



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Επαγγελματική εξουθένωση λειτουργών υγείας
και οι επιπτώσεις στον τομέα υγείας,
στους ίδιους τους λειτουργούς υγείας και
στους ασθενείς**

Μελίνα Ανδρέου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μαριάννα Χαραλάμπους

Ιούνιος, 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

<<ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ>>

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Επαγγελματική εξουθένωση λειτουργών υγείας

και οι επιπτώσεις στον τομέα υγείας,

στους ίδιους τους λειτουργούς υγείας

και στους ασθενείς

Μελίνα Ανδρέου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μαριάννα Χαραλάμπους

Ιούνιος, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	6
Περίληψη.....	7
Abstract	9
Κεφάλαιο Πρώτο: Εισαγωγή.....	11
Εισαγωγή.....	11
1.2 Σημασία και αναγκαιότητα	13
1.3 Σκοπός και στόχοι της έρευνας.....	14
1.4 Δομή της Διπλωματικής έρευνας.....	15
1.5 Σύνοψη κεφαλαίου	16
Κεφάλαιο Δεύτερο: Γενικό Μέρος	17
2.1 Εισαγωγή.....	17
2.2 Εισαγωγή στις βασικές έννοιες της Επαγγελματικής Εξουθένωσης	18
2.2.1 Επαγγελματική εξουθένωση –burn out.....	18
2.2.2 Ορισμός της έννοιας	19
2.2.3 Ιστορική αναδρομή της Επαγγελματικής Εξουθένωσης	20
2.3 Οι συνιστώσες του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και το εργαλείο μέτρησης- MBI.....	22
2.4 Αίτια-Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	25
2.5 Θεωρητικά Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	27
2.5.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)	28
2.5.2 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)	28
2.5.3 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980).....	29
2.5.4 Το μοντέλο της Pines	30
2.6 Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	31
2.7 Επιπτώσεις του συνδρόμου της Επαγγελματικής εξουθένωσης.....	33

2.7.1 Σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες	33
2.7.2 Διαπροσωπικές Συνέπειες.....	34
2.7.3 Συνέπειες που αφορούν τις στάσεις και τις συμπεριφορές στην εργασία	34
2.7.4 Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας	35
2.8 Σύνοψη κεφαλαίου	37
Κεφάλαιο Τρίτο: Μεθοδολογία έρευνας.....	38
3.1 Εισαγωγή.....	38
3.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	39
3.3 Βασικός σκοπός της έρευνας – Βασικά ερευνητικά ερωτήματα	40
3.4 Ερευνητική προσέγγιση-Ποιοτική αξιολόγηση	41
3.5 Κριτήρια επιλογής άρθρων	41
3.6 Κριτήρια αποκλεισμού άρθρων	41
3.7 Αποτελέσματα αναζήτησης.....	42
3.8 Συλλογή δεδομένων	42
3.8.1 Πρώτη φάση.....	42
3.8.2 Δεύτερη φάση	42
3.8.3 Τρίτη φάση.....	42
3.8.4 Πίνακας 1	43
3.9 Σύνοψη Κεφαλαίου	43
Κεφάλαιο Τέταρτο :Παρουσίαση Αποτελεσμάτων	44
4.1 Εισαγωγή.....	44
4.2 Αποτελέσματα Έρευνας	45
Άρθρο 1.....	45
Άρθρο 2.....	46
Άρθρο 3.....	47
Άρθρο 4.....	48
Άρθρο 5.....	49

Άρθρο 6.....	50
Άρθρο 7.....	51
Άρθρο 8.....	52
Άρθρο 9.....	53
4.3 Εκτενής ανάλυση αποτελεσμάτων	54
4.4 Σύνοψη Κεφαλαίου	62
Κεφάλαιο Πέμπτο : Συζήτηση- Συμπεράσματα.....	63
5.1 Εισαγωγή.....	63
5.2 Συζήτηση.....	63
5.3 Συμπεράσματα.....	77
5.4 Προτάσεις- Εισηγήσεις	77
5.5 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....	80
Βιβλιογραφία.....	82
Ελληνική	82
Διεθνής	84

Ευχαριστίες

Επιθυμώ να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ.Μαριάννα Χαραλάμπους τόσο για τις συμβουλές και κατευθύνεις που μου πρόσφερε όσο και για τη συνεχή και πολύτιμη καθοδήγηση της στη συγγραφή της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω να εκφράσω και στο σύζυγο μου, στους δύο μικρούς μου πρίγκιπες και στους γονείς μου για την αμέριστη κατανόηση και συμπαράσταση που μου επέδειξαν, υποστηρίζοντας την όλη μου προσπάθεια αυτά τα τρία χρόνια για την εκπλήρωση των μεταπτυχιακών σπουδών μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί αντικείμενο έρευνας τις τελευταίες δεκαετίες και είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από τρεις λέξεις –κλειδιά, την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Εν συνεχεία, μπορεί να εκφραστεί ότι σε όποιονδήποτε οργανισμό υγείας το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον σημαντικότερο συντελεστή παραγωγής υπηρεσιών υγείας και καθορίζει την αποδοτικότητα ενός συστήματος μαζί με την ποιότητα βέβαια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επομένως ένας οργανισμός για να μπορέσει να πραγματοποιήσει το όνειρο του και να εκπληρώσει την όλη αποστολή του βασίζεται κατά πρώτο λόγο στο εργαζόμενο δυναμικό του. Έτσι η γνώση της ανθρώπινης συμπεριφοράς στον εργασιακό χώρο και των παραγόντων εκείνων που την επηρεάζουν είναι πολύ σημαντική, αφότου βοηθά στην διεκπαιρέωση των στόχων του οργανισμού. Παράλληλα το σύνδρομο αυτό γνωστό ως burnout, εμφανίζεται πιο συχνά στο τομέα της υγείας και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τους λειτουργούς υγείας (ιατρούς-νοσηλευτές).

Σκοπός : Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η ανασκόπηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας, καθώς επίσης και τα αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης των λειτουργών υγείας όπως αυτά διαφαίνονται μέσα από την σχετική βιβλιογραφία. Εντοβάθη σκοπός είναι να εντοπιστούν οι επιπτώσεις που επιφέρει το σύνδρομο αυτό του burnout στα ίδια τα άτομα, στους ασθενείς αλλά και στις υπηρεσίες υγείας. Τέλος παραθέτονται διάφοροι τρόποι που θα συμβάλλουν στην διαμόρφωση του προβλήματος της επαγγελματικής εξουθένωσης, έτσι ώστε να προταθούν τρόποι αύξησης απόδοσης και παραγωγικότητας των λειτουργών υγείας τόσο στον εργασιακό τους χώρο όσο και στον τομέα της υγείας .

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μελέτη ανασκόπησης της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας όπως αυτή είναι διαθέσιμη σε βάσεις ηλεκτρονικών δεδομένων στο διαδίκτυο. Η αναζήτηση των πηγών έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar, Pub Med, Science Direct, Ebsco Databases και Sage Journals. Παράλληλα η έρευνα περιορίζεται σε έρευνες δημοσιευμένες στην ελληνική και αγγλική γλώσσα μέσα από άρθρα και βιβλία συμβατά με το θέμα και τους σκοπούς της όλης μελέτης.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεφυτρώνει μέσα από την διαδικασία εξέλιξης της φάσης του εργασιακού στρες, της φάση της εξάντλησης των λειτουργών υγείας και της φάση της αμυντικής κατάληξης όπου οι λειτουργοί υγείας αλλάζουν συμπεριφορά για να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις όλες ψυχολογικές πιέσεις που δέχονται. Στη συνέχεια γίνεται αναγνώριση των παραγόντων που οδηγούν σε αυτή την μεταστροφή του δημιουργικού περιβάλλοντος σε προβληματικό και στρεσογόνο τις περισσότερες φορές για τους λειτουργούς υγείας και γίνεται διαχωρισμός των παραγόντων αυτών σε περιβαλλοντικούς και ατομικούς-προσωπικούς. Στη συνέχεια οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεπερνούν κάθε άτομο και κάνουν επέκταση σε άλλους οργανισμούς, καταλήγοντας έτσι σε μειωμένη απόδοση, χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, συχνές απουσίες λειτουργών από την εργασία τους, πρόωρες αφυπηρετήσεις με πρόωρες συντάξεις, φυσικές πνευματικές διαταραχές, ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, ψυχοσωματικά και σωματικά συμπτώματα, συμπτώματα κοινωνικής δυσλειτουργίας, χρόνια κόπωση, κατάθλιψη και θάνατος .

Συμπεράσματα: Η ανάκαμψη είναι εφικτή και μπορεί να γίνει μέσα από διάφορες και ξεχωριστές παρεμβάσεις, ούτως ώστε να βγάλει τους εργαζόμενους από αυτό το αδιέξοδο της επαγγελματικής εξουθένωσης και να τους οδηγήσει σε μεγαλύτερη αυτογνωσία. Πολύ σημαντικό ρόλο έχει η ηγεσία στο χώρο της υγείας, καθώς σχετίζεται με το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, το σύστημα αξιολόγησης και την ενδυνάμωση των εργαζομένων.

Λέξεις κλειδιά: Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες-λειτουργοί υγείας, αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, επιπτώσεις, χώρος της υγείας, ασθενείς-πάσχοντες.

Abstract

Introduction: Professional burnout is being investigated over the past decades and is a syndrome characterized by three key-words, emotional exhaustion, depersonalisation and lack of personal achievements. Subsequently, it can be expressed that any health organization human resources is the most important factor of production of health services and determine the efficiency of a system along with course quality of health services. Therefore an organization in order to realize his dream and fulfill the entire mission is based primarily on employee potential. So the knowledge of human behavior in the workplace and those factors that influence it is very important, since it helps to ease for the organization's objectives. Alongside this syndrome known as burnout, occurs most often in the health sector and greatly affects their health workers (doctors-nurses).

Purpose: The purpose of this work is to review the factors associated with the development of burnout in health care, as well as the effects of burnout of health professionals as they emerge through the relevant literature. The main purpose is to identify the effects that produce the syndrome of burnout in people themselves, to patients and to health services. Finally listed several ways that will contribute to the formulation of the problem of burnout in order to propose ways to increase efficiency and productivity of health workers both in the workplace and in health.

Methodology: This study review of Greek and international literature as it is available in electronic databases on the Internet. The search for sources became electronic Google Scholar databases, Pub Med, Science Direct, Ebsco Databases and Sage Journals. Similarly, the research is limited to studies published in Greek and English language through articles and books compatible with the subject and purpose of the whole study.

Results: It was observed that the syndrome of burnout mushrooms through the process development phase of work stress, the phase of depletion of health workers and the phase of defensive suffix where health workers are changing behavior in order to cope with all psychological pressures accept. Then involve the identification of factors leading to this shift in the creative environment in problematic and stressful most often for healthcare workers and split these factors to environmental and individual-personal. Then the effects of burnout

surpass oneself and make expansion into other organisms, thus resulting in reduced efficiency, low quality of health services, absenteeism workers from work, early retirements with early retirement, natural mental disorders, psychopathological symptoms , psychosomatic and somatic symptoms, social dysfunction symptoms, chronic fatigue, depression and death.

Conclusions: The recovery is possible and can be done through various separate and interventions in order to beat the workers of this impasse of burnout and lead to greater self-awareness. Very important role is the leadership in the health sector, as it relates to the planning and organization of health services, the evaluation system and the strengthening of workers.

Keywords: The keywords used were burnout, professional health-workers, results of burnout, impacts, health, patient-sufferers.

Κεφάλαιο Πρώτο: Εισαγωγή

Εισαγωγή

Η εργασία του κάθε ατόμου ξεχωριστά είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη ζωή των ανθρώπων, όπου μπορεί να καθορίσει την προσωπικότητα τους, να δώσει νόημα στη ζωή τους, να αποτελέσει στόχο και πρόκληση για να τους δώσει κοινωνική στήριξη και υλικές αμοιβές. Παράλληλα η ικανοποίηση που παίρνει ένα άτομο από την εργασία του, αποτελεί αντικείμενο μελέτης της οργανωσιακής ψυχολογίας, αφού είναι μια πολύ συζητημένη έννοια που προβληματίζει τις διοικήσεις των οργανισμών υγείας, όπως και τη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού. Οι λειτουργοί υγείας στον χώρο της υγείας, έχουν αναγνωριστεί ως ο πιο σημαντικός παράγοντας που βοηθά στην εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών υγείας και η πιο χρήσιμη πηγή απόκτησης ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος με μεγάλη συμβολή στην παραγωγικότητα, αποδοτικότητα και την όλη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN, 2007) ορίζει στο χώρο εργασίας των λειτουργών υγείας την βία, ως περιστατικό όπου το προσωπικό κακομεταχειρίζεται, δηλαδή απειλείται είτε από επίθεση μέσω εξωτερικών παραγόντων προς αυτό είτε από άσχημες συνθήκες της εργασίας, μαζί βέβαια με τις μετακινήσεις που μπορεί να προκύψουν και αφορούν άμεσα ή έμμεσα μια πρόκληση για την ασφάλεια τους, την ευημερία τους ή ακόμη και την υγεία τους. Βάση κάποιων μελετών επιβεβαιώνεται ότι πάνω από το ήμισυ των εργαζομένων έχει βιώσει τουλάχιστο ένα περιστατικό βίας είτε αυτή είναι σωματική είτε αυτή είναι ψυχολογική (Ayranci, U. et al, 2006 & Di Martino, V, 2002).

Σύμφωνα με τον Hansen et al., (2009), οι εργασιακές απαιτήσεις στο χώρο εργασίας της υγείας, αφορούν συνήθως τον φόρτο εργασίας, τις συγκρούσεις και την αβεβαιότητα του επαγγέλματος. Η πολύωρη εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού και η συνεχής φροντίδα των ασθενών, όπως η επικοινωνία και η στήριξη των συγγενών των ασθενών αποτελούν παράγοντες όπου προκαλούν άγχος και συνάμα μαζί κούραση και οδηγούν στο τέλος στην επαγγελματική εξουθένωση των λειτουργών υγείας (Meltzer & Huckabay, 2004). Ο υπερβολικός Φόρτος εργασίας, οι απαιτήσεις στην δουλειά, τα επαναλαμβανόμενα καθήκοντα που τους αναθέτουν οι προϊστάμενοι συνήθως, η μονότονη εργασία και γενικά η ρουτίνα, ο γρήγορος βηματισμός, η πίεση για να τα προλάβουν όλα, όλα αυτά μαζί ή ακόμη και το καθένα ξεχωριστά βοηθούν στην μείωση της αποδοτικότητας των λειτουργών υγείας από την εργασία τους με αποτέλεσμα να τους ωθοούν προς το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) εμφανίζεται περισσότερο τα τελευταία χρόνια σε όλους σχεδόν τους χώρους εργασίας και έχει απασχολήσει κυρίως τους ψυχολόγους και τους κοινωνιολόγους, αφού αυτοί είναι οι μόνοι που έχουν αναγνωρίσει τις σημαντικότερες επιπτώσεις στους λειτουργούς υγείας στο πλαίσιο της εργασίας τους και πιο γενικά στην οικονομία και την παραγωγικότητα τους μιας και το γεγονός αυτό είναι φαινόμενο προς έξαρση τα τελευταία χρόνια (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1992) Επειδή το σύνδρομο εμφανίζεται πιο συχνά σε χώρους της υγείας και αφορά άτομα που μπορεί να είναι είτε γιατροί είτε νοσηλευτές, έχει συνδεθεί με τον ανθρώπινο πόνο και θεωρείται αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με αυτόν (Demir και συν., 2003).

Πιο συγκεκριμένα το σύνδρομο Burnout αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudeburger όπου το όρισε σαν εξάντληση του ατόμου, η οποία προέρχεται από την υπερβολική χρήση των ενεργειακών αποθεμάτων και αφορά τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας και γενικότερα αναφέρεται στη δημιουργία στενών σχέσεων μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών που έχουν την ανάγκη τους (Freudeburger, 1974). Έτσι οι λειτουργοί υγείας συναισθηματικά έχουν την αίσθηση του στεγνού και του απογοητευμένου λειτουργού από τα περιστατικά της μέρας όταν βιώνουν αυτήν την επαγγελματική εξουθένωση. Γενικότερα έχουν την αίσθηση της κόπωσης και δεν έχουν την δύναμη επικοινωνίας με τους ασθενείς τους, για αυτό και κρατούν μια απόσταση ασφαλείας από τα άτομα- ασθενείς τους που στην ουσία τους προκαλούν την όλη εξάντληση τους (Burke & Greenglass, 2001). Η αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων γίνεται βάση του Καταλόγου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory- MBI) βάση των Maslach & Jackson(1984). Το MBI αποτελεί μια ευρέως χρησιμοποιημένη κλίμακα όπου αξιολογεί το βαθμό της συναισθηματικής εξάντλησης, τα επίπεδα αποπροσωποποίησης και την αίσθηση των μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων (Maslach & Jackson, 1984).

Σύμφωνα με τον Maslach & Jackson (1986) πρόκειται για ένα σύνδρομο εξουθένωσης που αποτελείται από τρεις διαστάσεις. α) Συναισθηματική εξάντληση, όπου εμφανίζεται συνήθως με μια αρνητική συμπεριφορά από τους άλλους στην δουλειά, β) την αποπροσωποποίηση ενός άλλου ατόμου αλλά και του ίδιου του εαυτού του και γ) το αίσθημα των μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, δηλαδή την μειωμένη ικανότητα για παραγωγικότητα στην εργασία. Μέσων αυτών οι εργαζόμενοι λειτουργοί υγείας αρχίζουν να νοιώθουν το αίσθημα της αποτυχίας καθημερινώς και έτσι δημιουργούν εκούσιες επιπτώσεις σε τομείς της καθημερινότητας άθελα λόγω της εξουθένωσης.

1.2 Σημασία και αναγκαιότητα

Σε θέματα που αφορούν την σημασία και αναγκαιότητα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης των λειτουργών υγείας και σχετίζονται με την προσφορά εργασίας στην Ευρώπη, κατέχει μια θέση ανάμεσα στα τέσσερα πρώτα σε αριθμό συχνότητα προβλήματα (Merillie,2001). Ειδικότερα σημαντικό ποσοστό των γιατρών που συμμετείχαν στις μελέτες, είχαν υψηλά ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης (10-56%), αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης (13-47%) και μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα. Τα αντιστοιχά στις μελέτες που έγιναν για τους νοσηλευτές ήταν ως εξής, 15-50% συναισθηματικής εξάντλησης, 7-37% αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης και 25-76% προσωπικά επιτεύγματα. Αν και στα δυο χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης το MBI, εντούτοις υπήρχε το πρόβλημα της ανομοιογένειας των αποτελεσμάτων, με αποτέλεσμα να μην παρέχεται η δυνατότητα εξαγωγής κοινών συμπερασμάτων που να αφορά τη συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Παππά & Αναγνωστόπουλος & Νιάκας, 2007).

Είναι κοινώς γνωστό ότι η πραγματοποίηση των προσδοκιών και των οραμάτων των εργαζομένων σε ένα νοσοκομείο συμβάλλει στην παροχή υψηλής ποιότητας που αφορά την νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα. Εντούτοις υπάρχουν πολλοί παράγοντες όπου καταπιέζουν τους λειτουργούς υγείας, με αποτέλεσμα να βγαίνουν στην επιφάνεια πολλά προβλήματα μαζί με συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το φαινόμενο των λειτουργών υγείας αποτελεί ένα σημαντικό παράδειγμα γιατί αυτοί δουλεύουν καθημερινώς σε γρήγορους ρυθμούς μέσα σε πολλή ένταση. Στη συνέχεια μπορεί να αποκαλυφθεί ότι μπορεί μεν η επαγγελματική εξουθένωση να εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά από την άλλη δε αυξάνεται σταδιακά με αποτέλεσμα να δημιουργεί μακροχρόνια προβλήματα, όπως αισθήματα απελπισίας, δυσφορίας και πνιγμού ως προς τις απαιτήσεις της εργασίας (Bakker et al, 2000, Arnold et al, 1995) . Η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στον χώρο εργασίας των λειτουργών υγείας, κρίνεται απαραίτητη ως επιτακτική και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από κάθε οργανισμό παροχής φροντίδας υγείας. Η επαγγελματική εξουθένωση επιδρά αρνητικά στη σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, στη φροντίδα των ασθενών, στη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αποδοτικότητα και παραγωγικότητα ενός οργανισμού και γενικότερα στη σωστή λειτουργία ενός συστήματος υγείας.

Σήμερα παρατηρούνται πολλές αλλαγές στα συστήματα υγείας, διαμορφώνονται νέα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα, ενώ το περιβάλλον στον εργασιακό χώρο γίνεται

ασταθές. Επομένως η συμπεριφορά των λειτουργών υγείας μπορεί να μεταβληθεί και το εργασιακό περιβάλλον να μην προάγει την ικανοποίηση του προσωπικού εξαιτίας της εξουθένωσης που υπάρχει. Καθώς λοιπόν το ανθρώπινο δυναμικό εξακολουθεί να αποτελεί την σημαντικότερη ίσως επένδυση ενός οργανισμού υγείας, η γνώση των παραγόντων που τους εξουθενώνουν ίσως να είναι ένα σημαντικό κλειδί που θα βοηθήσει στον σχεδιασμό, την οργάνωση και τη χάραξη στρατηγικής στο περιβάλλον της υγείας.

Επομένως είναι πολύ σημαντικό και κρίνεται αναγκαίο μέσα από αυτή την εργασία να βρεθούν τα προβλήματα – οι επιπτώσεις που προκαλούνται από την επαγγελματική εξουθένωση και να επιβληθούν τρόποι για την αποφυγή και τη μείωση του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης, προτού η όλη συναισθηματική εξάντληση, η αποστασιοποίηση και η αδράνεια επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες των λειτουργών υγείας.

1.3 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Η επαγγελματική εξουθένωση των λειτουργών υγείας από την εργασία τους, απασχολεί τα τελευταία χρόνια την επιστημονική κοινότητα στο χώρο της υγείας, καθώς το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον σημαντικότερο συντελεστή παραγωγής υπηρεσιών υγείας και καθορίζει δε την αποδοτικότητα ενός συστήματος συνάμα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επομένως ένας οργανισμός για να μπορέσει να πραγματοποιήσει το όραμα του και να εκπληρώσει την όλη αποστολή του, βασίζεται κατά κύριο λόγο στο εργαζόμενο ανθρώπινο- δυναμικό του. Έτσι η γνώση της ανθρώπινης συμπεριφοράς στον εργασιακό χώρο και των παραγόντων εκείνων που την επηρεάζουν είναι πολύ σημαντική, αφού βοηθά στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Σε πολλές έρευνες έχει γίνει αναφορά στο ρόλο της εξουθένωσης και του στρες των ατόμων στον εργασιακό τους χώρο αφού αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην αποδοτικότητα και παραγωγικότητα ενός οργανισμού και ειδικά στην υγεία .

