυμο φυσικά, αποτελούμενο από το ερωτηματολόγιο MBI (Maslach Burnout Inventory) για την εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και το PHQ-9 (Patient Health Questionnaire -9) για την εκτίμηση της	Τα αποτελέσματα που ελήφθησαν έδειξαν ότι υπήρξε μέτριας μορφής επαγγελματική εξουθένωση ενώ 83 νοσηλεύτες εμφάνισαν σημάδια κατάθλιψης. Μεταξύ της κατάθλιψης και της συναισθηματικής εξάντλησης παρατηρήθηκε μεγάλη συσχέτιση

				κατάθλιψης	
Τρίτα	2017	76 νοσηλευτές που εργάζονταν στο ιδιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας μεταξύ των νοσηλευτών του χειρουργείου και της Μ.Ε.Θ	Συγχρονική έρευνα	Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου τύπου Maslach	Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, σημαντική συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση εμφάνισε η ποιότητα εργασιακής ζωής και το εκπαιδευτικό επίπεδο, όπου όσο καλύτερο ήταν τόσο περισσότερο μεγαλύτερη συσχέτιση είχε. Τέλος, με την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων η συχνότητα των λαθών στην εργασία αυξάνονταν
Κυρίλη	2017	106 εργαζομένους που εργάζονται στο «Παράρτημα ΑμεΑ Ανατολικής Αθήνας (Μονάδα Γλυφάδας Μονάδα Μελισσίων)», το «Παράρτημα ΑμεΑ Δυτικής Αθήνας» και το «Παράρτημα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Βούλας»	Συγχρονική έρευνα	Η έρευνα είχε ως σκοπό να διερευνήσει το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών σε μονάδες ατόμων με αναπηρίες	Συμπεραίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας στις δομές ατόμων με αναπηρία αντιμετωπίζουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης για διαφορετικούς λόγους ο καθένας (ατομικές προσεγγίσεις, περιβαλλοντικές προσεγγίσεις). Ως εκ τούτου πρέπει να ληφθεί υπόψη η αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού για την αποτελεσματικότερη λειτουργία των υπηρεσιών στα άτομα με αναπηρία
Μουτσέλου	2017	128 νοσηλευτές του Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»	Συγχρονική έρευνα	Τα δεδομένα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν συλλέχθηκαν την βοήθεια ενός ερωτηματολογίου το οποίο αποτελούνταν από τέσσερα μέρη. Πιο συγκεκριμένα, (α) το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας SF12, (β) η Κλίμακα Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής ProQol_5, (γ) Η Κλίμακα Ενσυναίσθησης Jefferson και (δ) μια σειρά ερωτήσεων αποτύπωσης των κοινωνικών - δημογραφικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτικού προσωπικού	Τα αποτελέσματα της έρευνας αποτύπωσαν ότι οι νοσηλευτές εμφάνιζαν μεγάλο βαθμό ενσυναίσθησης αλλά και μεγάλα επίπεδα κόπωσης που οφείλονταν κατά κανόνα στην ενσυναίσθηση και μεγάλο βαθμό τραυματικού άγχους. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν με κυκλικό ωράριο εμφάνισε, σε σχέση με τους υπολοίπους, αισθητά χειρότερη ψυχική και σωματική υγεία. Κάτι που έκανε εντύπωση ήταν πως σε σχέση με τις περισσότερες έρευνες δεν υπήρξαν διαφορές ανάμεσα στις απαντήσεις των δύο φύλων και τα χρόνια προϋπηρεσίας
Sifaki et al	2018	2050 επαγγελματίες υγείας (1025 στην περίοδο Α:2008 και 1025 στην	Συγχρονική έρευνα	Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή δεδομένων για την επαγγελματική εξουθένωση των	Είναι προφανές ότι η τρέχουσα οικονομική κρίση και οι συνθήκες εργασίας έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην κατάσταση υγείας των νέων ιατρικών ερευνητών στην Ελλάδα. Οι παρατηρούμενες αυξημένες τάσεις και οι

		περίοδο B:2017)		επαγγελματιών υγείας πριν και μετά τη κρίση έγινε μέσω των ερωτηματολογίων DASS-21 και της Maslach (MBI)	προσδιορισμένοι προγνωστικοί παράγοντες θα μπορούσαν να κατευθύνουν στοχοθετημένες και ολοκληρωμένες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των δυσχερειών μεταξύ των ιατρικών ερευνητών όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες που πάσχουν από οικονομική κρίση.
--	--	--------------------	--	---	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής κόπωσης έχει ποικίλες επιδράσεις στη ζωή του εργαζομένου-επαγγελματία υγείας. Η έγκαιρη αναγνώριση και πρόληψη του συνδρόμου είναι υψίστης σπουδαιότητας γιατί το σύνδρομο «burnout» είναι δυνατό να επηρεάσει σημαντικά τη υγεία του εργαζομένου και την ποιότητα ζωής του.

Η μείωση των πηγών έντασης, η διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης, και η προαγωγή της υγείας, με την δημιουργία ειδικής υποστηρικτικής ομάδας στο εργασιακό χώρο του νοσοκομείου και την εφαρμογή ενός προγράμματος συμβουλευτικής βοήθειας και αντιμετώπισης του συνδρόμου έχει ευεργετικά αποτελέσματα όχι μόνο για τον εργαζόμενο αλλά και για τον ασθενή.

Η διοίκηση του νοσοκομείου οφείλει να υποστηρίξει τους νοσηλευτές και το ιατρικό προσωπικό, τους κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι βιώνουν το σύνδρομο όπως για παράδειγμα της δημιουργίας ομάδων που αποτελούνται από ψυχολόγους και ψυχιάτρους για την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας, να βοηθήσει στην ανάπτυξη και βελτίωση της ανθεκτικότητας στην επαγγελματική εξουθένωση και να ενθαρρύνει υποστηρικτικό κλίμα στο χώρο της εργασίας. Επίσης, κρίνεται απολύτως αναγκαίος ο ορθός επαγγελματικός προσανατολισμός και η κοινωνική καταξίωση των επαγγελματιών υγείας.

Ξεκινώντας με παλιές έρευνες που μελετήθηκαν από τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Ψυχαγωγίας(2005) και Firth-Cozens & Payne (1999) παρατηρήθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό και οι ψυχίατροι δείχνουν να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών, που σημαίνει ότι παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα της συναισθηματικής εξάντλησης.

Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι σε σημαντικές έρευνες στην Ευρώπη παρατηρήθηκε ότι το καταρτισμένο προσωπικό παρουσίασε υψηλότερη πίεση φόρτου εργασίας από αναρμόδιο προσωπικό, μεγάλο ποσοστό του προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και των επειγόντων περιστατικών είχαν βιώσει σε μεγάλο βαθμό το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Jenkins & Elliott, 2004). Επιπροσθέτως στη Κύπρο παρατηρήθηκε ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό εργαζομένων είναι γυναίκες (80,4%) και βρέθηκε ότι ο επιπολασμός κόπωσης είναι (91,9%) και πολύ υψηλότερος για τις γυναίκες (93%) (Ραφτόπουλος και συν., 2012).

Σε πρόσφατη έρευνα (2015) που έγινε στην Ευρώπη παρατηρήθηκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση συσχετίστηκε σημαντικά με την εμπειρία και με το ωράριο της εργασίας (Lampinen et al., 2015).

Διεθνώς παρατηρούμε ότι έχουν γίνει πάρα πολλές έρευνες για την επαγγελματική εξουθένωση. Σε παλαιότερες έρευνες διακρίνουμε ότι το προσωπικό που εργαζόταν σε ευεργετικούς οργανισμούς, ιδρύματα, πρωινή βάρδια και είχαν λιγότερες επαφές με ασθενείς βίωναν μεσαία επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με αυτούς που δούλευαν σε δημόσια νοσοκομεία και με βάρδιες. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πρόσφατη έρευνα που έγινε βρέθηκε ότι η εργασιακή ασφάλεια, οι προσωπικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες σχετίζονται άμεσα με την επαγγελματική ικανοποίηση, την προσωπική ολοκλήρωση, την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση. Ακόμη, τα αποτελέσματα μιας έρευνας έδειξαν ότι προσωπικό στις ομάδες υγιών και μη υγιών τελειομανών αναφέρουν υψηλότερα προσωπικά

standards και οργάνωση σε σύγκριση με τους μη τελειομανείς, έχοντας σαν αποτέλεσμα να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα προσωπικής αποτυχίας (Chang, 2017).

Όσον αφορά τον Ελλαδικό χώρο, σε παλαιότερες έρευνες βρήκαν ότι οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται κόπωση, δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς τους, δεν αναπτύσσουν στενότερες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική και την συναισθηματική τους στήριξη και προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από τα άτομα που θεωρούν πηγή της εξάντλησής τους (Αδαλή και συν 2002).

Σημαντική θεωρείται και η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του ΕΚΑΒ, των ογκολογικών τμημάτων και σε ομάδες ατόμων με αναπηρίες στις μέρες μας. Μια έρευνα που πρέπει να σημειωθεί επίσης είναι ότι τα χαρακτηριστικά της κουλτούρας επιδρούν στην εργασιακή ικανοποίηση και επισημαίνεται ότι περιορίζεται γιατί χαρακτηριστικό της είναι η επιθετικότητα (Σταύρου και συν 2005).

Σε πιο πρόσφατες έρευνες φάνηκε ότι αρκετό ποσοστό του προσωπικού παρουσιάζει κατάθλιψη εν συγκρίσει με τα πολύ μεγαλύτερα ποσοστά που παρουσιάζουν άγχος, επειδή είναι σε μεγάλο βαθμό λόγω των συνθηκών εργασίας και λόγω της τρέχουσας οικονομικής κρίσης (Καλογεροπούλου & Παπαθανασοπούλου, 2013).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην πρόσφατη έρευνα των Sifaki και συν., (2018), πριν από την κρίση η επαγγελματική εξουθένωση ήταν στο 20% και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης το ποσοστό αυξήθηκε στο 60%. Είναι προφανές ότι η τρέχουσα οικονομική κρίση και οι συνθήκες εργασίας έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην κατάσταση υγείας των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα. Επίσης στην μελέτη του Rachiotis και συν., (2014), παρατηρείται ότι ο επιπολασμός της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και της χαμηλής προσωπικής επίτευξης ήταν 44,5% 43,2% και 51,5%, αντίστοιχα, ενώ η έλλειψη ιατρικών προμηθειών συνδέθηκε σημαντικά με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση, γεγονός που αποδεικνύει ότι η λιτότητα έχει επηρεάσει την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Συμπερασματικά βλέπουμε ότι τα ποσοστά είναι αρκετά αυξημένα στον Ελλαδικό χώρο ειδικά κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω παρατηρούμε ότι το κοινό που έχουν όλες οι χώρες, είναι ότι πλέον τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης χρόνο με το χρόνο όλο και αυξάνονται και το μεγαλύτερο ποσοστό εστιάζεται στη συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού.

Η περίοδος της κρίσης στην Ελλάδα πέραν των μισθολογικών μειώσεων στους επαγγελματίες υγείας φαίνεται να επέδρασε και σε πολλούς ακόμα τομείς στη ζωή τους. Πολύ μεγάλο ποσοστό έχει σκεφτεί να μεταναστεύσουν σε άλλη χώρα κάνοντας την ίδια εργασία. Συγκριτικά με τα ποσοστά προ κρίσης φαίνεται ότι το προσωπικό δεν δουλεύει με τον ίδιο ενδιαφέρον όπως δούλευε πριν και επιπλέον πολύ μεγάλο ποσοστό πλέον δεν διαθέτει χρόνο για θέματα που αφορούν την υγεία τους.

Επίσης, παρατηρώντας ότι λόγω της οικονομικής κρίσης έχει μειωθεί κατά πολύ το προσωπικό στους χώρους της υγείας, γιατί πλέον έχουν μειωθεί οι διαγωνισμοί μόνιμης πρόσληψης στους χώρους που έχει ως αρνητικό αντίκτυπο σε όλους. Παρατηρούμε ότι η αναλογία ασθενών-νοσηλευτών είναι μικρότερη σε σχέση με τα δεδομένα προ κρίσης, οπότε ήταν μικρότερη και η δυσαρέσκεια και καλύτερη η παροχή φροντίδας.