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η ανασκόπηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματική εξουθένωση, καθώς επίσης και τα αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης των λειτουργών υγείας όπως αυτό διαφαίνεται μέσα από την βιβλιογραφία. Περαιτέρω σκοπός είναι να εντοπιστούν οι συνέπειες-επιπτώσεις που επιφέρει το πρόβλημα αυτό της επαγγελματικής εξουθένωσης στα ίδια τα άτομα, στους ασθενείς αλλά και στις υπηρεσίες υγείας. Τέλος θα αναζητηθούν λύσεις που θα συμβάλλουν στην διαμόρφωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, έτσι ώστε να

προταθούν τρόποι αύξησης απόδοσης και παραγωγικότητας των λειτουργών υγείας στον εργασιακό τους χώρο, στο τομέα της υγείας.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα έρευνα θέτει προς διερεύνηση συγκεκριμένα ερωτήματα που άπτονται το επίπεδο των γνώσεων για να αντιληφθούμε τι εννοούμε όταν λέμε επαγγελματική εξουθένωση. Στη συνέχεια αναζητούνται οι παράγοντες που επηρεάζονται οι επαγγελματίες υγείας μέσα από την επαγγελματική εξουθένωση. Ενώ παράλληλα θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα που επιφέρει η επαγγελματική εξουθένωση των λειτουργών υγείας, όπου θα γίνει και η ανάλυση τους μαζί με τις εισηγήσεις για το ποιοι τρόποι θα μπορούσαν να βελτιώσουν το εργασιακό περιβάλλον στο χώρο της υγείας ούτως ώστε να βοηθήσουν στην μείωση ή ακόμη και στην εξαφάνιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

1.4 Δομή της Διπλωματικής έρευνας

Κεφάλαιο Δεύτερο – Γενικό Μέρος : Στο κεφάλαιο αυτό δίνονται βασικοί ορισμοί και μια ιστορική αναδρομή, απαραίτητα στοιχεία για την κατανόηση του όλου αντικειμένου της μελέτης. Τοποθετείται το θεωρητικό κομμάτι που θα επιτρέψει την καλύτερη κατανόηση όλων των ζητημάτων που εγείρονται γύρω από την επαγγελματική εξουθένωση, τους παράγοντες που ωοθούν προς το σύνδρομο αυτό και γενικά τις επιπτώσεις που προκαλούνται. Γενικά παρουσιάζεται και αναλύεται η διεθνής βιβλιογραφία μέσα από διάφορα θέματα που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση των λειτουργών υγείας στο χώρο της υγείας.

Κεφάλαιο Τρίτο – Μεθοδολογία Έρευνας: Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται και αναλύεται η μεθοδολογία η οποία ακολουθήθηκε για την διεκπεραίωση της μεταπτυχιακής αυτής έρευνας. Βασικά γίνεται ανάλυση της θεωρίας γύρω από την βιβλιογραφική ανασκόπηση ως το πιο σημαντικό εργαλείο για τη διεξαγωγή αυτή της έρευνας. Οριοθετείται το θεωρητικό πεδίο της έρευνας και γίνεται παρουσίαση του όλου σκοπού καθώς γίνεται παρουσίαση των ερευνητικών ερωτημάτων. Εν συνεχεία γίνεται μια αναφορά στην ερευνητική προσέγγιση, ενώ συνάμα παρουσιάζεται ο τρόπος συλλογής δεδομένων καθώς και οι περιορισμοί που τίθενται.

Κεφάλαιο Τέταρτο- Παρουσίαση Αποτελεσμάτων: Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αναδύθηκαν μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση εννέα επιστημονικών άρθρων. Αρχικά γίνεται ανάλυση του κάθε άρθρου ξεχωριστά όσον αφορά τα αποτελέσματα που βρέθηκαν και στη συνέχεια αναλύονται ξεχωριστά μια- μια οι ανεπιθύμητες συνέπειες που προκύπτουν από την επαγγελματική εξουθένωση και προβληματίζουν τους λειτουργούς υγείας σε διάφορους τομείς, τους ασθενείς-πάσχοντες και γενικά όλο το σύστημα υγείας.

Κεφάλαιο Πέμπτο- Συζήτηση- Συμπεράσματα: Εδώ σε αυτό το κεφάλαιο που είναι και το τελευταίο γίνεται μια συζήτηση που αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας που προέκυψαν προηγουμένως και γίνεται μια τελική παρουσίαση των συμπερασμάτων αφού στο τέλος με το κλείσιμο της διπλωματικής έρευνας ακολουθεί η κατάθεση συγκεκριμένων προτάσεων προς βελτίωση του όλου προβλήματος της επαγγελματικής εξουθένωσης.

1.5 Σύνοψη κεφαλαίου

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια γενική αναφορά στον όρο επαγγελματική εξουθένωση καθώς και μια μικρή αναφορά στους λόγους όπου οι λειτουργοί υγείας ωοθούνται προς το σύνδρομο αυτό του burnout. Στη συνέχεια γίνεται μια αναφορά στο πόσο σημαντικό είναι αυτό το πρόβλημα που ξεκίνησε από πολύ παλιά και υπάρχει ακόμη και στις μέρες μας και τονίζεται το πόσο αναγκαία είναι η μελέτη του προβλήματος της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από αυτή την διπλωματική έρευνα. Ενώ στο τέλος γίνεται μια μικρή παρουσίαση των σκοπών και των στόχων της όλης εργασίας και παρουσιάζεται η δομή αυτής της έρευνας.

Κεφάλαιο Δεύτερο: Γενικό Μέρος

2.1 Εισαγωγή

Το σύνδρομο αυτό της επαγγελματικής εξουθένωσης εκφράζει πιο πολύ την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση των προσωπικών –ψυχικών του αποθεμάτων, σε μια προσπάθεια προσαρμογής του μέσα από τις καθημερινές δυσκολίες που έχει να αντιμετωπίσει και που σχετίζονται αυτές οι δυσκολίες με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Το συγκεκριμένο σύνδρομο έχει την ιδιότητα να μπορεί να επηρεάζει κάθε εργαζόμενο αλλά πιο συχνά αφορά τους επαγγελματίες υγείας, εξαιτίας της φροντίδας και της υπευθυνότητας που αναπτύσσονται συνήθως σε ένα χώρο της υγείας – μιας νοσοκομειακής μονάδας πιο συγκεκριμένα.

Αρχικά στο κεφάλαιο αυτό της συγκεκριμένης διατριβής παρατίθενται βασικοί όροι της επαγγελματικής εξουθένωσης και γίνεται μια ιστορική αναδρομή του όρου. Στη συνέχεια γίνεται μια παρουσίαση που αφορά τις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ μαζί με αυτές καταγράφεται και ένα εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης που γίνεται μέσω της γνωστής κλίμακας MBI - Maslach Burnout Inventory. Αυτό το εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα διεθνώς στις περισσότερες μελέτες μέσω μιας κλίμακας για μέτρηση του συνδρόμου και αξιολογεί τις τρεις βασικές συνιστώσες, την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την αναποτελεσματικότητα. Επιχειρείται και γίνεται μια παρουσίαση των παραγόντων- αιτιών εμφάνισης του συνδρόμου σε συνδυασμό με τα τέσσερα θεωρητικά μοντέλα όπου ερμηνεύουν με τον δικό τους ξεχωριστό τρόπο το σύνδρομο της εξουθένωσης στο χώρο της υγείας γενικότερα. Επιπρόσθετα, επισημαίνονται τα συμπτώματα όπου κάποιος λειτουργός υγείας θα εκφράσει, και από αυτά θα αντιληφθεί κάποιος ότι βιώνει το σύνδρομο του burnout. Τέλος γίνεται λεπτομερής καταγραφή των επιπτώσεων που προκύπτουν από την επαγγελματική εξουθένωση και δημιουργούν προβλήματα στους επαγγελματίες υγείας τόσο προσωπικά όσο και επαγγελματικά και γενικότερα στο χώρο της υγείας.

Σε αυτό το δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης γίνεται μια προσπάθεια να καθοριστεί το θεωρητικό πλαίσιο της συγκεκριμένης διατριβής, έτσι ώστε να μπορεί ο αναγνώστης, ακόμη και αυτός που δεν κατέχει ιδιαίτερες γνώσεις να αντιληφθεί το πρόβλημα και να καταλάβει τί είναι η επαγγελματική εξουθένωση που ακούμε καθημερινώς. Επιπλέον μέσα από αυτά να μπορεί να αντιληφθεί το πρόβλημα που κατακλύζει το προσωπικό μιας νοσοκομειακής μονάδας και να μάθει τις επιπτώσεις και τα προβλήματα –συνέπειες που δημιουργεί στους

λειτουργούς υγείας αρχικά, στο χώρο της υγείας μεταγενέστερα και στο κοινό γενικότερα. Η γνώση που θα αποκομίσει ο αναγνώστης θα του επιτρέψει πρώτον να επινοήσει καλά το παρόν πρόβλημα και δεύτερο να συντάξει στο μυαλό του τις επιφυλάξεις που πρέπει να κρατήσει βλέποντας τις επιπτώσεις, ούτως ώστε με το δικό του τρόπο να βοηθήσει για να επιλυθεί ή να μειωθεί σε ποσοστά το γνωστό σε όλους μας burn out ή αλλιώς επαγγελματική εξουθένωση.

2.2 Εισαγωγή στις βασικές έννοιες της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

2.2.1 Επαγγελματική εξουθένωση –burn out

Η τμηματοποίηση της εργασίας, ο διαχωρισμός μεταξύ του πραγματισμού, της παραγωγής, της εκτέλεσης της εργασίας, η χρησιμοποίηση εξειδικευμένου προσωπικού και ο λεπτομερής καθορισμός των χρόνων και των ενεργειών έφεραν την εμφάνιση μιας νέου τύπου επαγγελματικής παθολογίας που ονομάζεται ανθρωπογενής γιατί αρχικά τη δημιουργεί ο άνθρωπος με τη δράση του και στη συνέχεια προσβάλλουν πάλι τον άνθρωπο (Κάντας,1998). Η συγκεκριμένη παθολογία χαρακτηρίζεται ως εκφυλιστικού τύπου και αντιπροσωπεύεται από σημάδια αρτηριοσκλήρυνσης, ρευματοπάθειες, γαστρικά έλκη, ψυχοσωματικές και αλλεργικές εκδηλώσεις, εργασιακό άγχος αλλά και νευρώσεις. Βέβαια γνωστά διαδεδομένο είναι ότι η ακραία εκδήλωση και κατάληξη του άγχους εξαιτίας της εργασίας είναι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Έτσι το επαγγελματικό άγχος ως μηχανισμός άμυνας έχει πολυπαραγοντική βάση για αυτό και η πορεία από ένα άγχος, το οποίο θα εξελιχθεί σε εξουθένωση, είναι μια πολύπλοκη διαδικασία ενώ τα όρια μεταξύ άγχους και εξουθένωσης είναι ασαφή και συχνά καλυπτόμενα στον εργασιακό χώρο (Κάντας,1996).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια ψυχολογική διαδικασία συναφής αλλά όχι ταυτόσημη με το εργασιακό στρές. Το εργασιακό στρές εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας είναι μεγάλες και υπερβαίνουν τις πηγές και τις δυνάμεις του ατόμου. Αντιθέτως με την επαγγελματική εξουθένωση όπου η προσαρμοστική ικανότητα του καταλύεται και η αιτία είναι η μακροχρόνια ανισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και πηγών. Σύμφωνα με τον Maslach, η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται συνήθως μετά από επανειλημμένες αποτυχίες όσον αφορά την αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων του χώρου εργασίας (Maslach,1982). Εν συνεχεία το στρές μπορούν να το βιώσουν όλοι οι άνθρωποι σε αντίθεση με το burnout

όπου το βιώνουν συνήθως άνθρωποι που ξεκινούν την καριέρα τους, είναι αφοσιωμένοι στην εργασία τους έχοντας βάλει ψηλούς στόχους για την πορεία που θα ακολουθήσει και τέλος μετά από μια αλλεπάλληλη και αποτυχημένη προσπάθεια, έρχονται αντιμέτωποι με μια συγκεκριμένη αγχογόνα κατάσταση όπου τελικώς καταρρέουν και βιώνουν το σύνδρομο του Burnout κοινώς συμπερασματικά το γνωστό σύνδρομο σε όλους επαγγελματική εξουθένωση (Pines, 1993).

2.2.2 Ορισμός της έννοιας

Παρά το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση ακόμη και σήμερα αποτελεί ένα σημαντικό αντικείμενο έρευνας παγκοσμίως, εντούτοις δεν υπάρχει ένας κοινός αποδεκτός και γνωστός σε όλους ορισμός.

Πρώτος ο Freudenberger (1974) υποστήριξε ότι << η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια κατάσταση κόπωσης ή εξουθένωσης που προκαλείται από την αφομοίωση σε μια αιτία, ένα τρόπο ζωής ή μια σχέση που αποτυχαίνει να αποδώσει μια αναμενόμενη επιβράβευση. Το σύνδρομο συνδέεται άμεσα με το βαθμό αφομοίωσης που έχει το άτομο στο αντικείμενο του και την ματαίωση που βιώνει από τη μη επίτευξη των στόχων του. Η έλλειψη της ποικιλίας και η μη επαρκής ανατροφοδότηση που συχνά αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι συνεισφέρουν στην εμφάνιση και ανάπτυξη του συνδρόμου>>(Δούκα, 2003)

Στην συνέχεια ο Potter χαρακτηρίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως << 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>> (Διομήδους και συν, 2009). Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι σύνδρομο του Burnout εμφανίζεται εύκολα αλλά υποχωρεί με δυσκολία μιας και ο κάθε εργαζόμενος μαθένει να εργάζεται αυτόματα και ταυτόχρονα αλλοτριώνεται απέναντι στην εργασία του με αποτέλεσμα να μην μπορεί να βελτιωθεί όσο και αν διορθωθούν οι συνθήκες εργασίας του προς όφελος του.

Εντούτοις όμως ο πιο διαβεβριμένος ορισμός που να αφορά την επαγγελματική εξουθένωση και είναι γνωστός σχεδόν παντού ακόμη στις μέρες μας είναι αυτός της ψυχολόγου Christine Maslach όπου έγραψε το 1982. Ο ορισμός της Maslach (1982) παρουσιάζεται ευρέως ως ο πιο γνωστός και ο πιο αποδεκτός : << Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και

χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας υγείας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς>>.

Δηλαδή βάση των πιο πάνω που αναφέρει η Maslach(1982), γίνεται κατανοητό ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι το πρώτο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης και μιλά για μείωση των συναισθημάτων του ατόμου- εργαζόμενου με αποτέλεσμα να μην μπορεί να προσφέρει τις σωστές υπηρεσίες στους χρήστες –ασθενείς του. Επιπρόσθετα με αυτό η συναισθηματική εξάντληση οδηγά στην αποπροσωποποίηση και στην έλλειψη των προσωπικών επιτεύξεων, που δυναμώνουν την άποψη ότι η αποπροσωποποίηση είναι ο πιο απαραίτητος και ο πιο χρήσιμος μηχανισμός για να αμυνθεί ένα άτομο (Δούκα, 2003). Έτσι βάση αυτού οι Maslach και Jackson (1986) έχτισαν ένα εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, υποστηρίζοντας ότι με αυτό μπορούν να αξιολογήσουν κατά πόσο εμπλέκονται στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης οι εργαζόμενοι στηριζόμενοι βέβαια πάντα στον κατάλογο MBI –Maslach Burnout Inventory. Ο συγκεκριμένος κατάλογος MBI αξιολογεί τα τρία πιο βασικά στοιχεία που αφορούν αρχικά το βαθμό της συναισθηματικής εξάντλησης των εργαζομένων, τα επίπεδα της αποπροσωποποίησης και τέλος την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων (Maslach και Jackson, 1986).

2.2.3 Ιστορική αναδρομή της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει προβληματίσει σε μεγάλο βαθμό όλη την επιστημονική κοινότητα όπου ασχολείται με τη δομή της σημερινής κοινότητας, καθώς επίσης και τους ειδικούς που ασχολούνται με τα θέματα διοίκησης και οργάνωσης, με τέτοιο τρόπο ούτως ώστε έχει αναγνωριστεί η σημασία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και οι επιπτώσεις που επιφέρει στο άτομο, στην κοινωνία και στο γενικό σύνολο.

Τα τελευταία χρόνια το εν λόγω σύνδρομο μελετάται σε έντονους ρυθμούς και αυτό γιατί μέσα από τους γρήγορους ρυθμούς της ζωής και την ανταγωνιστικότητα που υπάρχει στις μέρες μας στην οικονομία, όλα αυτά μαζί οδηγούν στην εξάπλωση και στην διάδοση του συνδρόμου ολοένα και σε περισσότερα εργασιακά πλαίσια.

Η ετυμολογία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στην αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως << αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης >> (Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός, 2005. Ο Bradley

το 1969 ανέφερε για πρώτη φορά τον όρο επαγγελματική εξουθένωση. Στα μέσα της δεκαετίας του 1970 στις ΗΠΑ ξεκίνησαν οι πρώτες έρευνες που αφορούσαν τα συναισθήματα των εργαζομένων και μέσω των αυτών των ερευνών εντόπισαν και περιέγραψαν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και το ποσοστό συχνότητας που υπήρχε (Μπελαλή και συν, 2007). Εντούτοις όμως το 1974 πάλι στις ΗΠΑ ο Αμερικανός ψυχαναλυτής Dr Herbert J. Freudenberger έκανε την πρώτη επίσημη γνωστή σε όλους μελέτη με την ονομασία Staff Burnout. Αυτή η έρευνα μιλούσε για τα συμπτώματα της υπερκόπωσης που παρατηρούσε όχι μόνο στον εαυτό του ο Freudenberger, αλλά και σε άλλους εθελοντές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας που φαίνεται ότι διακατέχονταν από τα προβλήματα του εθισμού του Burnout. Με αυτή την έρευνα ο Freudenberger το 1974 μελέτησε την σταδιακή συναισθηματική εξάντληση των δυνάμεων τους, το ενδιαφέρον τους για την εργασία όπου χανόταν σιγά-σιγά, την απογοήτευση από το επάγγελμα τους που ένιωθαν, την απουσία τους από την εργασία τους, ακόμη και την θεληματική αποχώρηση τους από την εργασία τους, καθώς επίσης και την ποικιλία των πνευματικών και σωματικών συμπτωμάτων που παρουσίαζαν αρκετοί από αυτούς που ήταν ήδη εθισμένοι εθελοντές (Freudenberger, 1974).

Στη συνέχεια το 1976 μια από τις πιο σημαντικές ερευνήτριες όσον αφορά τον τομέα της επαγγελματικής εξουθένωσης η Maslach , ξεκινά την έρευνα της πάνω στο φαινόμενο αυτό του τομέα της που αφορά την επαγγελματική εξουθένωση. Πιο συγκεκριμένα ασχολείται με τους αμυντικούς μηχανισμούς που παρατηρεί ότι αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι, οι οποίοι βρίσκονται σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα την αποστασιοποίηση και την έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία τους. Βάση αυτής της έρευνας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι πολύ μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων παρουσίαζαν συναισθηματική και σωματική εξάντληση και εξαιτίας αυτού επέφεραν αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς τους.

Όσο περνούν τα χρόνια, φτάνουμε στη δεκαετία του 1980, όπου η μελέτη του συνδρόμου του burnout γίνεται πιο εκτενής και πιο εμπειρική. Η Maslach το 1982 διατύπωσε τον πιο ακριβές και σωστό ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Περιγράφει την εξουθένωση του επαγγέλματος ως μια κατάσταση βάση της οποίας ο εργαζόμενος χάνει την σωματική και ψυχική του ηρεμία και γίνεται εξαντλημένος, χάνει το ενδιαφέρον του για την εργασία του, ενώ ταυτόχρονα δημιουργεί μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και παύει να είναι ικανοποιημένος σε ότι και να κάνει, έστω αυτό το κάνει καλά ή κακά. Το 1986 η Maslach δημιουργά κλίμακες μέτρησης (MBI- Maslach Burnout Inventory) που μετρούν τον βαθμό εξουθένωσης των εργαζομένων που φέρουν το αίσθημα της κόπωσης και νοιώθουν άχρηστοι

για την εργασία τους η οποία χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα στις περισσότερες μελέτες (Maslach & Jackson, 1986). Βάση αυτής της κλίμακας MBI οι επιστήμονες – ερευνητές αποκτούν ένα πιο ισχυρό όπλο για να μπορούν να καταγράψουν πιο καλά, σωστά και αντικειμενικά το σύνδρομο αυτό του burnout (Schraubetal, 2004). Σε πιο πρόσφατη έρευνα της η Maslach (1997) υποστηρίζει ότι η κατάσταση αυτή της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ένας δείκτης φθοράς των αξιών του ατόμου, της αξιοπρέπειας και της θέλησης των εργαζόμενων πιο συγκεκριμένα. Επιπρόσθετα η Maslach παρουσιάζει το σύνδρομο αυτό όπως ένα σπирάλ από το οποίο όλοι ανεξαιρέτως δυσκολεύονται να βγούν. Δηλαδή το burnout είναι μια συναισθηματική αντίδραση συνάμα με μηχανισμό άμυνας έναντι στο χρόνιο και συνεχόμενο στρές που προκαλεί η αλληλεπίδραση του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή- χρήστη. Παρουσιάζεται δηλαδή σαν υποκείμενο που χρήζει επειγόντος βοήθεια (Maslach & Leiter, 1997).

Μετά το 1990 οι έρευνες για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης επεκτάθηκαν σε μεγάλο βαθμό και σε άλλους τομείς και αφορούσαν τους κλάδους που πρόσφεραν σε ανθρώπους την βοήθεια τους. Αυτοί οι κλάδοι αφορούσαν τους εκπαιδευτικούς που ασχολούνται με μικρά παιδιά πολλές ώρες (Maslach & Pines, 1977), τους αστυνομικούς-υπαλλήλους φυλακών (Burke & Deszca, 1986), τους κοινωνικούς λειτουργούς-λειτουργούς ψυχιατρικών νοσοκομείων. Συνάμα τα εργαλεία μέτρησης εξελίχθηκαν στατιστικά και έτσι αυτό βοήθησε στο να ξεκινήσουν έρευνες που αφορούσαν την διερεύνηση των μακροπρόθεσμων συνεπειών του συνδρόμου του Burnout, ούτως ώστε να μπορούν να βρεθούν τρόποι καταπολέμησης του φαινομένου αυτού (Κάντας, 1996).

2.3 Οι συνιστώσες του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και το εργαλείο μέτρησης- MBI.

Το σύνδρομο αυτό του burnout δεν είναι ένα οποιοδήποτε σύνδρομο το οποίο εμφανίζεται μέσα σε μια νύκτα την επομένη μέρα διαγράφεται, αλλά αντιθέτως εμφανίζεται στα άτομα που έχουν παρουσιάσει κάποια από τα χαρακτηριστικά του και το πρόβλημα επιδεινώνεται σταδιακά. Με αυτή την σκεπτική ο επαγγελματίας υγείας ως χρήστης αυτού του συνδρόμου έχει το δικαίωμα και την ανάγκη να γνωρίζει τα συμπτώματα του συνδρόμου αυτού ούτως ώστε να μπορεί να τα ελέξει πριν ξεφύγουν από τον έλεγχο του και τον καταστρέψουν.

Η επαγγελματική εξουθένωση το γνωστό σε όλους μας Burnout αποτελείται από τρεις επιμέρους συνιστώσες. α)Την συναισθηματική εξάντληση, β)την αποπροσωποποίηση και γ)την αναποτελεσματικότητα (Maslach & Jackson, 1986).

Η **συναισθηματική εξάντληση** αναφέρεται στην μείωση των συναισθημάτων του ατόμου, με αποτέλεσμα να μην μπορεί πλέον να προσφέρει συναισθηματικά στους ασθενείς των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή η συναισθηματική εξάντληση εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής κόπωσης. Ένα κοινό σύμπτωμα είναι ο εργαζόμενος να βλέπει με δισταγμό την προοπτική να πρέπει να πάει ξανά στη δουλειά του την επόμενη μέρα. Παράλληλα ο εργαζόμενος συνήθως προσπαθεί να προστατευτεί απέναντι στην εξάντληση χρησιμοποιώντας την απομόνωση και έτσι αρχίζει να επικοινωνεί με τους άλλους με αρνητικό ή επιθετικό τρόπο (Maslach & Jackson, 1984) .

Στη συνέχεια η συναισθηματική εξάντληση οδηγεί στην **αποπροσωποποίηση**. Εδώ η αποπροσωποποίηση ή ο κυνισμός παρατηρείται όταν ο επαγγελματίας υγείας δείχνει να απομακρύνεται από αυτούς που έχουν ανάγκη τις υπηρεσίες του και φαίνεται να δημιουργά απρόσωπες σχέσεις μαζί τους. Αυτή η όλη κατάσταση αποτελεί έκφραση της αρνητικής στάσης του πάσχοντος προς τους άλλους, αλλά και προς την εργασία τους. Η αποπροσωποποίηση αποτελεί και τον ενδογενή παράγοντα της συναισθηματικής εξάντλησης όπου το άτομο χαρακτηρίζεται από χαμηλό αυτοσεβασμό και μεγάλα ποσοστά διαφοροποίησης που υπάρχει το ενδεχόμενο να τα αντιμετωπίσει ως προσωπική κατάρρευση. Μέσω της αποπροσωποποίησης οι εργαζόμενοι τις πλείστες φορές ή σχεδόν πάντα αντιμετωπίζουν τους ασθενείς τους κυνικά και τους αντιμετωπίζουν ως αντικείμενα που δεν θέλουν να τα βοηθήσουν. Αυτό γίνεται γιατί πιστεύουν ότι με αυτό τον τρόπο θα αποφορτιστούν και ότι είναι η μόνη διέξοδος απεγκλωβισμού από τα προβλήματα τους. Ένα τραντακτό παράδειγμα είναι το γεγονός ότι οι γιατροί ή οι νοσηλευτές έχουν συχνά την τάση να αναφέρονται στους ασθενείς όχι με τα ονόματα τους αλλά με τον αριθμό δωματίου ή τον τύπο ασθένειας που έχουν (Δούκα, 2003).

Η τελευταία διάσταση η **αναποτελεσματικότητα** ή αλλιώς πιο λυτά έλλειψη προσωπικής επίτευξης και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, χαρακτηρίζεται από την τάση των εργαζόμενων να αυτοαξιολογούν την δική τους προσωπικότητα στο χώρο εργασίας τους και να αποκτούν την αίσθηση ότι είναι ανίκανοι να προσφέρουν στους ασθενείς των υπηρεσιών υγείας. Ενώ παράλληλα αρχίζουν να νοιώθουν το αίσθημα της δυστυχίας και της δυσαρέσκειας σε θέματα που αφορούν την απόδοση τους στο περιεχόμενο της εργασίας τους.

Βάση τα πιο πάνω η Maslach και ο Jackson (1986) δημιούργησαν ένα εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης το γνωστό MBI –Maslach Burnout Inventory. Αυτό το εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα διεθνώς στις περισσότερες μελέτες μέσω μιας κλίμακας για μέτρηση του συνδρόμου και αξιολογεί τις τρεις βασικές διαστάσεις την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την αναποτελεσματικότητα. Η διαδικασία αξιολόγησης είναι πολύ απλή, αφού οι εργαζόμενοι συμπληρώνουν ερωτηματολόγια όπου αναφέρονται σε είκοσι δυο καταστάσεις που αντιστοιχούν στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στη συνέχεια κάθε μια κατάσταση βαθμολογείται με βάση τη συχνότητα εμφάνισης της σε μια κλίμακα που αρχίζει από το 0 που θεωρείται το ποτέ μέχρι το 6 που θεωρείται το διαρκώς. Από το άθροισμα των μετρήσεων σε κάθε κατάσταση προκύπτουν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως φαίνονται στον πίνακα 1.

Καταστάσεις (22)	BURNOUT		
	ΧΑΜΗΛΟ	ΜΕΣΟ	ΥΨΗΛΟ
Συναισθηματική Εξάντληση (9)	≤16	17-26	≥27
Αποπροσωποποίηση (5)	≤6	7-12	≥13
Προσωπική Επίτευξη (8)	≥39	38-32	≤31

Πίνακας 1 : Μέτρηση Επαγγελματικής Εξουθένωσης με την κλίμακα MBI

2.4 Αίτια-Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η στρεσογόνα φύση στους χώρους εργασίας της υγείας είναι ευρέως γνωστή και αποδεκτή συνάμα, αλλά και παράλληλα ερευνητικά τεκμηριωμένη. Το στρες που βιώνουν οι εργαζόμενοι σε συνδιασμό πάντα με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνουν περισσότερο τον ψυχικό τους κόσμο (Bakker et al, 2000).

Έτσι βασιζόμενοι σε αυτό πιο πάνω οι παράγοντες πρόκλησης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι συνήθως στενά συνδεδεμένες με τις αιτίες του στρες στο άτομο, ενώ τις πλείστες φορές ενισχύονται από τις συνθήκες της ζωής του όπως είναι το οικογενειακό του περιβάλλον και το εργασιακό του περιβάλλον. Η Sue Micklevitz (2001) χώρισε τους παράγοντες σε δυο κατηγορίες, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τους ατομικούς παράγοντες. Οι Maslach και Leiter (2001) μάζεψαν πέντε στοιχεία που όταν συνδεθούν μεταξύ τους οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση. Αυτοί είναι το υπερβολικά φορτωμένο επαγγελματικό πρόγραμμα, η έλλειψη ικανοποίησης του εργαζόμενου από την εργασία του, η έλλειψη συναδελφικότητας εξαιτίας της ανταγωνιστικότητας που υπάρχει τις πλείστες φορές, το αίσθημα της αδικίας που νοιώθει ο εργαζόμενος όταν υπάρχει θέμα αξιολόγησης ή αποζημίωσης του εργαζόμενου και η σύγκρουση αξιών του ατόμου.

Εντούτοις στη διεθνή βιβλιογραφία πολλοί είναι οι ερευνητές που προσπαθούν να καθορίσουν τα αίτια που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το 2000 η Μεταλληνού καθόρισε τους παράγοντες εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε περιβαλλοντικούς και σε ατομικούς.

Πιο συγκεκριμένα οι **περιβαλλοντικοί παράγοντες** που αφορούν το περιβάλλον της εργασίας και σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση των λειτουργών υγείας αναδεικνύονται πολύ σημαντικοί και περιλαμβάνουν συνήθως μακροχρόνιες επαφές με ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια προβλήματα και υπάρχει το ενδεχόμενο να δημιουργηθεί στο λειτουργό υγείας ένα δυσβάστακτο φορτίο ευθύνης, ότι δηλαδή μόνο αυτός μπορεί να βοηθήσει και να δώσει λύση στο πρόβλημα που υπάρχει. Επίσης το να είσαι συνέχεια συγκεντρωμένος και αφοσιωμένος στη δουλειά σου και να πρέπει να κατέχεις το θέμα της ειδικής μεταχείρισης σε κάποιους ανθρώπους που υποφέρουν, παρουσιάζεται κάπως σαν πνευματική υπερφόρτωση γιατί δεν μπορείς να εκφραστείς άνετα όπως θέλεις. Παράλληλα η αυξημένη πίεση χρόνου όπου θέτει όρια στην παροχή υπηρεσίας, κάποιες φορές δημιουργεί

την εντύπωση ότι ο εργαζόμενος λειτουργός δεν προσπαθεί αρκετά όσο πρέπει. Ενώ κάποιες άλλες φορές η εργασία είναι μονότονη και περιορισμένη και έτσι υπάρχει κάποια έλλειψη αυτονομίας στη λήψη απόφασης και στις απρόβλεπτες καταστάσεις. Ταυτόχρονα όσον αφορά τις υπευθυνότητες τις πλείστες φορές δεν είναι καθορισμένες με αποτέλεσμα να δημιουργείται κακή ροή πληροφοριών, να μην υπάρχει αναγνώριση και οι λειτουργοί να έχουν τέλος του μήνα χαμηλές οικονομικές απολαβές. Συνάμα με αυτά υπάρχουν και πολλοί άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες στον εργασιακό χώρο των λειτουργών υγείας όπως φυσικοί παράγοντες που αφορούν τον θόρυβο, τις δονήσεις και τη μολυσμένη ατμόσφαιρα γενικότερα. Οι φυσιολογικοί παράγοντες συνήθως αφορούν τη εργασία σε βάρδιες, το βαρυφορτωμένο πρόγραμμα εργασίας χωρίς διάλειμμα μαζί με τις πιεστικές και αντίξοες συνθήκες εργασίας. Επίσης οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες προκαλούν αίτια που περιλαμβάνουν τις συγκρούσεις με τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους ή τους συγγενείς των ασθενών, την υπεραρριθμία ή την έλλειψη συνήθως του προσωπικού και την ισορροπία που πρέπει να κρατά κάθε εργαζόμενος λειτουργός υγείας μεταξύ δουλειάς-οικογένειας και προσωπικής ανάπτυξης. Μαζί με την υψηλή συναισθηματική φόρτιση που επικρατεί στο περιβάλλον εργασίας είναι και η έκθεση του εργαζόμενου στον πόνο και στο θάνατο του ασθενή. Επιπλέον οι δομικοί και οργανωτικοί παράγοντες αποτελούν αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης που αφορούν την οργάνωση και διοίκηση του κάθε πόστου εργασίας που εργάζονται οι λειτουργοί υγείας (Cherniss, 1980).

Τέλος μέσα από πολλές έρευνες διαφάνηκε ότι οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών σε συγκεκριμένα τμήματα αυξάνονται με αποτέλεσμα να αυξάνονται και οι ιδιαιτερότητες και η απαραίτητη βοήθεια που πρέπει να δώσει ο κάθε εργαζόμενος. Τέτοια τμήματα είναι το ογκολογικό, οι ΜΕΘ, τα τμήματα με ασθενείς που υποφέρουν από AIDS και τα τμήματα των Πρώτων Βοηθειών και Επειγόντων περιστατικών. Επομένως από αυτό διαφαίνεται ότι όλοι οι παράγοντες, όλα τα αίτια παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Εν συνεχεία τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου αφορούν και τους **ατομικούς παράγοντες** όπου παρουσιάζουν τον τρόπο που αντιμετωπίζει ένας λειτουργός υγείας όλες τις αγχογόνες καταστάσεις και την εκπλήρωση των προσδοκιών του από την εργασία, δηλαδή αφορούν περισσότερο τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα γενικότερα (Lazarus & Folkman, 1984). Η ηλικία και η εμπειρία είναι δυο παράγοντες που βοηθούν στην εμφάνιση του συνδρόμου του burnout, μιας και οι νεότεροι σε ηλικία με την μικρότερη πείρα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από τους μεγαλύτερους και πιο έμπειρους συναδέλφους τους (Poncet et al, 2007). Επίσης η διάψευση των πολύ υψηλών ατομικών

προσδοκιών για τους νέους λειτουργούς υγείας αποτελεί ακόμη μια αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Εντούτοις όμως με την πάροδο των χρόνων τα άτομα προσαρμόζονται τουλάχιστον σε θέματα που αφορούν την συναισθηματική εξάντληση και την αίσθηση της αποτυχίας. Βασικά ο μεγάλος ενθουσιασμός για την εργασία, όλες οι ατομικές φιλοδοξίες και η αδυναμία διατήρησης μιας προσωπικής ψυχολογικής ισορροπίας μπορούν να οδηγήσουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Παράλληλα η ανικανότητα της άρνησης λόγω της έλλειψης πόρων και οι δυσκολίες στη λήψη ευθύνης εξαιτίας της έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης μαζί με την προδιάθεση για αυτοθυσία λόγω της έλλειψης της ανταπόδοσης και την τάση για την προσφορά αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση. Τέλος το επαγγελματικό άγχος αποτελεί πρόβλημα όσον αφορά τις δύσκολες καταστάσεις. Δηλαδή καταστάσεις που δείχνουν τις σχέσεις, τη δομή των διαπροσωπικών σχέσεων και την έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους (Central and Eastern European Harm Reduction Network, 2006). Συνοπτικά τα άτομα που είναι πιο ανθεκτικά στο άγχος έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν προβλήματα που να αφορούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Kobasa et al, 1982). Στις πλείστες μελέτες φάνηκε ότι συχνά οι ατομικοί- ψυχολογικοί παράγοντες ωθούν περισσότερο στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης από ότι οι συνθήκες εργασίας ή κάποιοι άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλου, 1992). Όλοι οι πιο πάνω παράγοντες – αίτια που αναφέρθηκαν πιο πάνω είναι πιθανόν να επηρεάσουν τις πλείστες φορές την ένταση των συμπτωμάτων αλλά και τις επιπτώσεις που επιφέρει το συγκεκριμένο σύνδρομο του Burnout στη ζωή του κάθε ατόμου (Boumans & Landeweerd., 1996, Jansen et al., 1999, Edwards et al., 2001, Altun, 2002, Greco et al., 2006, Vaheyetal., 2004).

2.5 Θεωρητικά Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Οι πιο πολλοί ερευνητές χωρίζουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε φάσεις ως μια διαδικασία διεργασίας και ως κατάσταση. Τα πιο πολλά θεωρητικά μοντέλα προσπαθούν με το δικό τους τρόπο να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσω μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Vachon, 1987).

Ο Pines (1986) υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνους παράγοντες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες. Άλλοι ερευνητές

(Leiter & Maslach,1988, Dekker & Schaufeli,1995, Antoniou, 1999) υποστηρίζουν τους ατομικούς παράγοντες, με την σκεπτική ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες του ατόμου αλλά και από τον χώρο που εργάζεται συνήθως (Firth- Cozens & Payne, 1999).

2.5.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)

Στηριζόμενοι στον ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης που έδωσε η Maslach (1982) γίνεται αναφορά σε τρεις διαστάσεις, όπου αναλύοντας αυτές τις διαστάσεις βγαίνουν προς τα έξω και διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων.

Η πρώτη διάσταση είναι η συναισθηματική εξάντληση και περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης συνάμα με απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Δηλαδή εδώ μιλάμε για ένα άτομο που μπορεί να έχει διαφόρων τύπων προβλήματα υγείας ή να φέρει πονοκεφάλους επι καθημερινής βάσεως.

Η δεύτερη διάσταση παίρνει το όνομα της αποπροσωποποίησης, όπου εδώ ο κάθε εργαζόμενος που έχει το συγκεκριμένο πρόβλημα μπορεί να αποκτήσει κυνικές σχέσεις απέναντι σε τρίτους και να αποκτήσει αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του. Έτσι απομακρύνεται και αποξενώνεται σιγά –σιγά από τους ασθενείς –χρήστες του. Δηλαδή για να αποφύγει αυτά τα αρνητικά συναισθήματα κλείνεται στον εαυτό του, κάνει πιο λίγη δουλειά μιας και δεν επιθυμεί να έχει διαμάχες με κανένα.

Η τρίτη διάσταση ονομάζεται έλλειψη προσωπικής επίτευξης και ο εργαζόμενος δείχνει να φέρει μια αρνητικότητα για τα πάντα γύρω του, για ολόκληρο τον κόσμο , για τη ζωή του και γενικά βρίσκεται εκτός ελέγχου η όλη κατάσταση. Δηλαδή ο εργαζόμενος αποκτά την αίσθηση ότι δεν μπορεί πλέον να προσφέρει και ότι αυτό στηρίζεται στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσης του στην δουλειά του (Leiter & Maslach , 2005).

2.5.2 Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)

Οι Edelwich και Brodsky (1980) κατέγραψαν μια σειρά από τέσσερα στάδια που βιώνει ο κάθε εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του . Αυτά κατά σειρά είναι ο ενθουσιασμός, η αμφιβολία και η αδράνεια, η απογοήτευση και ματαιώση και η απάθεια στο τέλος. Αρχικά ο επαγγελματίας υγείας ξεκινά τη δουλειά του με την εισαγωγή του στο σύστημα υγείας για πρώτη φορά και διακατέχεται με το αίσθημα του **ενθουσιασμού** αφού είναι συνήθως η αρχή της καριέρας του και βάζει ψηλούς στόχους και συνήθως μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στη φάση αυτή ο επαγγελματίας υγείας δίνει φαίνεται να κάνει επένδυση στην εργασία του, να

αφιερώνει πολύ χρόνο και να δίνει ακόμη και την ψυχή του αν χρειαστεί, ενώ συνάμα με αυτά αναπτύσσει σχέσεις με τους συναδέλφους αλλά και τους ασθενείς-χρήστες.

Στην πορεία όμως μόλις διαπιστώσει ότι το έργο που προσφέρει δεν ανταποκρίνεται ούτε στις προσδοκίες του αλλά ούτε και στις ανάγκες του απογοητεύεται και παρνούμε στο δεύτερο στάδιο που είναι το στάδιο **αμφιβολίας και αδράνειας**. Στην αρχή νομίζει ο επαγγελματίας υγείας ότι εάν δουλέψει πιο πολύ υπάρχει μια πιθανότητα να καλύψει αυτό το κενό, έτσι ασχολείται περισσότερο με την δουλειά του, αφιερώνοντας πιο πολύ χρόνο, παρακολουθεί σεμινάρια, συνέδρια και προγράμματα επιμόρφωσης σκεπτόμενος πάντα το καλύτερο. Αυτό όμως εξακολουθεί να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα και έτσι σταδιακά αποιδανικοποιεί την εργασία του χωρίς να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

Την αμφιβολία και την αδράνεια ακολουθούν η **απογοήτευση και η ματαίωση**. Ο επαγγελματίας υγείας νιώθει ότι εργάζεται σε μια εργασία που του προκαλεί μόνο άγχο-στρές και βλέπει ότι συνάμα με αυτό οι προσπάθειες του να ολοκληρωθεί και να εκπληρώσει τους στόχους που έβαλε αρχικά στην εργασία του είναι άκαρπες. Έτσι οδηγείται στην απογοήτευση και στην αποθάρρυνση. Επομένως μετά από αυτό οι αποφάσεις του επαγγελματία υγείας είναι μεταβατικές, δηλαδή υπάρχουν δυο ενδεχόμενα για αυτόν, είτε να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς του στόχους- τις προσδοκίες του για να βγει από το αδιέξοδο που τον διακατέχει, είτε να απομακρυνθεί από τον χώρο εργασίας που εργάζεται, πηγή στρες, όπου του προκαλεί άγχος.

Το τελευταίο στάδιο που ονομάζεται **απάθεια**, ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να αγνοεί τους ασθενείς, επενδύει ελάχιστη ενέργεια και αποφεύγει ξεκάθαρα κάθε υπευθυνότητα που του αναθέτουν, προσπαθώντας μέσα από αυτά να αντιμετωπίσει την απογοήτευση και ματαίωση που βιώνει και να καλύψει την ανεπάρκεια που νοιώθει απέναντι στους ασθενείς. Αυτό έχει σαν οξύ αποτέλεσμα να μεγαλώσουν οι εντάσεις με άτομα συναδέλφους του και με διάφορα άλλα άτομα του κοινωνικού περιγύρου του και συνάμα αυτά να μην βρίσκει υποστήριξη από πουθενά σε μια τόσο δύσκολη φάση της ζωής του.

2.5.3 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Ο C. Cherniss (1980) υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι πιο πολύ μια διαδικασία παρά ένα συμβάν. Δηλαδή είναι αυτή η αδυναμία προσαρμογής του επαγγελματία υγείας στο χώρο εργασίας της υγείας συνάμα μαζί με την απομάκρυνση του από την εργασία του όπου έχει βιώσει την προσωπική ματαίωση και απογοήτευση για τον συγκεκριμένο χώρο

εργασίας και γενικά το συγκεκριμένο επάγγελμα. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται μέσα από τρεις φάσεις.

α) Φάση εργασιακού στρες: Γίνεται συζήτηση, πιο συγκεκριμένα διατάραξη για τους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης διατάραξης όπου δημιουργείται όταν οι προσωπικοί στόχοι των εργαζόμενων και τα αιτήματα που έρχονται από το εργασιακό περιβάλλον δεν μπορούν να υλοποιηθούν εξαιτίας της έλλειψης πόρων που υπάρχει. Η διατάραξη αυτή της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς όμως απαραίτητα να τον οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση.

β) Φάση εξάντλησης: Εδώ σε αυτή την φάση ο εργαζόμενος βρίσκεται συνέχεια σε φάση εξάντλησης, στρες, κόπωσης, άνοιας, έλλειψη ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο χώρος της υγείας αποτελεί για τον εργαζόμενο πηγή εξάντλησης, ενώ η προσοχή του και η κλίση του στρέφεται προς την πλευρά των γραφειακών εργασιών παρά σε παρακλίνιες εργασίες που αφορούν την φροντίδα του ασθενή- χρήστη. Εν τω βάθει ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μια κατάσταση συνεχούς έντασης που αν δεν καταφέρει να την διαχειριστεί σωστά υπάρχει το ενδεχόμενο να απογοητευτεί και να ζητήσει ολική παραίτηση από την εργασία του.