Παρόλα αυτά, βλέπουμε εν μέσω κρίσης ότι τα ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με τους συναδέλφους τους είναι πολύ υψηλά, σαν αποτέλεσμα να επηρεάζει θετικά το περιβάλλον εργασίας. Συγκριτικά με τις διεθνείς έρευνες βλέπουμε ότι τα ποσοστά άγχους είναι αρκετά υψηλά αλλά όχι τόσο όσο στον Ελλαδικό χώρο.

Είναι απαραίτητο να τονιστεί όμως ότι παρά τα υψηλά ποσοστά στην Ελλάδα, το προσωπικό παραμένει στην εργασία του, γιατί είναι ικανοποιημένο από το αντικείμενο της επαγγελματικής του δραστηριότητας, αντιθέτως με τις υπόλοιπες χώρες που παραιτούνται πιο εύκολα και επιλέγουν άλλο αντικείμενο εργασίας.

Παρατηρώντας στην Ελλάδα συγκριτικά προ και μέσα στη κρίση, βλέπουμε ότι τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν αυξηθεί. Ενδεικτικά, βλέποντας μέσα από τη βιβλιογραφία σε έρευνα που έγινε από τη Ρούπα το 2008 το ποσοστό συναισθηματικής εξάντλησης είναι (41,9%), τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (44%) και από έντονα αισθήματα αποπροσωποποίησης (38%). Ενώ από έρευνα που έγινε από την Κυρίλη το 2017, παρατηρούμε ότι το (92,5%) αναφέρει υψηλή συναισθηματική εξάντληση, το (83%) υψηλό επίπεδο προσωπικών επιτευγμάτων και το (92,5%) υψηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης. Συγκρίνοντας τα ποσοστά βλέπουμε ότι υπάρχει πολύ μεγάλη αύξηση μέσα στα χρόνια της κρίσης που σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν επηρεαστεί κατά πολύ μεγάλο βαθμό από την οικονομική κρίση.

Πρέπει η Ελλάδα να παίρνει παράδειγμα από τις ξένες χώρες όσον αφορά την προσπάθεια τους για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, που αναπτύσσουν οργανωμένες παρεμβάσεις διαχείρισης όπως, συζητήσεις με ειδικούς επιστήμονες, δημιουργούν ομάδες εργασίας και υλοποιούν σεμινάρια και ημερίδες.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία επισημαίνουμε την ανάγκη οι μελλοντικές έρευνες να εστιάσουν στον τρόπο με τον οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και ιδίως όσοι εργάζονται στα νοσοκομεία. Επιπλέον θα πρέπει να ερευνηθεί πως τελικά οι προτάσεις τους να γίνουν εφαρμογή στο χώρο της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Αδαλή Ε., Πριάμη, Μ., Εαγγέλου, Ε., Υφαντή, Μ., Μουγιά, Β. (2002), Επαγγελματική Εξουθένωση και Εργασιακό Περιβάλλον Ψυχιατρικού Νοσηλευτικού Προσωπικού, Νοσηλευτική, 1, 105-114.
2. Αδαλή, Ε. Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε παθολογικά τμήματα, ΜΕΘ, και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 1999.
3. Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Πλάτη, Χ. (2000), Επίδραση Δημογραφικών και Επαγγελματικών Χαρακτηριστικών των Νοσηλευτών στην Εμφάνιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, Νοσηλευτική, 4, 313-324.
4. Αντωνίου Α.Σ. (2005). Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης <<Ψυχαργώς- β' Φάση. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ψυχιατρική Κλινική. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ). Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού, 1-54.
5. Αντωνίου Α.Σ. (2006). Εργασιακό Στρες. Αθήνα: Παρισιάνου.
6. Bellou, V. (2010) Organizational culture as a predictor of job satisfaction: the role of gender and age, Career Development International. 15(1). p.4-19.
7. Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ., (2000), Βασικές Αρχές Διοίκησης- Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα.
8. Διλιντάς, Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο πρόσωπο ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(3): 498-508.
9. DiMatteo, M. R., Martin L.R. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της υγείας. (Επιμ. Φ. Αναγνωστόπουλος & Γ. Ποταμιάνος), Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
10. Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Λιάσκος, Ι., Ρουμελιώτου, Ι., Φωκά, Α. & Πιστόλης, Ι. (2009). Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. Νοσηλευτική, 48(2): 190-199.
11. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (2014), Θεματικό Δελτίο: Εργασία χωρίς Άγχος, Αθήνα. Διαθέσιμο: <http://www.elinyae.gr>
12. Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης Και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) (2002), Πρόληψη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες. Διαθέσιμο: http://www.epapsy.gr/files/Odigos_Prolipsis_Burnout.pdf
13. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2000), OSH in Figures: Stress at Work – Facts and Figures, Διαθέσιμο: http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EU-C_OSH
14. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2002), The Use of Occupational Safety and Health Management Systems in the Member States of the European Union: Experiences at Company Level. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/307>
15. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία-Healthy Workplaces (2014-15), Οδηγός Εκστρατείας: Διαχείριση του Άγχους και των Ψυχοκοινωνικών Κινδύνων στην Εργασία. Διαθέσιμο: www.healthy-workplaces.eu/campaign-material

16. Ζαβλανός, Μ., (2006), Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα, Εκδόσεις Σταμούλη, Πειραιάς.
17. Ζηλίδης, Χ., Πραντσιδου, Δ., (2011). Διερεύνηση επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε ανοικτά τμήματα και χειρουργεία.
18. Greenberg J., Baron R.A. (2013). Οργανωσιακή Ψυχολογία και Συμπεριφορά (σελ 322-323)
19. Καδδά, Α.(2005), Τρόποι Διαχείρισης του Stress των Επαγγελματιών Υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία, Επιθεώρηση Υγείας, 16, 23-26.
20. Καλογεροπούλου, Μ., & Παπαθανασοπούλου, Ε., (2013). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού – Πιλοτική μελέτη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30 (5), 587-594.
21. Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ. & Μόσχος Ν. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης <<burnoutsyndrome>> στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. Νοσηλευτική, 43(1):116-125.
22. Κανελλόπουλος, Χ. (1991), Αποτελεσματική Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων, Ιδιωτική Έκδοση 6, Αθήνα.
23. Κάντας Α., (1996). Επαγγελματικό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. Ψυχολογία, 3(2): 71-85.
24. Κάντας Α., (1998), Οργανωτική και Βιομηχανική Ψυχολογία, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
25. Κοϊνης, Α. Ρ., Τζιαφέρη, Σ., & Σαρίδη, Μ. (2014). Προβλήματα ψυχικής υγείας σε επαγγελματίες υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6 (1), 8-17.
26. Κουράκος Μ., Καυκιά, Θ., Ρεκλείτη, Μ., Ζυγά, Σ., Κοτρώτσιου, Ε., και Γκούβα, Μ., (2011). Μελέτη ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας – νοσηλευτών παθολογικών κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , 29(1), σελ. 61-69.
27. Κυρίλη, Α., Τζιάλλας, Δ., (2017). Μελέτη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών σε Μονάδες Ατόμων με Αναπηρία.
28. Λαμπράκη, Μ., Βλασιάδης, Κ., Πατεράκης, Γ., Φιλαλήθης, Α., (2016). Προσδοκίες και ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής . 33(4). P.472-478.
29. Μακρής, Μ., Θεοδώρου, Μ. & Middleton, Ν. (2011) Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 28(2). p.234-244.
30. Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργώς – Β΄ φάση (2005). <<Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης>>. Αθήνα.
31. Montana, P., Charnov, B. (1993), Μάνατζμεντ, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
32. Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Κουβέλα, Θ.Ο. (2010), Η Χαμηλή Κοινωνική Αναγνώριση του νοσηλευτικού Επαγγέλματος ως Παράγοντας Εργασιακού Στρες του Νοσηλευτικού Προσωπικού, hugeia@εργασια, 1(2), 65-76.
33. Μουτσέλου, Μ., (2017). Η σχέση μεταξύ συναίσθησης, κόπωσης από την παροχή ενσυναισθητικής φροντίδας και γενικής υγείας. Ερευνητική μελέτη στο νοσηλευτικό προσωπικό νοσηλευτικό του Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»
34. Μπαλτζή, Ε., Χαρή, Παπαϊωάννου, Φ., Πολυκανδριώτη, Μ., Γουρνή., Μ., Χαραλάμπους, Γ., Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών του γενικού νοσοκομείου Λάρνακας Κύπρου, Το Βήμα του Ασκληπιού 11ος Τόμος, 4ο Τεύχος, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2012.
35. Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος Ν., Καλαφάτη, Μ., Νιάκας, Δ., (2007). Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με

- την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 24, 75-84.
36. Μπουραντάς, Δ. (2005), Ηγεσία: Ο Δρόμος της Διαρκούς Επιτυχίας. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
37. Μπουραντάς, Δ., Παπαλεξανδρή, Ν. (2003), Εισαγωγή στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
38. Παντουβάκης, Α. και Μπογιατζίδης, Π. (2012). Η σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και εσωτερικής ποιότητας μέσω των αντιλήψεων της κλινικής ηγεσίας νοσηλευτικών τμημάτων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1), σελ. 44 – 50.
39. Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., Παραγωγική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. Ψυχολογικά Θέματα 1992, 5:183-202.
40. Παπαδοπούλου, Κ., Χριστογιώργος, Σ., Ζαχαρίας, Β., Τσιαντής, Ι. (1997), Ανάγκες Υποστήριξης και Επαγγελματική Εξουθένωση του Προσωπικού. Η Εμπειρία των Εργαζομένων στο Κοινωνικό Σπίτι <<Η Θέτις>>, Τετράδια Ψυχιατρικής, 57, 84-89.
41. Παπαλεξανδρή, Ν., Μπουραντάς, Δ. (2002), Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
42. Παπαπαδάτου, Δ. Αναγνωστόπουλος, Φ. (1994), Επαγγελματική Εξουθένωση. Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
43. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνα. Τόμος , Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
44. Πέλεχας, Ε., Αντωνιάδης, Α., (2013). Συγκριτικά μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία της Ελλάδας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 30(3). p.325-334.
45. Πολύζου, Β., (2017), Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή σύνδρομο burnout. Ποιες οι αιτίες και τα συμπτώματα που προκαλεί. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: https://medlabgr.blogspot.com/2015/03/burnout_30.html (τελευταία πρόσβαση στις 5/9/2018).
46. Πολυκανδριώτη, Μ., &Στεφανίδου Σ., (2013). Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Το Βήμα του Ασκληπιού, 12 (4), 397-408.
47. Ποταμιάνος, Γ.Α. (2002), Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
48. Ρούπα , Ζ., Ραφτόπουλος, Β., Τζαβέλας, Γ., Σαπουντζή , δ., και Κοτρώτσιου, Ε. (2008). << Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα>>, Νοσηλευτική, 47, (2):247-255.
49. Σαπουντζή , Δ. &Λεμονίδου Χ.(1994). Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα Εξελίξεις και Προοπτικές. Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
50. Σταύρου, Σ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (2005), Επαγγελματική Εξουθένωση του Προσωπικού του ΕΚΑΒ και Ικανοποίηση των Διακομιζόμενων Ασθενών, Επιθεώρηση Υγείας, 16, 11-25.
51. Τερζίδης, Κ., Τζωρτζάκης, Κ. (2004), Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων, Εκδόσεις Rosili, Αθήνα.
52. Τσετσελή, Μ., (2017). Επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου. Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνισή τους.
53. Τσουβαλτζίδου, Θ., Αλεξόπουλος, Ε., Βαγγέλη, Ε., Μεσολωρά, Φ., Δετοράκης, Ι., Γελαστοπούλου, Ε., (2011) Επαγγελματικό στρες, εργασιακή ικανοποίηση και ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας νοσηλευτικού προσωπικού στο νομό Αχαΐας, Αχαϊκή Ιατρική, Τόμος XXX, Νοσηλευτικά και Άλλα.

54. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα: Υγεία – Πρόνοια 2000-2006, Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο. Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης ΨΥΧΑΡΓΟΣ- Β ΦΑΣΗ, Αθήνα.
55. Χαραλαμπίδου , Ε. (1996). Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο χώρο του Νοσοκομείου. Διδακτορική Διατριβή.

ΔΙΕΘΝΗΣ

1. Adams, J.S. (1965), Inequality in Social Exchange in Advances in Experimental Psychology, L. Berkowitz (ed.), Academic Press, New York, NY.
2. Alderfer, CP., (1969), An Empirical Test of a New Theory of Human Needs, Organizational Behavior and Human Performance, 4, 142-175.
3. American Music Therapy Association (2014), What is Music Therapy? Available at: <http://www.musictherapy.org>
4. American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2002), Magnet Recognition Program. Retrieved January 19, 2003. Available at: <http://nursingworld.org/ancc/magnet/magnet.htm>
5. American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2013), Magnet Recognition Program® Overview. Available at: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>
6. American Psychological Association (APA) (2005), From the American Psychological Association. Available at: <http://www.apahelpcenter.org>.
7. Anthony, J. (1991), Psychological Aspects of Exercise, Clinics in Sports Medicine, 10, 171–180.
8. Antoniou, A.S. (1999), Personal Traits and Professional Burnout in Health Professionals, Archives of Hellenic Medicine, 16(1), 20-28.
9. Arnold, J., Cooper, C.I. & Robertson I.T. (1995). Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place. 2nd ed. London: Pitman.
10. Asghari, B., Bazazan, A., Nasouhi, S., Aghghy, Q., Ahmadi, F., Talebian, A., Asadi, M., Raei, A., Mohammadpour, P., Job burnout and its association with work schedules and job satisfaction among Iranian nurses in a public hospital: A questionnaire survey, Biotechnology and Health Sciences, Journal of Qazvin University of Medical Sciences, 3(3), 2016.
11. Bakker, A.B., Demerouti, E. (2007), The Job Demands-Resources Model: State of the Art, Journal of Managerial Psychology, 22, 309-328.
12. Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H.J., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.
13. Bartlett, K.R., Kang, D.S. (2004), Training in Organizational Commitment in Response to Industry and Organizational change in New Zealand and the United States, Human Resource Development International, 7(4), 423-440.
14. Beck, S.J. (2000), Εισαγωγή στη Γνωσιακή Θεραπεία, Εκδόσεις Πατάκη.
15. Bennett, J.A. (1987). The Divided Circle. A History of Instruments for Astronomy, Navigation and Surveying, Oxford.
16. Bernardi, M., Catania, G., Marceca, F (2005), The World of Nursing Burnout. A Literature Review, Prof Inferm. 58(2), 75-79.
17. Blumenthal, S., Lavender, T., Hewson S. (1998), Role Clarity, Perception of the Organization and Burnout amongst Support Workers in Residential Homes for People

- with Intellectual Disability: A Comparison between a National Health Service Trust and a Charitable Company, *Journal of Intellectual Disability Research*, 42 (5), 409-417.
18. BNA Policy and Practice Series (1996-1999), Counseling and Employee Assistance Programs, Washington DC, Bureau of National Affairs.
 19. Buchan, J. (2004), What Difference Does (“good”) HRM Make?, *Human Resources for Health*, 2-6.
 20. Burke, R., Richardsen, A. (1993), Psychological Burnout in Organizations, *Handbook of Organizational Behavior*, 263-298, New York.
 21. Burke, R.J., & Greenglass, E.R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*, 32: 126-138.
 22. Central and Eastern European Harm Reduction Network (2006), Burnout Syndrome: Prevention and Management. Handbook for Workers of Harm <http://www.who.int/whr/2004/en>
 23. Chang, Y., *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2017 Apr 1;55(4):22-28. doi: 10.3928/02793695-20170330-04.. Benefits of Being a Healthy Perfectionist: Examining Profiles in Relation to Nurses' Well-Being.
 24. Chappell, N.L., & Novac, M. (1992). The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *The Gerontologist*, 32 (3), 351-359.
 25. Chemiss, C., Professional burnout in human service organization, New York: Praeger Publisher, 1980.
 26. Chen, D.R., Myrtle, R., Liu, C., Fahey, D. (2011) Job and career influences on the career commitment of health care executives: The mediating effect of job satisfaction, *Journal of Health Organization and Management*. 25(6). p.693-710.
 27. Cherniss, C. (1980), Staff Burnout – Job Stress in the Human Services, Sage publications, Sage Studies in Community Mental Health, 2, 11-191.
 28. Chrisafis, A. (2009), Wave of Staff Suicides at France Telecom, Available at: <http://www.theguardian.com/world/2009/sep/09/france-telecom-staff-suicides-phone>.
 29. Claxton, R.P., Catalan, J., Burgess, A.P. (1998), Psychological Distress and Burnout among Buddies: Demographic, Situational and Motivational Factors, *AIDS Care*, 10 (2), 175-190.
 30. Cohen, S. (1996), Psychological Stress, Immunity, and Upper Respiratory Infections, *American Psychological Society*, 5(3), 86-90.
 31. Cohen, S., Frank, E., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S., Gwaltney, J.M.Jr. (1998), Types of Stressors that Increase Susceptibility to the Common Cold in Healthy Adults, *Health Psychology*, 17, 214-223.
 32. Cooper, C. (2001), The Differential Psychology Section, *The Psychologist*, 14(1), 15-16.
 33. Cooper, C.L. (1983), Identifying Stressors at Work: Recent Research Developments, *Journal of Psychosomatic Research*, 27(5), 369-376.
 34. Cooper, C.L. (1985), The Stress of Work: an Overview, *Aviation Space and Environmental Medicine*, 56(7), 627-632.
 35. Cooper, C.L., Liukkonen, P., Cartwright, S. (1996), Stress Prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits to Organizations, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
 36. Cordes, C.L., Dougherty, T.W. (1993), A Review and Integration of Research on Job Burnout, *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
 37. Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R., Thomson, L., & Rial-Gonzalez, E., (2000). Organizational interventions for work stress: A risk management approach. Sheffield: HSE Books.