γ) Φάση αμυντικής κατάληξης: Σε αυτή τη φάση ο εργαζόμενος παρουσιάζει αλλαγές στη στάση και στη συμπεριφορά του και ο κυνισμός και η απάθεια για τους άλλους είναι τα κύρια χαρακτηριστικά του. Οι αλλαγή αυτή βοηθά στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται με την ελπίδα ότι θα μπορέσει ο επαγγελματίας υγείας να επιβιώσει και να επιστρέψει στο χώρο της υγείας για να εργαστεί ξανά.

2.5.4 Το μοντέλο της Pines

Η Pines και οι συνεργάτες της χαρακτηρίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια μονοδιάστατη έννοια και μια κατάσταση συναισθηματικής, πνευματικής και σωματικής εξάντλησης που προκαλείται από την έκθεση του εργαζόμενου επαγγελματία υγείας σε συναισθηματικά φορτισμένες απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης επεκτάθηκε και σε άλλους τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις και δεν περιορίστηκαν μόνο στο χώρο της υγείας που αφορά τους επαγγελματίες υγείας μόνο (Pines, 1996). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο η μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης αξιολογείται μόνο από μια κλίμακα και συνδέεται με την ανάγκη του ανθρώπου να δώσει νόημα στη ζωή του μέσα από τη εργασία, πράγμα που τον ωθεί είτε προς την επιτυχία είτε προς την αποτυχία (Pines, 1993).

Από την ανάλυση των πιο πάνω μοντέλων διαφάνηκε ότι οποιοδήποτε μοντέλο και να κυριαρχεί όπου επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας, πάντα η επαγγελματική εξουθένωση υποδηλώνει την απώλεια του ενδιαφέροντος του εργαζόμενου για το χώρο εργασίας της υγείας όπου εργάζονται και η οποία απώλεια αυτή οδηγά συνάμα σε διαταραχή των σχέσεων με τους ασθενείς –χρήστες αρχικά και στη συνέχεια με τον κοινωνικό περίγυρο τους- συναδέλφους.

2.6 Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και πιο πάνω τα προβλήματα που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση επιδεινώνονται και εμφανίζονται σταδιακά μέχρι που ξεφεύγουν από τον έλεγχο του ατόμου. Η συχνή και μακροχρόνια έκθεση του επαγγελματία υγείας σε αντίξοες συνθήκες εργασίας οδηγά συνήθως στην υπερκόπωση και στην σωματική- ψυχολογική εξάντληση. Επομένως οι συνέπειες που αφορούν την εξάντληση αυτή δεν αφορούν μόνο την φυσική κατάσταση του ατόμου αλλά και την προσωπική του ζωή (Μάρκου, 2005). Έτσι τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ τις πλείστες φορές είναι ψυχολογικά, εντούτοις οι επαγγελματίες υγείας επιφέρουν τις ευθύνες και τα παράπονα τους στην εργασία (Διομήδους και συν, 2009). Ο Διλιντάς (2010) υποστηρίζει ότι τα άτομα που νοιώθουν κόπωση, εκτός από το στρές που σίγουρα το βιώνουν, εμφανίζουν ακόμη και συμπτώματα οργανικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά, όπου κάποιες φορές υπάρχει ακόμη και το ενδεχόμενο να μην μπορεί να τα αποδώσει σε κάποια αιτία.

Σύμφωνα όμως με τον Potter (Δούκα, 2003) τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα εξής :

- Αρνητικά συμπτώματα που αφορούν την μη ικανοποίηση από την εργασία του ο επαγγελματία υγείας, την αγωνία, τις συχνές διαμαρτυρίες για τυχόν προβλήματα που έχει, τα αισθήματα αδικίας που νοιώθει κάποτε , την κατάθλιψη εξαιτίας της ρουτίνας και τις εκρήξεις θυμού.
- Διαπροσωπικά προβλήματα όπου τα συναισθήματα του ατόμου έχουν επηρεαστεί από τις διαπροσωπικές σχέσεις και η επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας μπορεί να διακατέχεται από πολλές υπερβολές, πολλά νεύρα, απόσυρση κάποιες φορές και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αναποτελεσματικότητα στο επαγγελματικό αλλά και στο οικογενειακό κομμάτι.
- Τα προβλήματα υγείας όπου η σωματική ικανότητα του επαγγελματία υγείας επηρεάζεται και μειώνεται αφού είναι πλέον πιο επιρρεπείς σε κρυολογήματα, πονοκεφάλους, αυπνίες από

τις νυκτερινές βάρδιες, πόνους στην μέση, αυξημένη αρτηριακή πίεση ή ζάκχαρο, γαστρεντερικά προβλήματα, έλκος, αλλά και κόπωση συνάμα εξαιτίας της εξάντλησης.

-Η μειωμένη αποδοτικότητα όπου ο επαγγελματίας υγείας αρνείται και βαριέται να εκτελέσει την εργασία εξαιτίας της εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα παρουσιάζει δυσκολία στο να συγκεντρωθεί και να ολοκληρώσει την εργασία του.

-Η κατάχρηση ουσιών είναι μέσο αποφυγής από την επαγγελματική εξουθένωση όπως πιστεύουν οι επαγγελματίες υγείας κάποιες φορές και μπορεί να καταφύγουν στο κάπνισμα, στη χρήση αλκόολ, φαρμάκων ή ακόμα και ναρκωτικών.

-Η διατροφή μπορεί να αλλάξει ως προς την ποσότητα (δηλαδή περισσότερο ή λιγότερο). Επίσης υπάρχει το ενδεχόμενο αύξησης ή μείωσης βάρους σε μεγάλο βαθμό που μπορεί να οδηγήσει σε χειρότερα προβλήματα υγείας όπως η βουλιμία ή η ανορεξία.

- Αισθήματα κατωτερότητας όπου το άτομο εσωτερικεύει την αποτυχία του, μετατρέπει τον ενθουσιασμό του σε κυνισμό και νοιώθει ανίκανο να βοηθήσει και να δράσει σωστά στην εργασία του.

-Οικογενειακό στρες, και αυτό γιατί ένας επαγγελματίας υγείας αναγκάζεται να απουσιάζει από το σπίτι του αρκετά βράδια με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ευχαριστιέται την οικογένεια του, να μην βοηθά στο σπίτι εξαιτίας της κόπωσης-εξάντλησης του από την εργασία του και στο τέλος να έρχεται και σε σύγκρουση με αγαπημένα του πρόσωπα από την οικογένεια του εξαιτίας του στρες που επικρατεί μέσα του και στο τέλος να το βγάζει προς τα έξω με αρνητικό τρόπο και θυμό στην οικογένεια του.

-Αρνείται ένας επαγγελματίας να δημιουργήσει σχέση, γιατί πολύ απλά χάνει το ενδιαφέρον του για τις κοινωνικές σχέσεις. Σπάνια αφιερώνει χρόνο για να συναντηθεί με αγαπημένα του πρόσωπα. Τις πλείστες φορές εξαιτίας κόπωσης ο ίδιος ο επαγγελματίας θέλει να μείνει μόνος, απομακρύνει τις σχέσεις του και δεν επιδιώκει να κάνει καινούργιες γνωριμίες.

-Εκφυλισμός σχέσεων στην εργασία τους. Οι επαγγελματίες υγείας κάποιες φορές εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης θολώνει το μυαλό τους και βλέπουν ότι όλοι οι συναδέλφοι τους στην εργασία τους επιβουλεύονται και επιθυμούν να δούν την καταστροφή τους, ενώ οι ίδιοι αποφέρουν ευθύνες στο πλαίσιο της εργασίας τους που αφορά τον χώρο εργασίας της υγείας.

Επιπρόσθετα σύμφωνα με τους Tyler και Cushway (1988) όταν τα συμπτώματα προχωρήσουν και είναι πολύ σοβαρά και φτάνει ο επαγγελματίας υγείας να κινδυνεύει επειδή βρίσκεται σε καταθλιπτική κατάσταση τότε υπάρχει ακόμη και το ενδεχόμενο της ψυχοθεραπευτικής και φαρμακευτικής βοήθειας (Θεοφίλου, 2009).

Τέλος η αναγνώριση της ύπαρξης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνεται συνήθως με παρατήρηση της συμπεριφοράς των εργαζομένων και με προσωπικές συνεντεύξεις. Για αυτόν τον αντικειμενικό προσδιορισμό και τη συστηματική καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι απαραίτητη η μέτρηση του βαθμού της σε κάθε εργαζόμενο ξεχωριστά (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

2.7 Επιπτώσεις του συνδρόμου της Επαγγελματικής εξουθένωσης

Η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αποτελεί πλέον μόνο ένα αντικείμενο παρουσίασης και συζήτησης σε κάποιο συνέδριο, αλλά είναι δυστυχώς ή ευτυχώς ένα υπαρκτό πρόβλημα που επιφέρει πολλές επιπτώσεις τόσο στους επαγγελματίες υγείας, όσο και στο χώρο της υγείας. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει μελετηθεί και επεκταθεί παγκοσμίως. Οι επιπτώσεις του στρες και των κακών συνθηκών εργασίας γίνονται εύκολα αντιληπτές στις μέρες μας εξαιτίας των αρνητικών επακόλουθων της επαγγελματικής εξουθένωσης όπου οι επαγγελματίες υγείας καθημερινώς έχουν να αντιμετωπίσουν περιστατικά ζωής και θανάτου. Με βάση αυτά τα αρνητικά επακόλουθα γίνεται αντιληπτή η σημασία του συνδρόμου του burnout τόσο για τους επαγγελματίες υγείας που το βιώνουν όσο και για τους οργανισμούς που τους εργοδοτούν. Θεωρούνται ένας από τους παράγοντες που απειλούν την απόδοση και την οργανωτική δομή στο χώρο της υγείας. Οι επιπτώσεις του συνδρόμου αυτού αφορούν συνήθως νοσηλευτές και ιατρούς και οργανισμούς στους οποίους εργάζονται (Παππά και συν, 2008).

Με βάση των Kahill (1988), οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να γίνουν ομάδες και να διαχωριστούν σε σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες, διαπροσωπικές συνέπειες και συνέπειες που αφορούν τις στάσεις και τις συμπεριφορές στην εργασία.

2.7.1 Σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες

Στους ίδιους τους λειτουργούς υγείας μπορεί να προκαλέσει ποικίλα προβλήματα που αφορούν μικροενοχλήσεις αλλά και κάποιες φορές σοβαρά προβλήματα υγείας. Η επιδείνωση της πνευματικής κατάστασης του λειτουργού υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί από μείωση αισθημάτων αυτοεκτίμησης, ανασφάλεια, συναισθηματικά ξεσπάσματα, εκνευρισμό, αισθήματα ανικανότητας και προσωπικής αποτυχίας γενικότερα στην εργασία του μαζί με

άγχος και κατάθλιψη κάποιες φορές. Πιο συγκεκριμένα ο επαγγελματίας υγείας τις πλείστες φορές έχει την αίσθηση ότι είναι αβοήθητος και ανίκανος να βρεί εναλλακτικούς τρόπους για να λύσει ένα πρόβλημα. Σε αντίθεση με άλλες φορές όπου πιστεύει ότι η αμοιβή είναι πολύ μικρότερη σε σύγκριση με τα όσα προσφέρει στο χώρο της υγείας . Όσον αφορά το σωματικό επίπεδο, ο επαγγελματίας υγείας παρουσιάζει αίσθημα κόπωσης, πονοκεφάλους, έλκος στομάχου μαζί με γαστρεντερικά προβλήματα, πόνους στη μέση, αυπνίες. Επομένως συνοπτικά η εμφάνιση κάποιας διαταραχής ή μιας ομάδας από τις παραπάνω καταστάσεις αρνητικού τύπου αποτελούν εκτόνωση των εσωτερικών διεργασιών οι οποίες πυροδοτούνται από την επαγγελματική εξουθένωση (Cordes and Dougherty, 1993).

2.7.2 Διαπροσωπικές Συνέπειες

Είναι ευρέως γνωστό ότι οι προβληματικές σχέσεις που αφορούν την οικογένεια και την κοινωνία αποτελούν χαρακτηριστικό των ατόμων που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση. Με αυτό γίνεται κατανοητό ότι οι σχέσεις αυτές παρουσιάζουν μια δυσλειτουργία η οποία επιβαρύνει πιο πολύ τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας. Ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί πλέον να ανταποκριθεί στα οικογενειακά και κοινωνικά του καθήκοντα αφότου βιώνει την επαγγελματική εξουθένωση. Το σύνδρομο αυτό τον καθιστά ανίκανο να εμφανίσει το προηγμένο επίπεδο λειτουργικότητας του, δηλαδή δεν έχει πλέον την αντοχή όπως παλιά εξαιτίας της εξουθένωσης να συμμετάσχει σε δραστηριότητες μαζί με φίλους και την οικογένεια του. Παράλληλα επηρεάζονται και οι σχέσεις με τους συναδέλφους του και τους προϊστάμενους αφού εξάπτεται με το παραμικρό ίχνος θυμού που τον επιβάλλει. Η υπερκόπωση μαζί με την πίεση που νοιώθει ο επαγγελματίας υγείας, έχει αντίκτυπο στην συμπεριφορά του την οποία κακός μεταφέρει στην εργασία του κατά συνέπεια στους ασθενείς και στους συναδέλφους του, με αποτέλεσμα να επιδεινώνονται οι σχέσεις του και να επικρατεί ένα ψυχρό κλίμα έντασης και αντιπαράθεσης(Maslach and Jackson, 1985). Σε μελέτες που έγιναν σε κέντρα ημερίσιας φροντίδας οι επαγγελματίες υγείας που βίωναν αυτό το σύνδρομο της εξουθένωσης ήταν λιγότερο υπομονετικοί και ανεκτικοί, αλλά και περισσότερο κακόκεφοι σε σύγκριση με πιο παλιά (Maslach and Pines, 1977).

2.7.3 Συνέπειες που αφορούν τις στάσεις και τις συμπεριφορές στην εργασία

Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης επεκτείνονται ακόμη και στους χώρους εργασίας της υγείας. Για τους χώρους εργασίας η επαγγελματική εξουθένωση στους λειτουργούς υγείας είναι δαπανηρή, αφού οδηγά σε αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης της

εργασίας από τους λειτουργούς, απουσιάζουν όλο και πιο συχνά για περισσότερα διαλείμματα και άδειες και η απόδοση τους μειώνεται όλο και περισσότερο μαζί βέβαια με την χαμηλή ποιότητα φροντίδας (Maslach et al, 2001). Επίσης πολλές φορές επιδιώκουν να αλλάξουν ακόμα και το χώρο εργασίας τους με τη λογική να φύγουν από αυτό το κλουβί όπου είναι καταπιεσμένοι και παγιδευμένοι (Κάντας, 1998). Επιπρόσθετα συσχετίσεις έχουν γίνει με την εξουθένωση σε θέματα που αφορούν την αυξημένη συχνότητα λαθών από λειτουργούς υγείας και μετεγχειρητικών επιπλοκών, την αυξημένη θνητότητα χειρουργημένων ασθενών, την ανεπάρκεια και την στελέχωση εξαιτίας των πρόωρων συνταξιοδοτήσεων λόγω της εξουθένωσης- κόπωσης, μαζί με το θέμα της ανεπάρκειας της στελέχωσης και της χαμηλής ικανοποίησης των ασθενών (Μάρκου, 2005). Παράλληλα η αποχώρηση των λειτουργών υγείας επιβαρύνει τον οργανισμό με υψηλό κόστος αντικατάστασης τους (Nursing executive committee, 2000).

Οι πολλές επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης αναδειχνουν τις μεγάλες διαστάσεις που παίρνει αυτό το σύνδρομο, μεταφέροντας το από ένα ατομικό επίπεδο σε ένα ιδιαίτερα οργανωτικό πρόβλημα που αφορά τις σχέσεις με τον εργασιακό χώρο αλλά και τον οργανισμό που απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας, το οποίο χρήζει βοήθειας μετά από έγκαιρη και ορθή αξιολόγηση.

2.7.4 Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον για την ύπαρξη επαγγελματικού άγχους και της εξουθένωσης γιατί το κόστος των επιπτώσεων στην υπηρεσία αυξάνεται με βάση τις συνέπειες που επιφέρει η επαγγελματική εξουθένωση.

Τα τμήματα που νοσηλεύουν ασθενείς με αυξημένες ανάγκες φροντίδας όπως τα ογκολογικά τμήματα και οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, παρέχεται νοσηλεία σε άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας και με πολλές υποτροπές μέχρι την τελική έκβαση τους στο θάνατο, με αποτέλεσμα οι λειτουργοί υγείας να συμπάσχουν και να υποφέρουν κάποιες φορές μαζί με τους ασθενείς. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου οι νοσηλευτές δεν έχουν το χρόνο, την αντοχή ή δεν είναι καλά προετοιμασμένοι για να βιώσουν όλο αυτό το σκηνικό της απώλειας ενός ανθρώπου, με αποτέλεσμα να φορτίζονται συναισθηματικά και να οδηγούνται στην εξάντληση. Είναι αποδεδειγμένο από μελέτες ότι κάποιες φορές το σύστημα ηθικών αξιών τους φορτίζεται και κλονίζεται με αποτέλεσμα η σύνδεση με την υπερφόρτωση της δουλειάς και η επικοινωνία με άτομα που υποφέρουν να επηρεάζει τους λειτουργούς υγείας και να

θέλουν να αποχωρίσουν από το επάγγελμα τους (Grunfeld et al, 2000). Ακόμη δεν είναι λίγες οι φορές όπου οι επαγγελματίες υγείας δεν μπορούν να περιθάλψουν άλλα άτομα όπου γνωρίζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και στο τέλος της πορείας τους , τους παρακολουθούν να σβήνουν αργά χωρίς να μπορούν να τους βοηθήσουν(Αδαλή και συν, 2000).

Επιπλέον κάθε μέρα οι επαγγελματίες υγείας επικοινωνούν και με άτομα του οικογενειακού κύκλου του ασθενή. Βέβαια όταν είναι σταθεροί αρρώστοι είναι πιο ήπια τα πράγματα και ο καθένας με τον δικό του τρόπο προσπαθεί για το καλό του ασθενή. Σε αντίθεση βέβαια με συγγενικά πρόσωπα ασθενή όταν είναι για κάτι το έκτακτο και αναγκάζονται να μην βλέπουν συνέχεια τον ασθενή παρα μόνο συγκεκριμένες ώρες , να μην ενημερώνονται γρήγορα και να τους βλέπεις να είναι πλυμμηρισμένοι από θυμό, οργή, αγωνία , άγχος με αποτέλεσμα να τους φταίνε τα πάντα και οι πάντες και να έρχονται αντιμέτωποι με το προσωπικό (Grunfeld et al, 2000).

Βέβαια δεν κρύβεται καθόλου πως οι λειτουργοί υγείας κάνουν λειτούργημα και επιβαρύνονται αρχικά από το φόβο του λάθους. Ένα λάθος φάρμακο ή μια λάθος οδηγία μπορεί να επιφέρει το θάνατο ή ακόμη και μόνιμες βλάβες . Επιπρόσθετα σε κάποια τμήματα όπως τα ΤΑΕΠ και οι ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι γρήγοροι και αποτελεσματικοί με αποτέλεσμα να καταπιέζονται και να αγχώνονται συνάμα πως αν δεν εκτελέσουν την οδηγία που πρέπει στο χρόνο που πρέπει μπορεί να γίνει το μηραίο.

Ταυτόχρονα τα ωράρια εργασίας , είναι έντονα όπως για παράδειγμα οι νυχτερινές βάρδιες όπου είναι όλο το βράδυ 12ωρες ξύπνιοι και ταλαιπωρούνται εξαιτίας του μεγάλου φόρτου εργασίας (Αδαλή και συν, 2000).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας οδηγά στο κυνισμό μαζί με την έλλειψη συμπάθειας για τους ασθενείς –χρήστες. Η εργασία το προσωπικό καταντά αγγαρεία και προκαλεί μη ικανοποίηση στους λειτουργούς υγείας. Επομένως η γρήγορη αναγνώριση του συνδρόμου είναι χρήσιμη και απαραίτητο να αντιμετωπιστεί όσο το δυνατό πιο γρήγορα για να μην υπάρξουν χειρότερα .

2.8 Σύνοψη κεφαλαίου

Στο κεφάλαιο αυτό έγινε μια παρουσίαση των σημαντικότερων πτυχών που αφορούν θέματα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρουσιάστηκε διεξοδικώς η σχετική αγγλόφωνη και ελληνόφωνη βιβλιογραφία.

Μια γενική εικόνα από τα πιο πάνω γραφόμενα δείχνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας σε σωματική, ψυχική και πνευματική εξάντληση μαζί, η οποία εξάντληση αυτή μεταφέρεται σε άλλους τομείς της ζωής τους και τους δημιουργά πολλά προβλήματα τόσο προσωπικά όσο και επαγγελματικά.

Μέσα από την επιμόρφωση και την εποπτεία ο λειτουργός υγείας μπορεί να επεξεργαστεί αυτά τα προβλήματα και μέσα από αυτά να βρεί λύσεις ούτως ώστε να βελτιωθούν οι σχέσεις του με τους ασθενείς, τους συναδέλφους του και τον ίδιο του τον εαυτό κατά πρώτο λόγο, το πιο σημαντικό. Εάν γίνει αυτό θα μπορέσει να συγκροτήσει μια ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα στο χώρο της υγείας. Βέβαια η αντιμετώπιση του όλου προβλήματος της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αφορά μόνο ένα λειτουργό υγείας, αλλά ολόκληρο τον οργανισμό της υγείας όπου όλοι μπορούν να βοηθήσουν με τον τρόπο τους για να μοιραστούν κοινές αξίες και στόχους.

Κεφάλαιο Τρίτο: Μεθοδολογία έρευνας

3.1 Εισαγωγή

Μια έρευνα διαμορφώνεται και γράφεται με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε μέσω μιας εμπειριστατωμένης και επιστημονικής μεθόδου να είναι σε θέση ο αναγνώστης είτε να λύσει πρακτικά προβλήματα, είτε να θέσει σε δοκιμασία μια άποψη ή ακόμη και στο τέλος να μπορεί να αναπλάσει μια νέα δική του γνώση (Σιαχίνη, 2007).