38. Darley, M.A. (1995), Clinical Supervision: The View from the Top, *Nursing Management*, 2(3), 14-15.
39. Dekker, S.W.A., Schaufeli, W.B. (1995), The Effects of Job Insecurity on Psychological Health and Withdrawal: A Longitudinal Study, *Australian Psychologist*, 30(1), 57-63.
40. Demerouti, E., Bakker, A.B. (2008), The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement, In J. Halbesleben (Ed.), *Stress and burnout in health care*, Nova Sciences, 65-78.
41. Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2001), The Job Demands-Resources Model of Burnout, *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
42. Demir, A., Ulosoy, M., & Ulosoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40: 807-827.
43. Dussault, G., Dubois, C.A. (2003), Human Resources for Health Policies: a Critical Component in Health Policies. Available at: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>
44. Edelwich, J., Brodsky, A. (1980), *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, Human Services Press, New York.
45. Elkin, A.J., Rosch, P.J. (1990), Promoting Mental Health at the Workplace: the Prevention Side of Stress Management, *Occupational Medicine*, 5(4), 739-754.
46. Engelbrecht, S. (2006), Motivation and Burnout in Human Service Work. The Case of Midwifery in Denmark, National Institute of Occupational Health, Copenhagen.
47. English, E., Baker, T. (1983), Relaxation Training and Cardiovascular Response to Experimental Stressors, *Health Psychology*, 2(3), 239-259.
48. Evans, B.K., Fischer, D.G. (1993), The Nature of Burnout: A Study of the Three Factor Model of Burnout in Human Service and non-Human Service Samples, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 29-38.
49. Fenn, D. (1999, November). Domestic policy. Inc., pp.38-42,44-45. Hammonds, K.H., & Palmer, A.T. (1998, September 21.) The daddy trap. *Business Week*, pp.56-58,60,62,64.
50. Figley, C., (1995). Examples of compassion fatigue/burnout syndrome. Institute on Crisis Management in Higher Education. Available from: <http://mailer.fsu.edu/~cfigley/ExampleCF.pdf>.
51. Firth-Cozens, J., & Payne, R., (1999) *Stress in Health Professionals: Psychological and organizational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley & Sons Ltd.
52. Fletcher, C. (2001). Performance Appraisal and Management: The Developing Research Agenda, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 473-487.
53. Freud, A. (2007), *The Ego and the Mechanisms of Defence*, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
54. Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social issues*, 30: 159-165.
55. Fusilier, M.R., Ganster, D.C., & Mayes, B.T (1987). Effects of social support, role stress, and locus of control on health. *Journal of Management*, 13 (3), 517-528.
56. Gomez, J.S., Michaelis, R.C. (1995), The Assessment of Burnout in Human Service Providers, *Journal of Rehabilitation*, 61(1), 23-26.
57. Griffith, J., Steptoe, A. & Copley, M. (1999). An investigation of coping strategies associated with job stress. *British Journal of Educational Psychology*, 69(4), 517-531.

58. Grunfeld, E., Whelan, T.J., Zitzelsberger, L. (2000), Cancer Care Workers in Ontario: Prevalence of Burnout, Job Stress and Job Satisfaction, *Canadian Medical Association CMAJ*, 163(2), 166-169.
59. Handy, C.B. (1988), *Understanding Voluntary Organizations*, Penguin, USA.
60. Handy, J.A. (1988), Theoretical and Methodological Problems within Occupational Stress and Burnout Research, *Human Relations*, 41, 351-365.
61. Heller, R., &Hindle, T.(1998). *Essential manager's manual*. New York: DK Publishing.
62. Herbert, B. (1975 & 2001), *The Relaxation Response*, Harper Collins, USA.
63. Herzberg, F. (1968), One More Time: How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*, 46(1), 53-62.
64. Hochwalder, J., Brucefors, A.B. (2005), Psychometric Assessment of a Swedish Translation of Spreitzer's Empowerment Scale, *Scandinavian Journal of Psychology* 46(6), 521-529.
65. Iakovides, A., Fountoulakis, K.N., Kaprinis, S., Kaprinis, G. (2003), The Relationship between Job Stress, Burnout and Clinical Depression, *Journal of Affective disorders*, 75, 209- 221.
66. *International Journal of Nursing Studies* Volume 52, Issue 2, February 2015, Pages 649-661 Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research Jef Adriaenssens, Veronique De Gucht, Stan Maes.
67. International Labour Organization (2001), Guidance for the prevention of stress and violence at the workplace, Available at: http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_108523/lang--en/
68. Jaffe, T.D., Scott, D.C. (1984), *From Burnout to Balance: A Workbook for Peak Performance and Self-Renewal*, McGraw - Hill, New York.
69. Jane-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. Patel, V. (2005), Mental Health Promotion Works: a Review, *Promotion & Education*, 2, 9-25.
70. Janssen, O., van de Vliert, E., West, M. (2004), The Bright and Dark Sides of Individual and Group Innovation, *Journal of Organizational Behavior*, 25, 129-145.
71. Jenkins, R., Elliot, P (2004), Stressors, Burnout and Social Support: Nurses in Acute Mental Health Settings, *Journal of Advance Nursing*, 48(6), 622-631.
72. Jimmieson, N.L. (2000). Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderating role of self- efficacy. *Work & Stress*, 14(3): 262-280.
73. Johnson, J.V., Hall, E.M. (1988), Job Strain, Work Place Social Support and Cardiovascular Disease: A Cross Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population, *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.
74. Jones, J.W.(1980), *Preliminary Test Manual for the Staff Burnout Scale for Health Professionals*, House Management Consultants Inc, Illinois, London.
75. Jones, J.W., Barge, B.N., Steffy, B.D., Fay, L.M., Kunz, L.K., Wuebker, L.J. (1998), Stress and Medical Malpractice: Organizational Risk Assessment and Intervention, *Journal of Applied Psychology*, 73(4), 727-735.
76. Karasek, R. (1979), Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign, *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
77. Karasek, R., Theorell, T. (1990), *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction on working Life*, Basic Books, New York.
78. Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S.: Hardiness and health: A prospective inquiry of Personality and social Psychol,1982:42:168-177.
79. Kolehmainen-Aitken, R.L. (1997), Decentralization and Human Resources: Implications and Impact, Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, New York.