Η μεθοδολογία έρευνας με την αρχική έννοια της, χαρακτηριζόμενη ως συστηματική μελέτη αρχών, από πάντοτε αποτελούσε κλάδο της φιλοσοφίας και της λογικής. Η φιλοσοφία όμως από την πλευρά της υστερούσε στο να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα πρακτικής σπουδαιότητας και έτσι άρχισαν να δημιουργούν δικές τους επιμέρους μεθοδολογίες. Αυτό είχε σαν συνέπεια στην μεθοδολογία να χαρακτηρίζεται πλέον ως μη ανεξάρτητος κλάδος και να θεωρείται αποκλειστικά ως μια συγκεκριμένη νοοτροπία των κοινωνικών επιστημών (Lazarfeld & Rosenberg, 1955). Εντούτοις όμως αργότερα ο ορισμός της μεθοδολογίας δημιουργήθηκε μέσα από το έργο των Γερμανών μετα-Καντιανών φιλοσόφων όπου προέφερε σημαντική επιρροή στη σύγχρονη χρήση και ειδικά από τους Μαξ Βέμπερ. Έτσι μέσα από τον ορισμό γίνεται αντιληπτό ότι η μεθοδολογία αποτελεί ένα ουσιώδες δεοντολογικό επιστημονικό κλάδο που μελετά συνήθως μεθόδους απόκτησης επιστημονικών γνώσεων. Δηλαδή πιο συγκεκριμένα, βασιζόμενοι σε διάφορες διαδικασίες όπου οι πλείστες είναι ερευνητικές, γίνεται ανασκόπηση στους τρόπους, στις τεχνικές διερεύνησης και στους χειρισμούς στοιχείων ούτως ώστε να αξιολογούνται διάφορα γεγονότα στη παροχή αληθινών γνώσεων (T. Parsons, 1937).

Επιπρόσθετα βασική προϋπόθεση για την επιτυχή ολοκλήρωση μιας έρευνας είναι το γεγονός ότι αυτή πρέπει να βασίζεται σε ήδη υπάρχουσα γνώση. Δηλαδή, όσο περισσότερο η νέα συγγραφή της μελέτη συνδέεται με άλλες έρευνες του ίδιου πεδίου, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες επιτυχίας της ολοκλήρωσης της μελέτης. Παράλληλα αυτή η παράλληλη σύνδεση κομμάτι-κομμάτι και αυτό το ταίριασμα των επιστημονικών γνώσεων, αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων που απορρέουν από τις έρευνες που προηγήθηκαν χρονικά και αφορούν το ίδιο πεδίο με αυτό που ήδη μελετάται είναι η αναγκαία προϋπόθεση για την παρουσίαση μιας ολοκληρωμένης επιστημονικής έρευνας- στη περίπτωση μας διατριβή .

Εν συνεχεία, βιβλιογραφική ανασκόπηση νοείται η εκτεταμένη, ολοκληρωμένη και συστηματική εξέταση επιστημονικών άρθρων, βιβλίων, συγγραμμάτων αλλά και

προηγούμενων επιστημονικών ερευνών που καταπιάνονται με το υπο εξέταση θέμα της συγκεκριμένης διατριβής του ερευνητή. Ο ερευνητής επίσης οφείλει να εντοπίσει τον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό άρθρων και βιβλίων που σχετίζονται με το αντικείμενο της μελέτης του και στην συνέχεια να είναι σε θέση να κρίνει τη απαραίτητη βαρύτητα αυτών προκειμένου να επιλέξει ποιες από όλες τις αναφορές θα συμπεριληφθούν στη μελέτη του.

3.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Αρχικά η βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελεί το πιο σημαντικό μέρος σε κάθε ερευνητική μελέτη και μέσω αυτής ο ερευνητής μπορεί να σχηματίσει μια γνώμη για την έκταση της εξέλιξης της θεωρίας και έρευνας που άπτονται του υπο διερεύνηση αντικειμένου ενώ παράλληλα υποβοηθάτε στην απλοποίηση του ερευνητικού προβλήματος. Παράλληλα ο ερευνητής μπορεί να εντοπίσει έννοιες και μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν και καθιερώθηκαν από προηγούμενους ερευνητές όπου θα φανούν αξιολόγα και στη δική του έρευνα. Ο ερευνητής χρησιμοποιώντας την βιβλιογραφία δύναται να έχει πρόσβαση στην ήδη δεδομένη γνώση του αντικειμένου μελέτης και με αυτόν τον τρόπο μπορεί να ενώσει και να συγκρίνει τα αποτελέσματα παλαιότερων μελετών με τα αποτελέσματα της δικής του έρευνας. Επιπρόσθετα υπάρχει το ενδεχόμενο ο ερευνητής να διαγνώσει τις ίδιου τύπου δυσκολίες που συνάντησαν οι προηγούμενοι ερευνητές και έτσι ο ίδιος να μπορέσει να αποφύγει κάποια λάθη και παραλήψεις αυτών και να μπορέσει πιο αποτελεσματικά σε σύγκριση με τους προηγούμενους να ανταπεξέλθει καλύτερα στις δυσκολίες που θα συναντήσει. Τέλος η σχολαστική αυτή μελέτη της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας δίνει το δικαίωμα στον ερευνητή να επιλέξει μια ερευνητική έκθεση την οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει ως οδηγό γραφής για τη συγγραφή της δικής του ερευνητικής μελέτης (Σιαχίνη, 2007).

Τελικώς με βάση τα πιο πάνω ο ερευνητής μέσω της μελέτης της ήδη διεθνής και εγχώρια υπάρχουσας βιβλιογραφίας, μπορεί να παρουσιάσει την θεωρητική βάση της δικής του έρευνας καθώς και να δώσει πλήρης πληροφόρηση σχετικά με τις υποθέσεις, τους λειτουργικούς ορισμούς και την μεθοδολογία την οποία ακολούθησε προκειμένου να ξεκαθαρίσει, επεκτείνει ή ακόμα και να αλλάξει ότι είναι ως τώρα γνωστό σχετικά με το αντικείμενο της δικής του μελέτης.

3.3 Βασικός σκοπός της έρευνας – Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Στις μέρες μας οι δύσκολες συνθήκες εργασίας των λειτουργών υγείας συνάμα με τις δυσμενείς προγνώσεις των αποτελεσμάτων εξαιτίας του φόρτου εργασίας που τους αναθέτουν καθημερινώς, οδηγούν στην ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επομένως σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η ανασκόπηση και η καταγραφή των προβλημάτων που δημιουργούνται στους επαγγελματίες υγείας από την επαγγελματική εξουθένωση. Παράλληλα μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, η παρουσίαση της πραγματικότητας και η δημιουργία μιας αποκρυσταλλωμένης άποψης γύρω από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης θα βοηθήσει να προταθούν πιθανόν λύσεις που θα οδηγήσουν στην μείωση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Βασικότερος στόχος σε αυτή την διατριβή, η γνώση που θα αποκτηθεί να ενσωματωθεί στα δεδομένα της σημερινής Κύπρου, για να βοηθήσει στην εύρεση τρόπων παρακίνησης και αύξησης της αποτελεσματικότητας – παραγωγικότητας των εργαζομένων του συστήματος υγείας της Κύπρου χωρίς άγχος και στρές.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα :

Η συγκεκριμένη έρευνα θέτει προς διερεύνηση συγκεκριμένα ερωτήματα που αφορούν αρχικά την ανάγκη γνώσης δημιουργίας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης . Στη συνέχεια αναζητούνται οι παράγοντες που επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας μέσα από τις πολλαπλές επιπτώσεις, όπως την σωματική-ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, την φροντίδα των ασθενών, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μαζί με την μείωση της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας των οργανισμών υγείας. Έτσι λοιπόν γίνεται κατανοητό ότι οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν την σημαντικότερη ίσως επένδυση στον οργανισμό υγείας, το σημαντικότερο τροχό μιας άμαξας. Βασιζόμενοι λοιπόν σε αυτό, η γνώση των παραγόντων που τους εξουθενώνουν είναι ίσως ένα σημαντικό κλειδί που θα επιφέρει λύσεις για να βοηθήσει στον σχεδιασμό, την οργάνωση και την χάραξη στρατηγικής στο περιβάλλον της υγείας.

3.4 Ερευνητική προσέγγιση-Ποιοτική αξιολόγηση

Η ερευνητική προσέγγιση της συγκεκριμένης διατριβής είναι η ποιοτική ανάλυση-αξιολόγηση δεδομένων που προέρχονται από δημοσιευθείσες έρευνες που έλαβαν χώρα στο εξωτερικό και οι οποίες είναι άμεσα προσβάσιμες μέσω διαδικτύου. Ηποιοτική αξιολόγηση αφορά μη στατιστικά δεδομένα, και όχι ποσοτικά και εκτός αυτού θεωρείται ότι περιλαμβάνει γνώμες, απόψεις και συναισθήματα τα οποία δεν μπορούν να εκφραστούν μέσω αριθμών (Chen & Hierschheim, 2004). Μια έρευνα η προσέγγιση της οποίας έχει ποιοτικό χαρακτήρα κρίθηκε ως το πιο αποτελεσματικό εργαλείο για την ολοκλήρωση των στόχων της παρούσας μελέτης, της οποίας σκοπός είναι να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μετά από αξιολόγησητων άρθρων με κριτήρια που καθορίστηκαν από την διεθνή βιβλιογραφία (μεθοδολογική διαδικασία, κριτήρια επιλογής- αποκλεισμού, αποτελέσματα), παρέπειναν μόνο 9 άρθρα για χρήση στη συστηματική ανασκόπηση.

3.5 Κριτήρια επιλογής άρθρων

- Επαγγελματίες υγείας που υποφέρουν από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Άρθρα που αφορούν μόνο τον χώρο της υγείας και τους επαγγελματίες υγείας.
- Μελέτες που αφορούσαν μόνο ανθρώπινους πληθυσμούς.
- Τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν είναι δημοσιευμένα σε επιστημονικά περιοδικά.
- Άρθρα μόνο σε ελληνική και αγγλική γλώσσα.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί γκρίζα βιβλιογραφία που για διάφορους λόγους δεν μπόρεσε να δημοσιευτεί επίσημα. (π.χ. διπλωματικές μελέτες)
- Μελέτες που ήταν είτε συγκριτικές, είτε περιγραφικές, είτε περιγραφικές-συγκριτικές.

3.6 Κριτήρια αποκλεισμού άρθρων

- Η αναφορά σε πειραματόζωα και γενικά σε πειραματικές έρευνες- μη ανθρώπινα όντα.
- Τα άρθρα να είναι γραμμένα σε διάφορες γλώσσες (γαλλικά, ιταλικά).
- Άρθρα που δεν είναι δημοσιευμένα σε επιστημονικά περιοδικά.
- Άρθρα που αφορούν και άλλους τομείς επαγγελμάτων

3.7 Αποτελέσματα αναζήτησης

Πιο κάτω φαίνονται τα βήματα που ακολουθήθηκαν καθώς και τον ακριβή αριθμό των άρθρων που εντοπίστηκαν σε καθένα από αυτά, μέχρι να γίνει η επιλογή των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν στην διατριβή αυτή (Πίνακας 1).

3.8 Συλλογή δεδομένων

3.8.1 Πρώτη φάση

Η αναζήτηση με τις λέξεις κλειδιά οδήγησε στην αρχική εμφάνιση 8832 άρθρων. Από τις μελέτες απορρίφθηκαν 7580 αμέσως μετά από ανάγνωση του τίτλου του άρθρου. Επομένως πέρασαν 1252 άρθρα στην επόμενη φάση επιλογής των άρθρων που είχαν άμεση σχέση με το θέμα.

3.8.2 Δεύτερη φάση

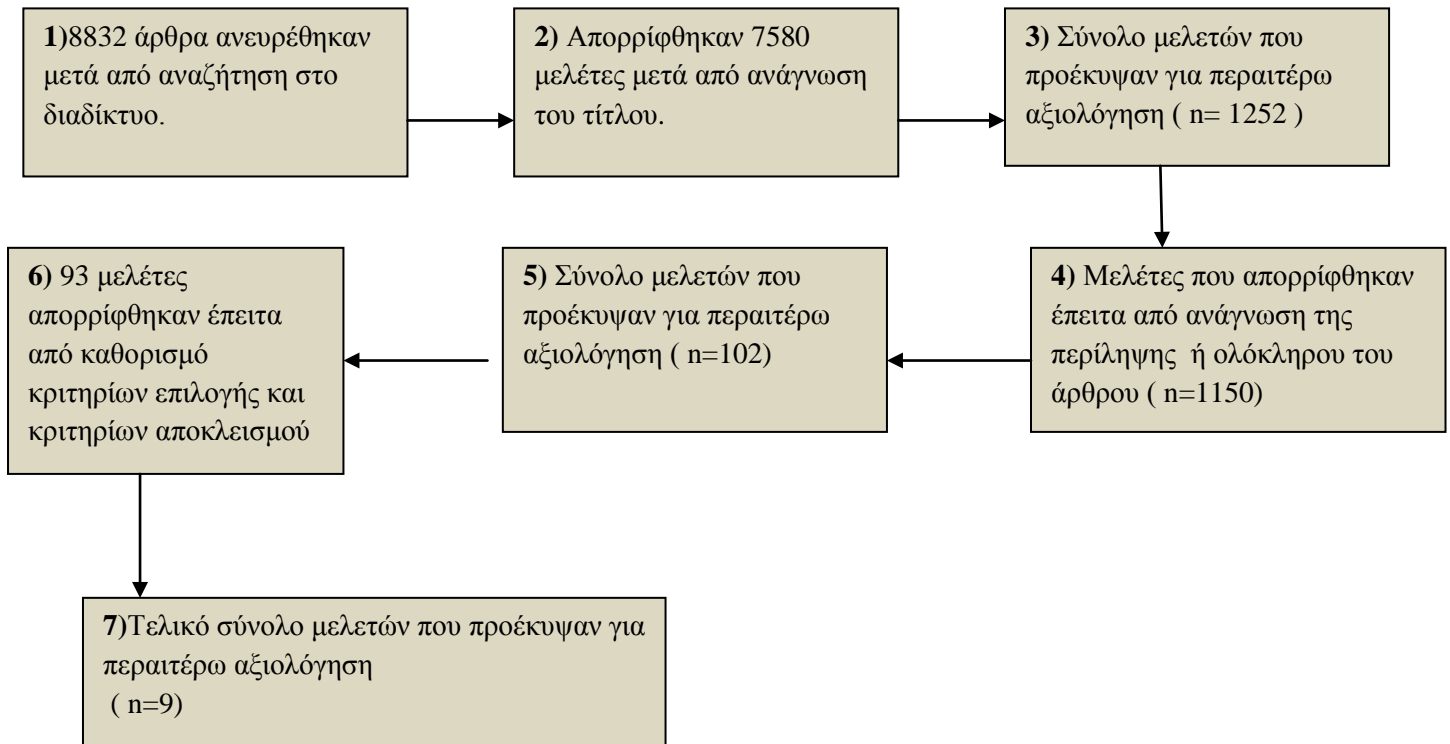
Ακολούθησε η αξιολόγηση όλων των περιλήψεων των εν λόγω άρθρων που επιλέχθηκαν κατά την προηγούμενη φάση. Όλες οι περιλήψεις διαβάστηκαν και ελέχθηκαν ποια από αυτά συμβαδίζουν με το θέμα της εν λόγω διατριβής. Τα 102 από αυτά πέρασαν στην επόμενη και τελευταία φάση για περαιτέρω αξιολόγηση.

3.8.3 Τρίτη φάση

Στην τελευταία φάση έγινε ο καθορισμός των κριτηρίων επιλογής όπου 93 από αυτά δεν τηρούσαν τα κριτήρια επιλογής και τα κριτήρια αποκλεισμού. Επομένως ο τελικός αριθμός των μελετών όπου θα γίνει η βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι βασισμένος πάνω σε 9 άρθρα (Πίνακας 1).

3.8.4 Πίνακας 1

(Papastaurou et al, 2011)



3.9 Σύνοψη Κεφαλαίου

Στο πιο πάνω κεφάλαιο γίνεται μια παρουσίαση της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε και πιο συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στην ερευνητική προσέγγιση. Δηλαδή παρουσιάζεται ο τρόπος που έγινε η βιβλιογραφική ανασκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία και πιο συγκεκριμένα στις βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν για την συγγραφή της εν λόγω διατριβής. Με το κλείσιμο του τρίτου κεφαλαίου ο αναγνώστης είναι πλέον σε θέση να κατανοήσει τον τρόπο συλλογής των δεδομένων αλλά και τους περιορισμούς που τέθηκαν για να ολοκληρωθεί η όλη ανασκόπηση των άρθρων και κατά συνέπεια στην συγγραφή ολόκληρης της διατριβής.

Κεφάλαιο Τέταρτο :Παρουσίαση Αποτελεσμάτων

4.1 Εισαγωγή

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εξακολουθεί να εμφανίζεται και να δημιουργεί πολλά προβλήματα σε μεγάλα ποσοστά. Αφορά συνήθως επαγγελματίες – λειτουργούς υγείας, αφού είναι αυτοί οι οποίοι έρχονται καθημερινώς αντιμέτωποι με ανθρώπους που υποφέρουν ειδικά στον νοσοκομειακό τομέα. Παράλληλα για τον πιο πάνω λόγο, οι πλείστες έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση αφορούν δείγματα από επαγγελματίες -λειτουργούς υγείας (Demir et al,2003 & Jimmieson, 2000).

Στη συνέχεια στο παρόν κεφάλαιο ακολουθεί η καταγραφή αποτελεσμάτων από την αναζήτηση άρθρων που έγινε, όπου θα βοηθήσουν στην ολοκλήρωση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης της εν λόγω διατριβής. Η παρούσα διατριβή έχει απώτερο σκοπό μέσα από τα αποτελέσματα που θα παρουσιαστούν πιο κάτω να διαφανούν τα προβλήματα και πιο γενικά οι επιπτώσεις που επιφέρει το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Προβάλλοντας τα προβλήματα- επιπτώσεις που προκύπτουν θα διαφανεί η σημασία του όλου προβλήματος και θα αναζητηθούν λύσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης ή τουλάχιστον θα βοηθήσουν στην βελτίωση του όλου προβλήματος.

Πιο συγκεκριμένα όμως κατά την αναζήτηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν συνολικά εννέα μελέτες-έρευνες όπου θα γίνει εκτενής ανάλυση τους για την καταγραφή της διατριβής αυτής. Αναλυτικότερα θα παρουσιαστούν οκτώ περιγραφικές έρευνες και μια συγκριτική έρευνα. Αρχικά γίνεται μια μικρή παρουσίαση των άρθρων σε πίνακα και στη συνέχεια γίνεται εκτενής καταγραφή των όλων αποτελεσμάτων – επιπτώσεων όπου εντοπίστηκαν στις εννέα έρευνες βάση των ερευνητών που τις εκτέλεσαν.

4.2 Αποτελέσματα Έρευνας

Άρθρο 1

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ	
1)Title/ Authors/Date	-Burnout syndrome in nurses in an Intensive Care Unit -Faustino Eduardo dos Santos et al, (2009)
Research Design	-Περιγραφική μελέτη -Νοσηλεύτες
Research Hypothesis	-Έψαξαν για να βρουν εάν οι νοσηλεύτες υπόκεινται σε επαγγελματική εξουθένωση σχετικά με τις δημογραφικές και επαγγελματικές πληροφορίες.
Population and the sample size	-34 νοσηλεύτες
Research Instrument	-22 ερωτήσεις -1 ερωτηματολόγιο
Main Finding	-Πλειοψηφία παρουσίαζε επαγγελματική εξουθένωση. - Αποπροσωποποίηση. -Μειωμένη επαγγελματική επιτυχία

Άρθρο 2

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ	
2)Title/ Authors/Date	-Critical care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout. - Lilia Susana Meltzer and Loucine Missak Huckabay, (2004)
Research Design	-Περιγραφική μελέτη -Νοσηλευτές
Research Hypothesis	-Έψαξαν να βρουν τους πιθανούς κινδύνους που δημιουργούνται από την επαγγελματική εξουθένωση και αφορούν επικίνδυνες ηθικές καταστάσεις μαζί με μάταιη φροντίδα.
Population and the sample size	-60 νοσηλευτές
Research Instrument	-Έξι ερωτήματα
Main Finding	-η ηλικία, η εκπαίδευση, η θρησκεία οδηγούν στον κίνδυνο τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας αλλά και στην χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία τους μέσα από την επαγγελματική εξουθένωση.

Άρθρο 3

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ	
3)Title/ Authors/Date	-Nurse staffing, quality of nursing care and nurse job outcomes in intensive care units -Sung-Hyun Cho et al -2009
Research Design	Περιγραφική έρευνα -Νοσηλευτές που εργάζονται σε 65 μονάδες εντατικής θεραπείας σε 22 νοσοκομεία στην Κορέα.
Research Hypothesis	-Έγινε προσπάθεια για να εξεταστούν οι επιπτώσεις στα νοσοκομεία μέσα από την εξουθένωση όσον αφορά την υποστελέχωση των νοσοκομείων ανα ασθενή και ανα επαγγελματία υγείας .
Population and the sample size	-1365 νοσηλευτές -65 μονάδες εντατικής θεραπείας -22 νοσοκομεία
Research Instrument	-Η έρευνα βασίστηκε πάνω σε ερωτηματολόγια.
Main Finding	-Επαγγελματική εξουθένωση -Δυσαρέσκεια από την εργασία τους οι επαγγελματίες υγείας -Κάποιοι είχαν αποφασίσει την επόμενη χρονιά να φύγουν . -Λιγότερη απόδοση εργασίας και χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας

Άρθρο 4

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ	
4)Title/ Authors/Date	-The Mediating Effects of Burnout on the Relationship between Anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China. - Yanwei Ding et al -2014
Research Design	-Περιγραφική Μελέτη -Νοσηλευτές
Research Hypothesis	-Η παρούσα έρευνα έγινε για να αποδειχθεί ότι επιπτώσεις όπως τα συμπτώματα άγχους και το εργασιακό άγχος προέρχονται μέσα από την επαγγελματική εξουθένωση.
Population and the sample size	-1752 νοσηλευτικό προσωπικό
Research Instrument	-Η έρευνα βασίστηκε πάνω σε Ερωτηματολόγια
Main Finding	-συναισθηματική εξάντληση -κυνισμός -συμπτώματα άγχους -εργασιακό άγχος -ανταμοιβή

Άρθρο 5

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ	
5)Title/ Authors/Date	-User Violence and Nursing Staff Burnout: The modulation role of job satisfaction -Inmaculada Galian- Munoz et al -2016
Research Design	-Περιγραφική Μελέτη -Επαγγελματίες υγείας- νοσηλευτικό προσωπικό
Research Hypothesis	-Η παρούσα μελέτη έγινε για να φανεί πώς η ονομαζόμενη βία στον ασθενή- χρήστη μπορεί να δημιουργηθεί μέσα από την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας αφότου οι ίδιοι τους δεν νοιώθουν ικανοποίηση από την δουλειά τους .
Population and the sample size	-1489 επαγγελματίες υγείας - νοσηλευτικό προσωπικό -11 νοσοκομεία (10 γενικά νοσοκομεία και 1 Ψυχιατρικό νοσοκομείο)
Research Instrument	-Η έρευνα βασίστηκε πάνω σε ερωτηματολόγιο
Main Finding	-Χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία τους οι επαγγελματίες υγείας. -Ψηλότερες μέσες βαθμολογίες σε συναισθηματική εξάντληση και κινισμό. -Δεν παρατηρήθηκαν επιδράσεις σωματικής βίας σε ασθενείς –χρήστες. -Παρατηρήθηκε μη φυσική βία στους ασθενείς-χρήστες.

Άρθρο 6

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ	
6)Title/ Authors/Date	-Prevalence of Burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. -Edno Magalhaes et al -2014
Research Design	-Περιγραφική Μελέτη -Αναισθησιολόγοι
Research Hypothesis	-Να αξιολογηθεί ο βαθμός εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στους αναισθησιολόγους και να προσδιοριστούν οι επιπτώσεις που επιφέρει στους αναισθησιολόγους στην περιφέρεια.
Population and the sample size	-241 αναισθησιολόγοι
Research Instrument	-Η έρευνα βασίστηκε πάνω σε ερωτηματολόγιο.
Main Finding	-χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης στην εργασία τους. -αποπροσωποποίηση -μικρό ποσοστό χαμηλού κινδύνου να εκδηλωθεί επαγγελματική εξουθένωση (μόνο 8.2%).

Άρθρο 7

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ	
7)Title/ Authors/Date	-Nurse burnout and patient safety outcomes. -Jonathon R. B. Halbesleben et al -2008
Research Design	-Περιγραφική μελέτη -Νοσηλευτικό προσωπικό –επαγγελματίες υγείας
Research Hypothesis	-Η έρευνα έγινε για να διερευνηθούν οι απόψεις των νοσηλευτών που υποφέρουν από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με την συμπεριφορά, την ασφάλεια και τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προσφέρουν στους ασθενείς- χρήστες.
Population and the sample size	-148 νοσηλευτές
Research Instrument	-Η έρευνα βασίστηκε πάνω σε έντυπα που στάληκαν μέσω εσωτερικού ταχυδρομείου .
Main Finding	-Η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με τις αντιλήψεις ενός μη ασφαλούς περιβάλλοντος και χαμηλότερη πιθανότητα εμπλοκής σε προληπτική συμπεριφορά αναφοράς , όπου υπάρχει το ενδεχόμενο να είναι κρίσιμη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ασφαλείας στο περιβάλλον.

Άρθρο 8

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ	
8)Title/ Authors/Date	-Nurse burnout and patient satisfaction -Doris C. Vahey et al (2010)
Research Design	-Περιγραφική - Νοσηλευτικό προσωπικό –επαγγελματίες υγείας -Ασθενείς- χρήστες
Research Hypothesis	-Έκαναν την έρευνα αυτή για να αποδεικτεί κατά πόσο η επαγγελματική εξουθένωση επιφέρει επιπτώσεις στους ασθενείς με αποτέλεσμα να μην είναι ικανοποιημένοι από την φροντίδα και την ποιότητα που τους προσφέρεται.
Population and the sample size	-820 νοσηλευτές -621 ασθενείς (40 μονάδες σε 20 αστικά νοσοκομεία)
Research Instrument	-Η έρευνα βασίστηκε πάνω σε αυτό συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για τους νοσηλευτές και για τους ασθενείς βασίστηκαν πάνω σε συνέντευξη τους.
Main Finding	- Σε αντίθεση με τα νοσοκομεία όπου η κατάσταση φτάνει στο άλλο άκρο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών με αποτέλεσμα να πλήττεται η ικανοποίηση των ασθενών. -Εγκατάλειψη από το επάγγελμα.

Άρθρο 9

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ	
9)Title/ Authors/Date	-Hospital Nurse Staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. -Linda H. Aiken et al (2002)
Research Design	-Συγκριτική -Νοσηλευτικό προσωπικό -Ασθενείς –χρήστες
Research Hypothesis	-Η έρευνα αυτή έγινε για να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ της αναλογίας των ασθενών – νοσηλευτών σε θέματα που αφορούν την θνησιμότητα των ασθενών και τον μη σωστό χειρισμό διάσωσης των ασθενών σε σύγκριση με την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών.
Population and the sample size	-10184 νοσηλευτές -232342 ασθενείς -210 νοσοκομεία
Research Instrument	-Η έρευνα βασίστηκε πάνω σε ερωτηματολόγια.
Main Finding	-ψηλές βαθμολογίες εξουθένωσης νοσηλευτών -οι νοσηλευτές σκοπεύουν να φύγουν από την δουλειά του εγκαταλείποντας οριστικά το επάγγελμα τους. -δυσaréσκεια από το επάγγελμα του νοσηλευτή και από τους ασθενείς αλλά και από τους νοσηλευτές. -θάνατοι ασθενών -αποτυχία διάσωσης περιστατικών μετά από επιπλοκές -μη ικανοποιητική στελέχωση κάθε τμήματος εξαιτίας της απώλειας των επαγγελματιών υγείας .

4.3 Εκτενής ανάλυση αποτελεσμάτων

Αποπροσωποποίηση- μειωμένη επαγγελματική επιτυχία(αποτελεσματικότητα)

Η αποπροσωποποίηση ορίζεται ως μια διαταραχή της αντίληψης του ατόμου, που εμφανίζεται συνήθως ως αίσθηση της πραγματικότητας του ατόμου όσον αφορά τον εαυτό του. Το άτομο που βιώνει την αποπροσωποποίηση είναι λές και παρατηρεί τον εαυτό του "απ' έξω δηλαδή νιώθει το σώμα του ή τις σκέψεις του σαν κάτι ξένο και έχει την αίσθηση ότι η πραγματικότητα είναι κάτι σαν όνειρο ή κάτι σαν ταινία, ότι δηλαδή το σώμα του λειτουργεί και κινείται μηχανικά σαν ρομπότ, έχοντας όμως τον πλήρη έλεγχο των κινήσεων του σώματος του. Αυτά τα αισθήματα υπάρχει το ενδεχόμενο να τα βιώνει ο όποιοςδήποτε ο οποίος βρίσκεται κάτω από έντονο άγχος. Συνήθως όμως υποχωρούν όταν αντιμετωπιστούν τα αίτια του άγχους που τα προκάλεσε. Η αποπροσωποποίηση εμφανίζεται συνήθως σε διαταραχές όπως η κλινική κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, η έλλειψη ύπνου, και σε φαινόμενα επαγγελματικής εξουθένωσης(Βικιπαίδεια,2006).

Ο Faustino Eduardo dos Santos et al (2009) μελετώντας τις επιπτώσεις που επιφέρει η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζει ότι η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη επαγγελματική επιτυχία είναι δύο σημαντικές διαστάσεις που κατακλύζουν το νοσηλευτικό προσωπικό ενός μεγάλου ιδιωτικού νοσοκομείου του Σάο Πάολο στη Βραζιλία. Από τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρήθηκε ότι αρχικά οι νοσηλευτές είχαν παρουσιάσει χαμηλά έως μέτρια επίπεδα με ποσοστό 73.53% επαγγελματικής εξουθένωσης όσον αφορά τις δύο επιπτώσεις. Σε αντίθεση βέβαια με το ποσοστό των 26.47 % που αντιστοιχεί σε 9 νοσηλευτές οι οποίοι έδειξαν ψηλό ποσοστό σε μια από τις δυο επιπτώσεις και σε ποσοστό 29.41% που αντιστοιχεί σε δέκα νοσηλευτές που εμφάνιζαν ψηλά ποσοστά για την μειωμένη επαγγελματική επιτυχία. Τα ποσοστά σε άντρες και γυναίκες είχαν τα ίδια ποσοστά (20%) και αφορούσαν την μειωμένη επαγγελματική επιτυχία. Ακόμη έγινε μια καταγραφή όσον αφορά τους παντρεμένους και μη, όσον αφορά αυτούς που έχουν παιδιά στις οικογένειες τους και αυτούς που δεν έχουν . Όσον αφορά τα αποτελέσματα αυτοί που ήταν παντρεμένοι είχαν υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και σε αντίθεση με την μειωμένη επαγγελματική επιτυχία. Ενώ αυτοί που είχαν παιδιά σε αντίθεση με αυτούς που δεν είχαν παρουσίασαν ψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης του 60% σε αντίθεση με 25%. Εντούτοις όμως αν και είχαν χαμηλά ποσοστά στην επαγγελματική ικανοποίηση, ξεπερνούν αυτοί που δεν είχαν παιδιά με ποσοστό 25% έναντι 20%. Στη

συνέχεια οκτώ από τους εξιδεικευμένους νοσηλευτές παρουσίασαν αποπροσωποποίηση σε αντίθεση με πέντε που είχαν χαμηλή επαγγελματική επιτυχία όσον αφορά το επάγγελμα τους. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τα ερωτηματολόγια όσον αφορά τα χρόνια υπηρεσίας οι νοσηλευτές που εργάζονταν στην μονάδα είχαν σχεδόν παρόμοια ποσοστά με ελάχιστο πιο ψηλά ποσοστά, σε επιπτώσεις που αφορούσαν την επαγγελματική εξουθένωση σε σύγκριση με νοσηλευτές άλλων τμημάτων. Βάση των αποτελεσμάτων νοσηλευτές που εργάζονται 36 ώρες την εβδομάδα παρουσιάζουν πολλές αλλαγές στην δουλειά τους εξαιτίας του υπερβολικού φόρτου εργασίας, όπως να φροντίζουν πέντε – έξι ασθενείς ημερησίως. Δηλαδή πιο κατανοητά παρουσιάζουν ψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και κατά συνέπεια υποφέρουν από αποπροσωποποίηση και μειωμένη επαγγελματική επιτυχία από τους ίδιους τους νοσηλευτές για τους ασθενείς. Στη συνέχεια όσον αφορά τους Jonathon R. B. Halbesleben et al, (2008) στην δική τους έρευνα διαφάνηκε ότι νοσηλευτικό προσωπικό με λιγότερη εμπειρία και λιγότερα χρόνια υπηρεσίας παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά αποπροσωποποίησης. Παράλληλα και στην μελέτη των Yanwei Ding et al (2014), παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά των νοσηλευτών μέσω της μειωμένης αποτελεσματικότητας στην εργασία τους. Διατήρησαν ένα ποσοστό 19.3% όπου εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης το νοσηλευτικό προσωπικό κατέληγε σε αποπροσωποποίηση και μειωμένη επαγγελματική επιτυχία μαζί συνάμα. Επιπρόσθετα οι Edno Magalhaes et al (2014) στην περιγραφική έρευνα που έκαναν μέσω ερωτηματολογίων σε αναισθησιολόγους ιατρούς διαφάνηκε ότι ένα σχετικά ψηλό ποσοστό (28.3%) ιατρών υποφέρει από την επίπτωση της αποπροσωποποίησης. Από αυτή την έρευνα διαφάνηκε ότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για τους ίδιους τους ιατρούς και κατά συνέπεια κινδυνεύουν οι ίδιοι οι ασθενείς από τους ιατρούς. Αντιθέτως ο Inmaculada Galian –Munoz και οι συνεργάτες του (2016) ανακάλυψαν ότι η επαγγελματική αποτελεσματικότητα ήταν μη σημαντική σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση και έτσι δεν συμπερίλαβαν την διάσταση αυτή για περαιτέρω ανάλυση.

Ηλικία

Η ηλικία είναι ένας παράγοντας που μετριάται με ακρίβεια. Έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση προβλημάτων στην επαγγελματική εξουθένωση. Αρχικά στηριζόμενοι στη μελέτη των Lilia Susana Meltzer και Loucine Missak Huckabay (2004) που βασίστηκαν σε έρευνα με ερωτηματολόγια που αφορούσε έξι μόνο ερωτήσεις, διαφάνηκε ότι και η ηλικία αποτελεί πρόβλημα για την επαγγελματική εξουθένωση. Ακολουθώντας τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας διαπίστωσαν ότι η ηλικία αποτελεί σημαντική επίπτωση μιας και

νεαροί σε ηλικία 18 εως 30 ετών σημείωσαν υψηλή αποπροσωποποίηση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές 46 εως 60 ετών με πιο χαμηλά ποσοστά.

Εκπαίδευση – οδυνηρά συναισθήματα(άγχος)

Στην μελέτη των Lilia Susana Meltzer και Loucine Missak Huckabay (2004) έγινε ανάλυση των αποτελεσμάτων με βάση το post hoc Scheffe. Εδώ φάνηκε ότι οι νοσηλευτές όπου είχαν πτυχίο και ήταν περισσότερες ώρες με τον ασθενή –χρήστη είχαν σημαντικά υψηλές βαθμολογίες(μέση τιμή=154.19, SD=30.10) όσον αφορά τα οδυνηρά συναισθήματα που αποκτούσαν με τους ασθενείς. Σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που είχαν συγγενεί πτυχίο της νοσηλευτικής και περνούσαν λιγότερες ώρες με τους ασθενείς αλλά εντούτοις παρουσίαζαν χαμηλότερη βαθμολογία σε οδυνηρά συναισθήματα με τους ασθενείς-πάσχοντες (μέση τιμή =126.58, SD=34.87).

Άγχος-Επαγγελματικό στρες

Στην περιγραφική έρευνα του Yanwei Ding και των συνεργατών του (2014) διαφάνηκε μέσα από τα αποτελέσματα ότι η βαθμολογία των συμπτωμάτων άγχους μεταξύ των συμμετοχόντων λειτουργών υγείας-νοσηλευτών κυμαινόταν στο 37.7 (SD 9.7) και ο επιπολασμός των συμπτωμάτων άγχους ήταν 38%. Εντούτοις υπήρχαν σημαντικές διαφορές σε όλες τις μεταβλητές της όλης μελέτης όπως για παράδειγμα το μήκος της εργασίας του καθενός ξεχωριστά (p=0.01), την επαγγελματική εξουθένωση(p=0.05) και τις επιπτώσεις της όπως τον κυνισμό και την επαγγελματική αποτελεσματικότητα (p=0.001). Από την άλλη πλευρά όμως το μήκος της απασχόλησης και της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας είχαν αρνητική συσχέτιση με το επαγγελματικό στρες.

Θρησκεία- Ηθικά Διλήμματα

Με βάση τους ερευνητές Lilia Susana Meltzer και Loucine Missak Huckabay (2004) η θρησκεία υποστηρίζει ότι αποτελεί σημαντικό κομμάτι της επαγγελματικής εξουθένωσης στο θέμα των επιπτώσεων. Αυτό γιατί τα ηθικά διλήμματα είναι αυτά τα οποία ταλαιπωρούν αργότερα τους νοσηλευτές ακόμη και μετά το τέλος της ζωής ενός ασθενή-πάσχοντα. Εντούτοις στη συγκεκριμένη έρευνα διαφάνηκε ότι τα ηθικά διλήμματα δεν έχουν σημασία για τους νοσηλευτές με υψηλότερη βαθμολογία (F=3.43, P=0.05), (Μέση Τιμή=37.33, SD=0.5774) σε αντίθεση με αυτούς που έχουν σημασία και προβληματίζουν το μυαλό τους αργότερα με χαμηλότερη βαθμολογία (Μέση Τιμή=24.56, SD=13.58).

Εγκατάλειψη από το επάγγελμα

Ο Sung-Hyun Cho et al (2007) μέσα από την δική τους μελέτη ανακάλυψαν ότι το ένα τέταρτο των νοσηλευτών προγραμματίζουν να φύγουν και να εγκαταλείψουν το επάγγελμα του νοσηλευτή. Αυτό εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης, είτε εργάζονταν σε δευτεροβάθμια νοσοκομεία είτε εργάζονταν σε τριτοβάθμια νοσοκομεία. Τα ίδια σχεδόν αποτελέσματα είχαν διαφανεί και στην έρευνα που έκαναν οι ερευνητές Doris C. Vahey et al (2010), όπου το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού βάσει της κλίμακας της Maslach προοριζόταν να εγκαταλείψει το επάγγελμα της νοσηλευτικής εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης όπου ένιωθαν ότι καταπιέζονταν συναισθηματικά και σωματικά, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται από αυτό το επιβαρυσμένο περιβάλλον της εργασίας τους και να θέλουν να φύγουν διατηρώντας ένα σημαντικό ποσοστό 35.9% και τυπική απόκλιση 289. Επιπρόσθετα στην έρευνα αυτή φάνηκε ότι οι πιθανότητες να έχουν ψηλότερο από το μέσο όρο συναισθηματική εξάντληση και υψηλότερα από τον μέσο όρο αποπροσωποποίηση και την πιθανότητα να φύγει είναι πιο χαμηλά σε νοσοκομειακές μονάδες με καλό περιβάλλον σε σύγκριση με νοσοκομειακές μονάδες με ανεκτό κάπως περιβάλλον. Ενώ καταγράφεται η πιθανότητα της εγκατάλειψης χαμηλότερη σε νοσοκομειακές μονάδες με ανεκτό περιβάλλον σε σύγκριση με μονάδες με μη ανεκτό περιβάλλον, με παράγοντες 0.59, 0.68 και 0.63 αντιστοίχα. Αντιθέτως πιο συγκεκριμένα, οι τιμές των δεικτών 2.9, 2.2 και 2.6 αντιστοίχα μας προειδοποιούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό σε νοσοκομειακές μονάδες με μη ανεκτό περιβάλλον έχει μεταξύ 2 έως 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να θέλουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους σε σύγκριση με τους νοσηλευτικούς λειτουργούς που εργάζονται σε νοσοκομειακές μονάδες με μικτό ή ανεκτό περιβάλλον για τους ίδιους.

Λιγότερη απόδοση στην εργασία-χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας

Ο Sung-Hyun Cho et al (2007) μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας τους διαφάνηκε ότι οι νοσηλευτές που αναλάμβαναν την φροντίδα δύο και λιγότερων ασθενών ανα νοσηλευτή είχαν μεγαλύτερη απόδοση στην εργασία τους σε σύγκριση με νοσηλευτές που είχαν υπο ευθύνη τους δύο έως πέντε ασθενείς, με αποτέλεσμα στο τέλος της μέρας να εξαντλούνται σωματικά και ψυχικά και να μην μπορούν να αποδώσουν σωστά όπως πρέπει και να προσφέρουν χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας. Ο αριθμός ασθενών ανα νοσηλευτή θεωρείται σημαντικό κλειδί ποιότητας για τους νοσηλευτές. Νοσηλευτές που φρόντιζαν δύο ή λιγότερους ασθενείς ανα άτομο είχαν τρεις φορές μεγαλύτερες αποδόσεις και μεγαλύτερες πιθανότητες ποιότητας αξιολόγησης της φροντίδας σε σύγκριση με νοσηλευτές που είχαν τρεις ή και περισσότερους ασθενείς. Στην περίπτωση αυτή όπου κάθε νοσηλευτής φρόντιζε

τρεις και περισσοτερους ασθενεις ο Sung-Hyun Cho και συνεργατες του (2007) παρατηρησαν οτι εκει υπηρχε προβλημα και χρειαζοταν τριπλη στελεχωση για να υπαρχει τριπλη αποδοση της φροντιδας (OR= 2.97). Εντουτοις ομως σε αυτη την ερευνα, η συνολικη σχεση του αριθμου των ασθενων ανα νοσηλευτη σε σχεση με την επαγγελματικη εξουθενωση δεν ηταν στατιστικα σημαντικη (p=0,215) και εκεινοι που φροντιζαν δυο εως πεντε ασθενεις ετειναν να ειναι περισσοτεροι απο εκεινους που ειχαν σε σταθερους ρυθμους τρεις ασθενεις και πανω.

Δυσαρέσκεια

Βασιζόμενοι στα αποτελέσματα της έρευνας των Sung-Hyun Cho et al (2007), το ένα τρίτο των νοσηλευτών ήταν δυσαρεστημένοι με την εργασία τους. Επιπρόσθετα, νοσοκομεία δευτέρου επιπέδου είχαν τα χειρότερα αποτελέσματα όσον αφορά την δουλειά των λειτουργών υγείας, με τα πιο ψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας με ποσοστό 40%. Σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσοκομεία πρώτης τάξεως και είχαν επαρκή στελέχωση με αποτέλεσμα να είναι λιγότερο δυσαρεστημένοι με την εργασία τους με OR= 0.30. Παράλληλα στα ίδια αποτελέσματα κυμάνθηκαν και η Linda H. Aiken μαζί με τους συνεργάτες της, όπου 43% του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν δυσαρεστημένοι με την τρέχουσα θέση όπου ασκούσαν το επάγγελμα του νοσηλευτικού λειτουργού. Εδώ δεν μπορεί να μην αναφερθεί ότι οι νοσηλευτικοί λειτουργοί που ένοιωθαν δυσαρέσκεια, σχετιζόνταν σημαντικά με τις αναλογίες των αριθμών των ασθενών ανά νοσηλευτή. Δηλαδή στηριζόμενοι στα αποτελέσματα της έρευνας των Linda H. Aiken et al (2002), αναφέρεται ότι κάθε αύξηση ενός ασθενή σε νοσηλευτή, επέρχεται δυσαρέσκεια 1.15 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης ή 15%. Βαση αυτού παράγεται το αποτέλεσμα του 1.75 φορές περισσότερες πιθανότητες να είναι δυσαρεστημένοι με την εργασία τους οι νοσηλευτικοί λειτουργοί.

Κυνισμός

Αναφερόμενοι στην έρευνα του Yanwei Ding και των συνεργατών του (2014) που έγινε στην Κίνα παρατηρήθηκε μια θετική συσχέτιση του προβλήματος του κυνισμού μαζί με την επαγγελματική εξουθένωση. Ενώ αντίθετα σε σύγκριση με το μήκος της εργασίας που εκτελούσαν οι νοσηλευτικοί λειτουργοί παρατηρήθηκε μια αρνητική συσχέτιση όσον αφορά τον κυνισμό και την επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης Ο Inmaculada Galian –Munoz et al (2016) ανακάλυψαν ότι η βία στους ασθενείς σχετίζεται θετικά και σημαντικά με τον κυνισμό όσον αφορά την εξουθένωση στην εργασία τους (p<0.001). Παράλληλα ο κυνισμός σε αυτή

την έρευνα έδειξε διακύμανση από το 14.8% σε 15.5% όταν λαμβάνεται υπόψη η αλληλεπίδραση του κυνισμού.