80. Kristensen T.S., Hannerz H., Høgh A., Borg V. (2005), The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a Tool for the Assessment and Improvement of the Psychosocial Work Environment, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(6), 438-449.
81. Krogstad, U. Hofoss, D., Veenstra, M., Hjortdahl, P. (2006), Predictors of Job Satisfaction among Doctors, Nurses and Auxiliaries in Norwegian Hospitals: Relevance for Micro Unit Culture. Available at: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/3>
82. Kulkarni, G.K. (2006), Burnout, *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 10, 3-4.
83. Kulkarni, G.K. (2006), Burnout, *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 10, 3-4.
84. Lampinen, M.S., Viitanen, E.A. & Konu, A.I. (2015) Sense of community and job satisfaction among social and health care managers, *Leadership in Health Services*. 28(3). p.228-244.
85. Lang, G.M., Patrician, P., RN, FAAN, Steele, N., Comparison of Nurse Burnout Across Army Hospital Practice Environments 7 August 2012 *Journal of nursing scholarship* Volume 44, Issue 3 September 2012 Pages 274–283 Practice environment, job satisfaction and burnout of critical care nurses in South Africa Authors HESTER C. KLOPPER PhD, MBA, RN, RM, SIEDINE K. COETZEE PhD, RN, RM, RONEL PRETORIUS PhD, RN, RM, CCN, PETRA BESTER PhD, RN, R *Journal of Nursing management* Volume 20, Issue 5 July 2012 Pages 685–695.
86. Laschinger, H.K, Finegan, J., Shamian, J., Casier, S. (2000), Organizational Trust and Empowerment in Restructured Healthcare Settings: Effects on Staff Nurse Commitment, *Journal of Nursing Administration*, 30(9), 413-425.
87. Latack, J.C., & Havlovic, S.J. (1992). Coping with job stress: A conceptual evaluation framework for coping measures. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 479-508.
88. Lavey, R., Taylor, C. (1985), The Nature of Relaxation Therapy, In S. Burchfield, *Stress*, 329-358, New York: Hemisphere.
89. Lazarus and S. Folkman (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
90. Leiter, P.M. (1991), Coping Patterns as Predictors of Burnout: The Function of Control and Escapist Coping Patterns, *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.
91. Leka, S., Vartia, M., Hassard, J., Pahkin, K., Sutela, S., Cox, T., Lindstrom, K. (2008), Best practice in interventions for the prevention and management of work-related stress and workplace violence and bullying, in S. Leka and T. Cox (eds), *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*, I-WHO Publications, Nottingham, 136-173.
92. Lemkau, J., Rafferty, J., Gordon, R. J. (1994), Burnout and Career-Choice Regret among Family Practice Physicians in Early Practice, *Family Practice Research Journal*, 14, 213-22.
93. Lemkau, J., Rafferty, J., Gordon, R. J. (1994), Burnout and Career-Choice Regret among Family Practice Physicians in Early Practice, *Family Practice Research Journal*, 14, 213-22.
94. Locke, E.A. (1976), The Nature and Consequences of Job Satisfaction, M.D. Dunnette (ed) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Rand McNally, Chicago.
95. Mahmoud, A.B. & Reisel, W.D. (2014) Relating patient satisfaction to nurses' job satisfaction, job security and obedience OCBs, *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 8(1). p.47-61

96. Marine, A., Ruotsalainen, J.H., Serra, C., Verbeek, J.H. (2009), Preventing Occupational Stress in Healthcare Workers (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews, Vol. 1.
97. Martin, J.K. (2000), Unrewarding Work, Coworker Support, and Job Satisfaction: A Test of the „Buffering“ Hypothesis, *Work and Occupations: An International Sociological Journal* 27(2), 223-43.
98. Maslach, C.(1993). Burnout: a Multidimensional Perspective In W. B. Schaufeli, C. Maslach& T. Marek (eds.), *Professional Burnout: Recent developments in Theory an Research* (pp. 19-32). London: Taylor & Francis.
99. Maslach C. (1976). Burnout, *Human behavior*. Vol 9.
100. Maslach C., & Pines A. (1997). The burnout syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.
101. Maslach C., Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2:99-113.
102. Maslach C., Jackson, S.E. *Maslach Burnout Inventory* (2nd edition). U.S.A Consulting Psychologists Press, 1986.
103. Maslach C., Scaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
104. Maslach, C., Jackson, E.S (1982), *Burnout in the Health Professions: A Social Psychological Analysis*, *Social Psychology of Health and Illness*, Hillsdate, NJ: Erlbaum, 227-251.
105. Maslach, C., Leiter, P.M. (1997), *The Truth about Burnout*, Jossey-Bass, San Francisco.
106. Maslow, A.H. (1943), A Theory of Human Motivation, *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
107. Mayo Clinic Staff (2012), Stress Management. Exercise and Stress: Get Moving to Manage Stress. <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/stress-management/in-depth/exercise-and-stress/art-20044469>
108. McGrath, J.E. (1976). Stress and behavior in organizations. In M.D.Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizationalpsychology* (pp.1351-1398). Chicago: Rand McNally.
109. Minmin, Lu, M., Hu,i Ruan, M., Weijie, Xing,. Yan, Hu,. Nurse burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction, and quality of care. Volume 23, Issue 4,May 2015 ,Pages 440–447.
110. Molassiotis, A., Haberman, M. (1996), Evaluation of Burnout and Job Satisfaction in Marrow Transplant Nurses, *Cancer Nursing*, 19(5), 360-367.
111. Murphy Jr, Occupational stress management: Current status and future directions. ΣτοCooper CL, Rousseau DM (Eds.) *Trends in organizational behavior*. Chichester: Wiley, 1995, 2: 1-14.
112. Murphy, L.R. (1999), The Relationship of Organizational Factors to Employee Health and Overall Effectiveness, *American Journal of Industrial Medicine*, 36, 64-65.
113. Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., Poghosyan, L., Nurse burnout, Nurse reported quality of care and patient outcomes in Thai hospitals, Wiley online library, *Journal of nursing scholarship*, volume 48,p 83-90,January 2016.
114. Niessen, B. (2000, November 15). Last straw survey-overworked, overwrought: “Desk rage” at work. CNN.com. From: <http://archives.cnn.com/2000/CAREER/trends/11/15/rage/>.
115. Nishiyama K., Johnson, J.V. (2010), Death from Overwork: Occupational Health Consequences of the Japanese Production Management, *International Journal of Health Services*, 27, 625-641.