Ανταμοιβή

Όσον αφορά την ανταμοιβή στην μελέτη που έγινε από τον Yanwei Ding και τους συνεργάτες του (2014) στην Κίνα με πρωταγωνιστές το νοσηλευτικό προσωπικό φάνηκε μέσα από τα αποτελέσματα ότι συσχετιζόταν θετικά με τα συμπτώματα άγχους που οδηγούσαν τον νοσηλευτικό προσωπικό στην εξάντληση και ταυτόχρονα διακατείχε μια σημαντική θετική σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση. Ενώ σε μεγαλύτερη ένταση ανταμοιβής στους νοσηλευτές παραλάμβανε μια σημαντική και θετική συσχέτιση με τις τρεις διαστάσεις που αφορούσαν την επαγγελματική εξουθένωση

Μη φυσική Βία- σωματική βία

Ο Inmaculada Galian –Munoz et al (2016) ανακάλυψαν μέσω της ανάλυσης της παλινδρόμησης ότι η μη φυσική βία σχετίζεται θετικά και σημαντικά με την επαγγελματική εξουθένωση ($p < 0.001$), σε αντίθεση με την ικανοποίηση από την εργασία όπου σχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση ($p < 0.001$). Μέσω των αποτελεσμάτων αυτών της βίας δικαιολογήθηκε η αύξηση του 18.1% της συναισθηματικής εξάντλησης στην εργασία τους. Επιπρόσθετα στην αλληλεπίδραση αυτών των δυο μεταβλητών της βίας και της συναισθηματικής εξάντλησης εμφανίστηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους και ήταν αρνητικά σημαντική ($p < 0.05$) εξαιτίας της αύξησης του 0.003.

Μη ικανοποίηση από την εργασία

Στην έρευνα των Inmaculada Galian –Munoz et al (2016) παρατηρήθηκε ότι υπήρχαν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία των νοσηλευτών σε σύγκριση με υψηλότερες μέσες βαθμολογίες που αφορούσαν την συναισθηματική εξάντληση (2.51 έναντι 3.12). Ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό 67.9% αναισθησιολόγων ιατρών στην έρευνα των Edno Magalhaes et al (2014) παρατηρήθηκε ότι δεν ήταν ικανοποιημένη από την εργασία τους εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης που οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως νυχτερινές βάρδιες (83.5%) και οι 61-84 ώρες εβδομαδιαίας εργασίας (44.1%).

Μη ασφαλές περιβάλλον –επαγγελματικά λάθη

Οι Jonathon R. B. Halbesleben et al, (2008) στην δική τους έρευνα υπέδειξαν ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης επιφέρουν ένα κατώτερο βαθμό ασφάλειας των ασθενών μέσα από επαγγελματικά λάθη του νοσηλευτικού προσωπικού εξαιτίας της εξουθένωσης.

Προβλήματα ασφάλειας ασθενών-χρηστών

Όσον αφορά τους Jonathon R. B. Halbesleben et al, (2008) στην δική τους έρευνα διαφάνηκε ότι η μέση τιμή του 2.56 που αφορά την ασφάλεια των ασθενών χρηστών, υποδεικνύει απολύτως ένα δεύτερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης για το νοσηλευτικό προσωπικό. Το νοσηλευτικό προσωπικό σε αυτή την έρευνα μοιράστηκε με τους ερευνητές Jonathon R. B. Halbesleben et al ένα εως δύο περιστατικά εκδήλωσης της επίπτωσης αυτής που αφορούσαν την ασφάλεια των ασθενών-χρηστών μέσα στους τελευταίους δώδεκα μήνες πριν την έναρξη της συγκεκριμένης έρευνας. Επίσης η μέση τιμή του 3.23 προδίδει την εμφάνιση του φαινομένου αυτού μερικές φορές ανεξαρτήτως των απαντήσεων των νοσηλευτών όσον αφορά την παρολίγον συχνότητα αναφοράς. Παράλληλα διαφάνηκε ότι κανένα ίχνος συστατικού της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν σχετίστηκε με τα δύο περιστατικά που αναφέρθηκαν τους δώδεκα προηγούμενους μήνες. Επομένως τα ψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίστηκαν με τη χαμηλότερη συχνότητα της όλης προληπτικής αναφοράς.

Εξάντληση- κόπωση

Οι Jonathon R. B. Halbesleben et al, (2008) μέσα από την έρευνα τους απέδειξαν ότι με την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών επέρχεται η εξάντληση ή πιο συγκεκριμένα η κόπωση. Η μέση τιμή για την εξάντληση και την αποπροσωποποίηση ήταν σχεδόν η ίδια με αποτέλεσμα να σχετίζονται σημαντικά μεταξύ τους με επίπεδο συσχέτισης ($r=0.70$) με βάση την κλίμακα Maslach Burnout. Παρόμοια αποτελέσματα κατέγραψαν στην έρευνα τους και οι Linda H. Aiken μαζί με τους συνεργάτες της (2002), όπου 43% του νοσηλευτικού προσωπικού ένοιωθε κόπωση.

Μη ικανοποιημένοι ασθενείς-χρήστες από την φροντίδα που τους προσφέρεται

Οι Doris C. Vahey et al (2010) στην έρευνα τους απέδειξαν ότι η μέση ικανοποίηση των ασθενών στο δείγμα σε θέματα που αφορούσαν την φροντίδα τους ήταν 62.9% και τυπική απόκλιση 8.8. Επίσης υπήρξαν αποτελέσματα σε θέματα που αφορούσαν την μη ικανοποίηση των ασθενών –χρηστών από την φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπρόσθετα από τα αποτελέσματα παρατηρείται ότι οι ασθενείς στις μονάδες που εργάζονταν νοσηλευτές με πολύ υψηλά ποσοστά της επαγγελματικής εξουθένωσης είχαν πιθανότητες 50% να μην είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τους νοσηλευτές σε σύγκριση με τους ασθενείς που νοσηλεύονταν σε μονάδες όπου οι νοσηλευτές παρουσίαζαν χαμηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντιθέτως οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε μονάδες όπου το νοσηλευτικό προσωπικό έχει ψηλότερα από το μέσο όρο επίπεδα προσωπικής ολοκλήρωσης, είχαν διπλάσιες πιθανότητες να είναι ιδιαίτερα ευχαριστημένοι και ικανοποιημένοι από την φροντίδα του προσωπικού σε σύγκριση με τους ασθενείς όπου νοσηλεύονταν σε μονάδες όπου εργάζονταν νοσηλευτές με χαμηλά επίπεδα προσωπικής ολοκλήρωσης.

Θάνατος ασθενή

Οι Linda H. Aiken et al (2002) μέσα από την έρευνα τους διαφάνηκε ότι 2% που αντιστοιχεί σε 4535 ασθενείς πέθαναν μέσα σε τριάντα μέρες από την εισαγωγή τους. Επίσης τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας απέδειξαν ότι αυξήθηκαν οι πιθανότητες θνησιμότητας των ασθενών -χρηστών κατά 7% και αυτό εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω του φόρτου εργασίας για κάθε επιπλέον ασθενή που επέβαλαν στο κάθε νοσηλευτή έξτρα για να φροντίζει. Ενώ αξιοσημείωτο σε αυτή την έρευνα είναι το γεγονός ότι η διαφορά από τέσσερις μέχρι έξι και τέσσερις μέχρι οκτώ ασθενείς ανα νοσηλευτή αυξανόταν ταυτόχρονα και το ποσοστό της θνησιμότητας στους ασθενείς σε 14% - τυπική απόκλιση 1.14 και 31%-1.31 τυπική αποκλιση, αντιστοίχως.

Αποτυχία διάσωσης ασθενών μετά από επιπλοκή

Στην έρευνα που έκαναν οι Linda H. Aiken et al (2002), παρατηρήθηκε μέσα από τα αποτελέσματα ότι 8.4% των ασθενών πέθαναν μετά από επιπλοκή και μετά από αποτυχία του νοσηλευτικού προσωπικού που δεν μπορούσε να χρησιμοποιήσει τις γνώσεις του εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Βέβαια δεν μπορεί να παραληφθεί το αποτέλεσμα ότι οι ασθενείς που εμφάνισαν επιπλοκές και δεν μπόρεσαν να σωθούν από το νοσηλευτικό

προσωπικό ήταν παρόμοιοι σε αριθμό με την ευρύτερη ομάδα των ασθενών της θνησιμότητας όπου και αυτοί οι ασθενείς είχαν παρόμοιου τύπου νοσήματα.

Μη ικανοποιητική στελέγωση κάθε τμήματος λόγω απώλειας νοσηλευτικών λειτουργιών

Στην έρευνα των Linda H. Aiken et al (2002) ένα ποσοστό του 11% του νοσηλευτικών λειτουργιών σκοπεύουν να φύγουν από την εργασία τους μέσα στους επόμενους δώδεκα μήνες εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωση, μιας και δεν είναι ικανοποιημένοι από το επάγγελμά τους, με αποτέλεσμα να μένουν υποστελέχωτα τμήματα των νοσοκομειακών μονάδων.

4.4 Σύνοψη Κεφαλαίου

Σε αυτό το κεφάλαιο έγινε παρουσίαση των γενικών αποτελεσμάτων μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση εννέα άρθρων. Στηριζόμενοι στα αποτελέσματα αυτά διαφάνηκε ότι οι λειτουργοί υγείας βιώνουν πολλά προβλήματα τόσο προσωπικά όσο και επαγγελματικά εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παράλληλα όμως μαζί με τους λειτουργούς υγείας επιπτώσεις έχουν και ασθενείς –χρήστες μιας και δεν εξυπηρετούνται σωστά όπως πρέπει και ούτε λαμβάνουν την σωστή ποιότητα φροντίδας. Και επειδή αυτό παρουσιάζεται σαν αλυσίδα ή αλλιώς γόρδιος δεσμός που εάν χαλάσει κάποιος κρίκος σπάει η αλυσίδα όλη, έτσι και εδώ εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης των λειτουργών υγείας υποφέρουν και οι ασθενείς με αποτέλεσμα να υπολειτουργεί και το γενικό σύστημα της υγείας. Επομένως είναι φανερό ότι είναι απαραίτητη η επιμόρφωση και η εποπτεία όπου οι λειτουργοί υγείας θα μπορούν να ελοχεύσουν αυτά τα προβλήματα και μέσα από αυτά να βρεθούν λύσεις, ούτως ώστε να βελτιωθούν οι σχέσεις τους με τους ασθενείς- χρήστες, τους συναδέλφους του αλλά και τον ίδιο τους τον εαυτό κατά πρώτο λόγο, που είναι το πιο σημαντικό. Εάν γίνει αυτό θα δημιουργηθεί μια πιο ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα στο χώρο της υγείας. Αναμφίβολα όμως η αντιμετώπιση του όλου προβλήματος της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αφορά αποκλειστικά τους λειτουργούς υγείας αλλά συνάμα ολόκληρο τον οργανισμό υγείας όπου όλοι μπορούν να βοηθήσουν με τον δικό τους τρόπο, για να επωφεληθούν αργότερα κοινές αξίες και στόχους.

Κεφάλαιο Πέμπτο : Συζήτηση- Συμπεράσματα

5.1 Εισαγωγή

Όπως έχει διαφανεί από την ερευνητική ανασκόπηση οι επιστήμονες έχουν ασχοληθεί και πειραματιστεί με ποικίλους πιθανούς τρόπους μέσω ερωτηματολογίων συνήθως για να εντοπίσουν τις επιπτώσεις που δημιουργούνται στους επαγγελματίες υγείας, στον τομέα της υγείας και πως επηρεάζονται αρνητικά οι ασθενείς από την όλη κατάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας. Η σοβαρότητα των επιπτώσεων φάνηκε σε όλες τις μελέτες. Είναι ένα πολύ μεγάλο κεφάλαιο όπου πρέπει να κρίνεις τι είναι σωστό να κάνεις και τι μπορείς εσύ ο ίδιος σου να προσφέρεις. Να βάλουν σε κίνδυνο τη δική τους ζωή οι λειτουργοί υγείας, να επηρεάσουν το σύστημα υγείας προς το χειρότερο δρόμο ή να βάλουν σε κίνδυνο τις ζωές των ασθενών με τις πράξεις τους οι ίδιοι οι λειτουργοί υγείας. Παρουσιάζεται ένα μεγάλο δίλλημα για το ποία είναι η πιο σωστή απόφαση. Επομένως στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια παρουσίαση των συμπερασμάτων που διεξάγονται από όλες τις μελέτες και με αυτόν τον τρόπο γίνεται πιο εμφανές το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης σε διάφορους τομείς.

5.2 Συζήτηση

Υπάρχουν κάποιες ειδικές παρατηρήσεις και συμπεράσματα που μπορούν να γίνουν σχετικά με τις έρευνες που αναλύθηκαν πιο πάνω. Αναλύθηκαν οι περιπτώσεις λειτουργών υγείας που εργάζονταν σε νοσοκομειακές μονάδες και ανήκαν τόσο σε αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το γεγονός όμως ότι τα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν από κάθε έρευνα συνάδουν με κάποιες άλλες έρευνες αποδεικνύει ότι το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης υπάρχει και ασκεί σοβαρού βαθμού διαστάσεις μέχρι σήμερα σε διαφορετικές χώρες του κόσμου (Ευρωπαϊκές και μη) από τις συνέπειες που διαφάνηκαν στις έρευνες.

Είκοσι οκτώ νοσηλευτές παρουσίασαν υψηλή βαθμολογία σε τουλάχιστον μία από τις επαγγελματικές διαστάσεις που αφορούν την εξουθένωση. Παρόλα αυτά μέσα από τα αποτελέσματα διαφάνηκε ότι οι περισσότερες ήταν γυναίκες, αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών ότι οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους άνδρες να υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση (Barboza JIRA et al, Carlotto MS et al,Kitze S. Et al) . Όσον αφορά τις διαστάσεις οι γυναίκες παρουσίαζαν μεγαλύτερο ποσοστό στην συνέπεια της εξάντλησης- κόπωσης, της αποπροσωποποίησης και της επαγγελματικής ολοκλήρωσης σε σύγκριση με τους άνδρες. Παράλληλα σε αυτή την μελέτη διαφάνηκε

ακόμη ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στο άγχος και από αυτό αναδύθηκε το συμπέρασμα ότι εκτός της επαγγελματικής εξουθένωσης οι γυναίκες είναι πιο στρεσαρισμένες από τις δουλειές του σπιτιού και γενικά από άλλες καθημερινές οικογενειακές υποχρεώσεις που προσφέρει. Στη συνέχεια αναφέρεται ότι οι ηλικίες που έγινε η ανακατανομή του δείγματος ήταν μεταξύ 31-37 ετών. Ηλικίες αρκετά μικρές για δείγμα που αφορά τις επιπτώσεις της επαγγελματική εξουθένωση. Σε σύγκριση με άλλες μελέτες, αναφέρουν ότι η νεολαία εξαιτίας των υψηλών προσδοκιών που βάζει σαν στόχο όσον αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση ή αλλιώς την επαγγελματική επιτυχία απειλείται από τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (Cherniss,1980, Mashlach, 1982 & Rosa et al, 2005) . Επίσης μέσα από την έρευνα διαφάνηκε ότι τα περισσότερα άτομα ήταν παντρεμένοι και εντούτοις παρουσιάζονταν προβλήματα στην οικογένεια τους. Αυτό καταγράφεται γιατί έρχεται σε αντίθεση με την βιβλιογραφία που παρουσιάζει τους έγγαμους επαγγελματίες υγείας ως μια προστατευτική ασπίδα απέναντι στις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Εδώ έρχεται και αντιτίθεται ένα μεγάλο μέρος των λειτουργών υγείας που δεν είχαν παιδιά και δεν ήταν σε στρες και όμως εντούτοις παρουσίαζαν μεγάλα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε σύγκριση βέβαια με λειτουργούς υγείας που δεν είχαν παιδιά είχαν μειωμένα ποσοστά επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό το σημείο έρχεται αντιμέτωπο με την βιβλιογραφία που παρουσιάζει τα παιδιά ως κρίκους σύνδεσης και σταθεροποίησης μακριά από τις συγκρούσεις. Δηλαδή πιο απλά οι λειτουργοί υγείας που έχουν παιδιά αντιμετωπίζουν πιο εύκολα τις συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης ή διαφορετικώς μένουν απαθείς στη δουλειά τους και τα βλέπουν σαν δυο ξεχωριστά κομμάτια , εργασία και οικογένεια (Barboza JIRA et al, Carlotto MS et al,Kitze S. Et al). Σε αυτή την μελέτη των Faustino Eduardo dos Santos et al (2009) αυτή η σύγκριση που αφορούσε τα παιδιά ήταν δύσκολο να εκτιμηθεί γιατί οι λειτουργοί υγείας χωρίς παιδιά ήταν περισσότεροι , με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ο βαθμός σύγκρισης. Μέσα από άλλες έρευνες οι ερευνητές εξέφρασαν την επιθυμία ότι οι λειτουργοί υγείας πρέπει να γίνουν πιο ευαισθητοποιημένοι και πιο ευάλωτοι. Εξέφρασαν την άποψη ότι οι λειτουργοί υγείας χάνουν τον πραγματικό τους εαυτό εξαιτίας της εξουθένωσης και εξαιτίας των προσωπικών, επαγγελματικών και οικονομικών ανταμοιβών, όπου είναι πολύ πιο λίγες από ότι ανέμεναν(Ramirez AJ et al, 1995,) . Ακόμη, εν συνεχεία οιPhan MN και οι συνεργάτες του(2008) απέδειξαν μέσα από την δική τους έρευνα ότι οι υπερβολικές απαιτήσεις από τα αφεντικά οδηγούν σε οδυνηρές επιπτώσεις σε διάφορες πτυχές της εργασίας των λειτουργών υγείας εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ταυτόχρονα ο Patrick K. και οι δικοί του συνεργάτες (2007) απέδειξαν ότι οι υπερβολικές ώρες εργασίας μέχρι και οι διπλοβάρδιες κάποτε οδηγούσε

τους επαγγελματίες υγείας στην εξουθένωση και στην συνέχεια στην εξάντληση- κόπωση. Στην συγκεκριμένη έρευνα που αναλύθηκε πιο πάνω των Faustino Eduardo dos Santos et al (2009), παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές με υψηλότερες αλλαγές στις διαστάσεις της εξουθένωσης ήταν αυτοί που εργάζονταν 36 ώρες ανα εβδομάδα, σε σύγκριση πάντα με τα άτομα με μεγαλύτερο φόρτο εργασίας, όπου εντούτοις υπήρχαν πιο λίγοι επαγγελματίες υγείας σε αυτή την ομάδα. Επίσης στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε ότι αυτοί που είχαν 5-6 ασθενείς να περιποιηθούν είχαν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης σε αντίθεση με αυτούς που είχαν περισσότερους από 6 ασθενείς.

Στη συνέχεια σύμφωνα με την έρευνα των Lilia Susana Meltzer et al (2004) διαφάνηκε ότι οι πιο νέοι σε ηλικία νοσηλευτές αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα από την επαγγελματική εξουθένωση σε σύγκριση με τους πιο μεγάλους σε ηλικία νοσηλευτές. Σύμφωνα βέβαια με το μοντέλο των Pearlman και Hartman (1982), τα τέσσερα στάδια που μιλούν για την άνοδο του στρες από την εξουθένωση, δείχνουν ότι στο πρώτο στάδιο ένα άτομο δεν μπορεί να διεκπεραιώσει τις εργασίες του γιατί εργάζεται κάτω υπο πίεση και στρεσογόνους παράγοντες. Με τα ίδια αποτελέσματα και η έρευνα των Maslach και Jackson (1981) διαπιστώνουν ότι οι νεότεροι σε ηλικία που προσφέρουν υγειονομική περίθαλψη είναι πιο επιρρεπής από τις συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία. Επίσης στη ίδια μελέτη των Lilia Susana Meltzer et al (2004) βρέθηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και ηθικής αγωνίας ή απορίας καλύτερα, όπου οι επαγγελματίες υγείας που είχαν πτυχίο είχαν βιώσει εντονότερο τον πόνο των συνανθρώπων που φρόντιζαν σε αντίθεση με νοσηλευτές που δεν κατείχαν πτυχίο. Ακόμη όσον αφορά την ηθική λήψη αποφάσεων ή την διαχείριση τους άγχους τους, αυτοί οι οποίοι είχαν πτυχίο ήξεραν να τα χειρίζονται και να τα διαπραγματεύονται καλύτερα από ότι οι κοινοί λειτουργοί υγείας. Σε παρόμοια έρευνα των Erlen και Sereika (1997) έρχονται και συνάδουν με τα ίδια αποτελέσματα όπως πιο πάνω. Επιπρόσθετα οι Lilia Susana Meltzer et al (2004) ανακάλυψαν ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν αποκλειστικά σε ΜΕΘ ήταν πολύ διαφορετικοί από επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου. Δηλαδή μέσα από την έρευνα αποδείχθηκε ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ βιώνουν λιγότερα συναισθήματα προσωπικής ολοκλήρωσης μιας και οι ασθενείς είναι σοβαρής μορφής τραυματίες και η ζωή τους κρέμεται από μια κλωστή. Έτσι και οι νοσηλευτές το θεωρούν λιγότερο ενδιαφέρον σε σύγκριση πάντα με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλα τμήματα και βλέπουν τους ασθενείς –χρήστες τους να αναρρώνουν μέρα με την μέρα και να πηγαίνουν σπίτι τους στην οικογένεια τους. Για παράδειγμα οι Van Servellen και Leake (1993) απέδειξαν ακριβώς το ίδιο πράγμα μέσα από την δική τους

έρευνα, όπου βάση των αποτελεσμάτων τους οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ είχαν χαμηλότερα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων σε σύγκριση με τα υψηλότερα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων των νοσηλευτών που εργάζονταν σε άλλα τμήματα των νοσοκομειακών μονάδων, όπως η ογκολογία και ειδικές μονάδες φροντίδας πασχόντων με σύνδρομο επίκτητης αυτοανεπάρκειας. Επιπλέον η ικανοποίηση από την εργασία είναι μια ευχαρίστηση για τους ίδιους τους νοσηλευτές-λειτουργών υγείας, αφού με αυτό τον τρόπο δίνει τα εφόδια να συνεχίσουν να εργάζονται με τον ίδιο ζήλο και να αρπάζουν-εκμεταλλευτούν τις ευκαιρίες για επαγγελματική και κατά συνέπεια διαπροσωπική πρόοδο. Εν συνεχεία μέσα από την έρευνα των Lilia Susana Meltzer et al (2004) ένα άλλο εύρημα έκανε την εμφάνιση του δείχνοντας ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ είχαν περισσότερα συναισθήματα αποπροσωποποίησης σε σύγκριση πάντα με λειτουργούς υγείας που εργάζονταν στην ίδια μονάδα για χρόνια. Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ μπορεί να υπόφεραν από τις επιπτώσεις του burnout αλλά μπορούσαν να χειριστούν καλύτερα ένα ασθενή-πάσχοντα που πεθαίνει βασιζόμενοι στην έρευνα. Παράλληλα ένα σημαντικό κομμάτι της έρευνας ήταν η θρησκεία –το ηθικό δίλημμα πιο συγκεκριμένα. Η σχέση θρησκείας και εργασίας σημαντικό μέρος στη ζωή των λειτουργών υγείας όσον αφορά τις επιπτώσεις της εξουθένωσης. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας αναδύθηκε ότι οι νοσηλευτές που λάμβαναν την θρησκεία σοβαρά υπόψη και βοήθησαν τους ασθενείς είχαν λιγότερα προβλήματα όσον αφορά την εξάντληση από ότι οι νοσηλευτές που δεν την έβαλαν στη ζωή των ασθενών. Χωρίς αμφιβολία αυτό συμβαίνει γιατί όσοι επαγγελματίες υγείας πίστεψαν στις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών, τους βοήθησαν δίνοντας τους ελπίδα για ένα καλύτερο αύριο. Στην έσχατη περίπτωση τους ώθησαν να δούνε το τέλος της ζωής με άλλη σκέψη απολαμβάνοντας το κάθετι για τελευταία φορά. Έτσι με αυτό τον τρόπο δεν ταλαιπωρούνται από τους ασθενείς και νοιώθουν λιγότερη κόπωση πρώτα σωματικά και μετά ψυχολογικά, σε σύγκριση πάντοτε με τους νοσηλευτές που δεν στηρίζουν τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών τους και τους κοροϊδεύουν χλευάζοντας τους κάποιες φορές.