116. Pejtersen J, Allermann L, Kristensen TS, Poulsen O.M. (2010), Indoor Climate, Psychosocial Work Environment and Symptoms in Open-Plan Offices, *Indoor Air*, 16, 392–401.
117. Pines, A.M. & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
118. Pines, A.M. (2005), The Burnout Measure: Short Version (BMS), *International Journal of Stress Management*, 12, 78-88.
119. Pines, A.M., Aronson, E., Kafry, D. (1981), *Burnout: From tedium to Personal Growth*, Free Press, New York.
120. Pines, A.M., Keinan, G. (2005), Stress and Burnout: The Significant Difference, Personality and Individual Differences, 39, 625-635.
121. Porter, L.W., Lawer, E.E. (1968), *Managerial Attitudes and Performance*, Homewood, Richard D, Irwin Inc., Illinois.
122. Potter, B. (2001). *Job burnout: What it is and what you can do about it?* Available from: <http://www.docpotter.com>.
123. Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, EK., Dounias, G., Hadjichristodoulou, C., (2014), Medical supplies shortages and burnout among greek health care workers during economic crisis: a pilot study, 11;11(5):442-7.
124. Raddaha, A.H.A., Alasad, J., Albikawi, Z.F., Batarseh, K.S., Realat, E.A., Saleh, A.A. & Froelicher, E.S. (2012) Jordanian nurses' job satisfaction and intention to quit, *Leadership in Health Services*. 25(3). p.216-231.
125. Ray, G.T., Collin, F., Lieu, T. et al. (2000), The Cost of Health Conditions in a Health Maintenance Organization, *Medical Care Research and Review*, 57, 92-109.
126. Sainsbury Centre for Mental Health – SCMh (2007), *Mental Health at Work: Developing the Business Case (policy paper 8)*. Available at: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf
127. Savery, L.K. (2007). Job Satisfaction and Nurses, *Journal of Managerial Psychology*. 4(5). p.11-16.
128. Scaufeli W.B., Enzmann D. (1998) *The burnout companion to study and Practice: A critical analysis*, Taylor & Francis, London.
129. Schraub, S. & Marx, E. (2004). Burnout syndrome in oncology. *Bull Cancer*, 91(9): 673-666.
130. Scott, J.G., Sochalski, J., Aiken, L. (1999), Review of Magnet Hospital Research: Findings and Implications for Professional Nursing Practice, *The Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
131. Shanshan, W., Wang, L., Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors, Wiley online library, *International Journal of Nursing Practice*, volume 21,p 78-86,February 2015.
132. Shapiro, F. (1989), Efficacy of the Eye Movement Desensitization Procedure in the Treatment of Traumatic Memories, *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
133. Siegrist, J. (1996), Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1),27-41.
134. Siegrist, J., Peter, R., Cremer, P., Seidel, D (1997), Chronic Work Stress is Associated with Atherogenic Lipids and Elevated Fibrinogen in Middle-Aged Men, *Journal of Internal Medicine*, 242(2), 149-156.
135. Sifaki-Pistola, D., Chatzea, VE., Melidoniotis, E., Mechili, EA., (2018), Distress and burnout in young medical researchers before and during the Greek austerity measures: forerunner of a greater crisis?, 53(7):727-735. 2.
136. Spielberger, C.D. (1980), *The Test Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA, Consulting Psychology Press, Inc.
137. Steinberg, M. (1995), Depersonalization, in *Treatment of Psychiatric Disorders*, Edited by Gabbard G. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 633-1653.

138. Sutherland, V.J., Cooper, C. L. (1986), *Man and Accidents Offshore -An Examination of the Costs of Stress among Workers on Oil and Gas Rigs*, Colchester, Essex: Lloyd's of London Press.
139. Sutherland, V.J., Cooper, C.L (1990), *Understanding Stress: a Psychological Perspective for Health Professionals*, Chapman and Hall, London.
140. Sutherland, V.J., Cooper, C.L (2003), *De-Stressing Doctors: A Self-Management Guide*, Betterworth-Heinemann, London.
141. Toode, K., Routasalo, P., Suominen, T. (2011), Work Motivation of Nurses: A Literature Review, *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 246-257.
142. Travers, C.J., Cooper, C.L. (1996), *Teachers under Pressure-Stress in the Teaching Profession*, Routledge, London.
143. Trivellas, P., Reklitis, P. & Platis, C. (2013) The effect of job related stress on employees' satisfaction: A survey in Health Care, *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 73. p.718-726.
144. Unden, A.L. (1996). Social support at work and its relationship to absenteeism. *Work & Stress*, 10 (1), 46-61.
145. Vachon, M.L.S. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*. New York: Hemisphere Publ. Co.
146. Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, E., Alonso, J., et al (2007), Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys, *Lancet*, 370, 841-850.
147. Watkins, A. (1997), *Mind-Body Medicine-A Clinician's Guide to Psychoneuroimmunology*, Churchill Livingstone, New York, Edinburgh.
148. Wiili-Peltola, E., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M. (2007), Organisational justice and employee perceptions on hospital management, *Journal of Health, Organization and Management*, 21(3),320-332.
149. World Health Organization (Europe), (2004). *Prevention of Mental Disorder. Effective Interventions and Policy Option* Geneva, Switzerland. Available at: <http://www.who.int/whr/2004/en>
150. World Health Organization (WHO) (2001), *Work-related Stress: Scientific Evidence-base of Risk Factors, Prevention and Costs*, Available at: http://www.who.int/occupational_health/topics/brunpres0307.pdf?ua=1
151. World Health Organization (WHO) (2005), *Mental Health Policy, Planning & Service Development. Human Resources and Training for Mental Health*. Available at: http://www.who.int/mental_health/policy/services/4_Humanresource&training_Infosh eet.pdf