Στην έρευνα των Sung-Hyun Cho et al (2009) όπου έγινε στην Κορέα, έγινε με βάση δύο διαφορετικούς δείκτες, τον αντικειμενικό και υποκειμενικό δείκτη. Με βάση αυτούς τους δυο δείκτες εμφανίστηκε ένα αξιοσημείωτο εύρημα όπου έδειξε ότι οι Κορεάτικη ΜΕΘ είχε την πιο κακή στελέχωση όσον αφορά τους νοσηλευτές συγκρίνοντας τους με άλλες πέντε αναπτυγμένες χώρες. Το ποσοστό 21% διατηρούσε την πιο χαμηλή θέση στον κατάλογο σε σύγκριση με τις άλλες αναπτυγμένες χώρες των ΗΠΑ 34%, Καναδά 35%, Αγγλία 29%,

Σκωτία 38% και Γερμανία 37%. (Aiken et al, 2001). Εν συνεχεία στην έρευνα των Sung-Hyun Cho et al (2009) στην πρωτοβάθμια νοσηλεία ένα ποσοστό 43% βαθμολόγησαν την ποιότητα που προσφέρεται στην μονάδα τους ως δίκαιη ή κακή γιατί ο κάθε νοσηλευτής έχει να φροντίσει από 2 ασθενής και πάνω , στα δευτεροβάθμια νοσοκομεία 25% βαθμολόγησαν την ποιότητα που προσφέρεται δίκαιη / κακή και ένα ποσοστό 36% στα τριτοβάθμια νοσοκομεία. Αυτά τα ποσοστά παρουσιάζονται πολύ ψηλά σε σύγκριση με τα ποσοστά των πέντε αναπτυγμένων χωρών που επικροτούν ποσοστά 10-20% και αφορούν την ποιότητα φροντίδας που προσφέρεται στους ασθενείς (Aiken et al, 2002). Σε αντίθεση βέβαια με μια άλλη έρευνα που έγινε στην Ισλανδία όπου μόνο 5% των νοσηλευτών εξέφρασαν δίκαιη / κακή την ποιότητα που προσφέρεται στις δικές τους νοσοκομειακές μονάδες (Gunnarsdottir et al, 2007). Οι επαγγελματίες υγείας σε αυτή την έρευνα των Sung-Hyun Cho et al (2009) εξέφρασαν την εξουθένωση τους με ποσοστό 53%- πολύ ψηλό ποσοστό σε σύγκριση με τις άλλες πέντε χώρες όπου μέσο όρο είχαν ποσοστό 33-54% (Aiken et al, 2002). Επομένως εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης οι επαγγελματίες υγείας ένοιωθαν δυσαρέσκεια με το επάγγελμα και με την φροντίδα που πρόσφεραν και έτσι διατηρούσαν ένα ποσοστό 33% δυσαρέσκεια όσον αφορά τα Κορεάτικα νοσοκομεία (Sung-Hyun Cho et al, 2009), (σε αντίθεση με τις άλλες πέντε χώρες όπου σε αυτή την περίπτωση στο σύνολο ποσοστού ξεπερνούσαν την Κορέα με ποσοστό 30-50% (Aiken et al, 2002). Παράλληλα εξαιτίας της εξουθένωσης ένα ποσοστό 26% υπολόγιζε να εγκαταλείψει το επάγγελμα, σχετικά μεγάλο πλείγμα ποσοστού για μια χώρα (Sung-Hyun Cho et al, 2009), αλλά πιο μικρό συγκρίνοντας το με τις διεθνείς χώρες όπου υπολογιζόταν το ποσοστό στα 17-39% (Aiken et al, 2001). Με βάση την έρευνα αυτή των Sung-Hyun Cho et al (2009), έγινε αντιληπτό ότι μέσα από την ποιότητα και την φροντίδα εξαρτάται το πώς θα αξιολογήσουν οι επαγγελματίες υγείας-νοσηλευτές τις νοσοκομειακές μονάδες της χώρας τους και για τις επιπτώσεις που θα επωμισθούν εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης που θα δημιουργηθεί λόγω του στρες. Νοσηλευτές που φρόντιζαν 2-5 ασθενείς ήταν λογικό να αξιολογήσουν την ποιότητα της περίθαλψης που δίνεται πιο ψηλά σε αντίθεση με νοσηλευτές που φρόντιζαν 3 ασθενείς και πάνω καθημερινώς ανα βάρδια. Επομένως, βασιζόμενοι στα πιο πάνω ευρήματα γίνεται κατανοητό ότι μέσα από την καλή στελέχωση των νοσοκομειακών μονάδων δίνεται σωστά και η κατάλληλη ποιότητα-φροντίδα στους ασθενείς που υποφέρουν. Έτσι οι παρεμβάσεις που αφορούν την ποιότητα-φροντίδα είναι απαραίτητο να γίνονται σωστά και στο σωστό χρόνο σε κάθε ασθενή ξεχωριστά (Aiken et al. 2002, Gunnarsdottir et al. 2007, Lankshear et al. 2005, Rafferty et al. 2007). Επιπρόσθετα στην έρευνα των Sung-Hyun Cho et al (2009) ενδιαφέρον έδειξε και το εύρημα ότι η επάρκεια του προσωπικού επηρέαζε τα αποτελέσματα

της εργασίας σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση σε αντίθεση με τον αριθμό των ασθενών ανα νοσηλευτή που δεν επηρεαζόταν και σημαντικά. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται και αντιφάσκει με το αποτέλεσμα στην Αγγλία από έρευνα του Rafferty και των συνεργατών του (2007) όπου η αναλογία των ασθενών ανα νοσηλευτή έπαιξε σημαντικό ρόλο στο επάγγελμα των νοσηλευτών και τους επηρέαζε σημαντικά σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση, αφού όσο πιο πολλούς ασθενείς είχαν να φροντίζουν τόσο πιο πολλή δυσαρέσκεια ένοιωθαν για το επάγγελμα τους. Ο Mark (2002) υποστηρίζει ότι οι αντιλήψεις της στελέχωσης που αφορούν την επάρκεια των επαγγελματιών υγείας επηρεάστηκαν από το νοσοκομείο, τους ασθενείς και τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα αυτός ο φόρτος εργασίας που προσφέρει εξουθένωση στους νοσηλευτές να μην οφείλετε αποκλειστικά και μόνο στον εμπειρικό αριθμό ασθενών που έχει να περιποιηθεί ο κάθε νοσηλευτής.

Ο Yanwei Ding και οι συνεργάτες του (2014) απέδειξαν μέσα από την έρευνα τους ότι 38% των εργαζομένων παρουσίαζε συμπτώματα άγχους εξαιτίας της εξουθένωσης. Ο επιπολασμός αυτού του θέματος ήταν περισσότερος από το διπλάσιο του επιπολασμού σε παρόμοια έρευνα που έγινε σε Κινέζους φοιτητές ιατρικής με ποσοστό 12,5% (Zung, 1971) και στο γενικό πληθυσμό της Αυστραλίας (Schwarz et al, 2001). Συνεχίζοντας με την αναζήτηση στην έρευνα των Yanwei Ding και των συνεργατών του (2014), αναλύεται το γεγονός ότι το επίπεδο του στρες στους επαγγελματίες υγείας έγινε πρώτο θέμα προσοχής εξαιτίας της ανησυχίας των ατόμων πρώτα για τον εαυτό τους και στη συνέχεια για τους ασθενείς-πάσχοντες λόγω των σημαντικών επιπτώσεων που θα επιφέρει. Αρκετές είναι οι μελέτες που έχουν δείξει ότι κινδυνεύουν οι επαγγελματίες υγείας από την επαγγελματική εξουθένωση με σημαντικές επιπτώσεις το στρες, την κατάθλιψη και το άγχος, σε αντίθεση με άλλους εργαζόμενους όπου κάποτε νοιώθουν το αίσθημα της συναισθηματικής δυσφορίας (Fiabane et al, 2013). Η ταχεία οικονομική ανάπτυξη, η μεταρρύθμιση και αύξηση της ιατρικής, η γήρανση του πληθυσμού, η έλλειψη προσωπικού και η αυξανόμενη επιβάρυνση χρόνιων νοσημάτων, όλα αυτά σε συνδιασμό, παρουσιάζεται λίγο παράλογο να αναμένεται από το εκπαιδευτικό προσωπικό χωρίς αυτά να είναι απαραίτητο να μπορούν να φροντίζουν τους ασθενείς και να τους καλύπτουν βασικές ανάγκες (Wu et al, 2011). Παράλληλα εκτός τις προκλήσεις που υποφέρουν, την ποιότητα που έχουν να προσφέρουν πρέπει ταυτόχρονα να εξισορροπηθούν και οι προσδοκίες των χρηματοδοτικών φορέων για τους ασθενείς και το όλο σύστημα γενικότερα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ανισότητα στους γεωγραφικούς πόρους που αφορούν την υγεία, τον έντονο ανταγωνισμό που είναι σημαντικό στοιχείο σε ότι αφορά τις θέσεις εργασίας, τον προβληματικό προγραμματισμό που αφορά γενικά την

υπηρεσία υγείας, τα συναισθηματικά θέματα που αφορούν το χειρισμό- φροντίδα των ασθενών ή ακόμη και το θάνατο των ασθενών, η ζήτηση για παροχή καλύτερων ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων λόγω έλλειψης προσωπικού με αποτέλεσμα να γίνεται πολύ πιο περίπλοκη και συγκριστική η σχέση ιατρού και νοσηλευτή και το σύνολο των εργασιών που αυξάνεται μέρα με την μέρα με αποτέλεσμα να αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό ο φόρτος εργασίας και να μειώνονται οι δυνατότητες προσωπικού εξαιτίας της εξάντλησης-εξουθένωσης. (Zhang, 2011, Wu, 2011). Βέβαια οι προκλήσεις είναι πάρα πολλές και οι εργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας υποφέρουν από τις συνέπειες. Η ανταμοιβή που παίρνουν για παράδειγμα βάση της έρευνας που έγινε δεν ισοδυναμεί με αυτά που προσφέρουν ούτως ώστε να έχουν ζκίνητρο για να προσφέρουν στους ασθενείς, αντιθέτως η χαμηλή ανταμοιβή τους προκαλεί εξάντληση και κατά συνέπεια άγχος με αποτέλεσμα να μην μπορούν να προσφέρουν όπως πρέπει. Ταυτόχρονα, η συσχέτιση του άγχους και του στρες, μαζί με τις επιπτώσεις τους έχουν δημοσιευτεί από τον Gao και τους συνεργάτες του (2012) όπου τόσο η θετική επίδραση των εξωγενών παραγόντων όσο και η επίδραση των εγγενών παραγόντων επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις για τους επαγγελματίες υγείας. Με εύλογη χρηματική αποζημίωση, είναι απαραίτητο να παρέχονται και άλλες στρατηγικές όσον αφορά θέματα που μιλούν για ισορρόπηση του φόρτου εργασίας και την ανταμοιβή. Εντούτοις όμως μια πιθανή εξήγηση όσον αφορά την υπερδέσμευση είναι ότι 32,2% των εργαζομένων εργάντοντσι και φροντίζουν ασθενείς –πάσχοντες για πάνω από 40 ώρες την εβδομάδα. Από αυτό φαίνεται ότι αυτόματα αυτοί οι επαγγελματίες υγείας χάνουν την προσωπική τους ζωή και τις οικογενειακές στιγμές όπου μπορούσαν να τους βοηθήσουν να ξεπεράσουν το άγχος εάν δεν ένοιωθαν τόση επαγγελματική εξουθένωση. Επιπρόσθετα στη μελέτη των Yanwei Ding et al (2014) οι κινέζοι επαγγελματίες υγείας είναι συναισθηματικά φορτισμένοι μιας και νοιώθουν την υπερφόρτωση από την εργασία τους ή κάποιοι άλλοι νοιώθουν να έχουν απεμπλοκή από την εργασία τους, με τραντακτό αποτέλεσμα την επαγγελματική εξουθένωση και κατά πρώτη συνέπεια το άγχος. Παράλληλα έχουν δηλώσει ότι είναι συνεχώς αγχωμένοι αφού φοβούνται ότι εάν κάνουν κάποιο λάθος θα τους διώξουν από την δουλειά και θα μείνουν άνεργοι. Επιπλέον βράθηκε ότι η ανταμοιβή τους, ο κυνισμός, η συναισθηματική εξάντληση και τα συμπτώματα άγχους σχετίζονται αρνητικά με τον χρόνο της απασχόλησης τους. Ένας πιθανός λόγος αυτής της αρνητικής σχέσης μεταξύ του χρόνου απασχόλησης και της ανταμοιβής μπορεί να είναι και η αύξηση του μισθού που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι μόλις προσληφθούν ως νοσηλευτικό προσωπικό και όχι ως απλοί εργάτες. Ακόμη γίνεται φανερό ότι η σχέση του χρόνου απασχόλησης και της συναισθηματικής εξάντλησης, του κυνισμού και τα συμπτώματα άγχους διεξάγονται από την επαγγελματική εξουθένωση.

Έτσι θα πρέπει με κάθε τρόπο να δοθεί η απαραίτητη προσοχή στους επαγγελματίες υγείας ούτως ώστε να μειωθεί το εργασιακό άγχος που παράγουν και να απαλαχτούν από τα συμπτώματα άγχους. Είναι απαραίτητο να εξερευνηθεί ο μηχανισμός όπου το επαγγελματικό στρές επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τους επαγγελματίες υγείας μέσα από το άγχος και την εξουθένωση.

Ο Inmaculada Glian –Munoz και οι συνεργάτες του (2016) μέσα από την δική τους έρευνα έγινε ανάλυση για της επιρροές της βίας απέναντι σε ασθενείς-πάσχοντες από νοσηλευτές εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παράλληλα με αυτό έγινε έρευνα που αφορούσε την ικανοποίηση από την εργασία τους στο χώρο της υγείας. Μέσω του δείγματος που και στην περίπτωση εδώ ήταν νοσηλευτές φάνηκε ότι οι βαθμολογίες που αφορούσαν την ικανοποίηση ήταν χαμηλότερες από εκείνες που προβλέπονταν ως σημείο αναφοράς από τους συντάκτες της Κλίμακας, τόσο σε επίπεδο παγκόσμιο όσο και σε επίπεδο των εξωγενών-ενδογενών καταστάσεων που αφορούσαν την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας (Warr et al, 1979). Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται και συνάδει –μοιάζει με πρόσφατες μελέτες που έγιναν από νοσηλευτές (AACN- American Association των νοσηλευτών της Εντατικής Νοσηλευτικής Μονάδας) και αναφέρονται μεγάλα ποσοστά απαρésκειας από την εργασία τους εξαιτίας της εξουθένωσης που υπόκεινται καθημερινώς με άκρο αποτέλεσμα να σκέφτονται να εγκαταλείψουν το επάγγελμα τους (AACN, 2005). Στη συνέχεια, επιπρόσθετα εάν συγκρίνουμε τις μέσες βαθμολογίες από την έρευνα των Inmaculada Glian –Munoz et al (2016) για τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, η μέση βαθμολογία για συναισθηματική εξάντληση και κυνισμό είναι πολύ ψηλές, αν και φαίνεται ότι μεταβάλεται η επαγγελματική αποτελεσματικότητα όσον αφορά την φροντίδα. Παράλληλα όσον αφορά το θέμα της βίας δεν υπάρχει το ενδεχόμενο σύγκρισης με άλλες μελέτες εξαιτίας της καινοτομίας της χρήσης της συγκεκριμένης κλίμακας HABS-U. Ακόμη η πρόβλεψη για την βία σε ασθενείς εξαιτίας της εξουθένωσης θρέθηκε ότι η έκθεση των ασθενών-πασχόντων σε φυσικούς ή και μη φυσικούς παράγοντες οφείλεται και σχετίζεται στην επαγγελματική εξουθένωση κατά πρώτο λογο και μετά μπλέκεται στα δίκτυα του κυνισμού. Εντούτοις οι δύο διαστάσεις της ικανοποίησης από την εργασία τους παρουσιάζονταν σημαντικές αλλά σχετιζόνταν αρνητικά σε θέματα που αφορούσαν την επαγγελματική εξουθένωση.Εδώ έρχεται να συμφωνήσει με αυτό η έρευνα των Figueiredo-Ferraz et al (2012), όπου υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ αυτών των δύο σημαντικό μεταβλητών. Επίσης ο Inmaculada Glian –Munoz και οι συνεργάτες του (2016) , διαπίστωσαν ότι μέσα από τις αναλύσεις που έγιναν αυτής της παλινδρόμησης η εξωγενής ικανοποίηση από την εργασία μπορεί και ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ μη φυσικής βίας σε

ασθενείς μαζί με την συναισθηματική εξάντληση, σε αντίθεση με την εγγενή ικανοποίηση από την εργασία τους όπου μπορεί και επηρεάζει τη σχέση μεταξύ μη φυσικής βίας σε ασθενή, παρόλο που αυτή η όλη διακύμανση είναι χαμηλή σε όλες τις περιπτώσεις ($R < 0.2$). Αυτό δείχνει ότι εκτός από την βία η επαγγελματική εξουθένωση επιφέρει και άλλες συνέπειες όπως το άγχος. Έχειδειχθεί ότι με την ίδια έκθεση σε μη φυσική βία προς τους ασθενείς, οι λειτουργοί υγείας που δεν είναι ούτε ικανοποιημένοι από την εργασία τους, παρουσίασαν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης και κυνισμού. Επιπρόσθετα σε αυτήν την έρευνα οι ερευνητές παρατήρησαν ότι όταν οι εργαζόμενοι που έχουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης μέσα από εξωγενείς παράγοντες εντούτοις παρασύρονται και εκτίθενται σε υψηλά επίπεδα βίας προς τους ασθενείς-πάσχοντες και τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης και των επιπτώσεων του κυνισμού είναι χαμηλότερα από εκείνα των εργαζομένων δεν είναι ικανοποιημένοι καθόλου από την εργασία τους και κινούνται σε χαμηλά επίπεδα των εξωγενών παραγόντων. Το ίδιο εκφέρουν και για τον κυνισμό οι ερευνητές Inmaculada Glian –Munoz μαζί με τους συνεργάτες του (2016), ότι δηλαδή υψηλά επίπεδα της ικανοποίησης από την εργασία τους μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερα επίπεδα κυνισμού ακόμη και με την παρουσία υψηλών επιπέδων έκθεσης στη βία των ασθενών. Συνοπτικά οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση για την εργασία των νοσηλευτών παίζει σημαντικό ρόλο τόσο ψυχολογικά όσο και αποδοτικά. Δηλαδή όταν είναι όλα καλά στην δουλειά τους και είναι ικανοποιημένοι τότε θα αποφεύγουν την επαγγελματική εξουθένωση και κατά συνέπεια και την βία προς τους ασθενείς. Αυτό υποστηρίζεται και από άλλες πολλές μελέτες όπως του Blegen (1993), Irvine and Evans (1995) και Mc Vicar (2003). Όπου αυτοί μέσα από τις έρευνες τους στέλνουν ως μήνυμα την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας από όλους τους παράγοντες που ελέγχονται (εξωγενείς παράγοντες), προτείνουν μέτρα για την αντιμετώπιση του χρόνιου στρες των νοσηλευτών και όλα αυτά γιατί πιστεύουν ότι με τέτοια υποστήριξη, θα υπάρχει μείωση στην επιθετικότητα απέναντι στους ασθενείς εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης που τους υποτροπιάζει και τους ωθεί να συμπεριφέρονται παράλογα. Οι Chung & Harding (2009) υποστηρίζουν ότι η μη φυσική βία σε ασθενείς και η επαγγελματική εξουθένωση έχουν μια ιδιαίτερη σχέση έτσι ώστε η συχνή έκθεση του προσωπικού σε μη φυσικές καταστάσεις βίας τους οδηγεί αυτομάτως σε επαγγελματική εξουθένωση που υποφέρουν από εξάντληση, κυνισμό και χωρίς να το θέλουν επιτίθενται αρνητικά στους ασθενείς τους μέσω αφορομιτισμού και κούρασης. Ακόμη ο Inmaculada Glian –Munoz μαζί με τους συνεργάτες του (2016), υποστηρίζουν ότι εάν ένα χαμηλό επίπεδο της θεσμικής στήριξης που αναφέρθηκε προηγουμένως μπορεί να μειώσει την εξωγενή ικανοποίηση από την εργασία με αποτέλεσμα να συμβάλλουν στη βία. Εντούτοις

όμως η στήριξη αυτή μπορεί κάποιες φορές να είναι η αιτία της μείωσης της βίας αλλά μπορεί να είναι και ένας συγχυστικός παράγοντας.

Ο Edno Magalhaes και οι συνεργάτες του (2015) στην δική τους έρευνα που έγινε με την βοήθεια ιατρών στην ειδικότητα των αναισθησιολόγων, παρατήρησαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια κατάσταση αναστρέψιμη μεν αλλά αφήνει μεγάλο πλήγμα ενώ υπάρχει και ταλαιπωρεί κοινό. Ταλαιπωρεί, δηλαδή επιφέρει το στρες, προϋποθέτει σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά, διαφοροποιείται ο τρόπος αναψυχής που βάση της έρευνας είναι σχεδόν ανύπαρκτος, αλλάζει ο τρόπος ζωής τους και γενικότερα οι συνήθειες τους δεν είναι οι ίδιες όπως πιο παλιά. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας όταν ο αναισθησιολόγος υποφέρει από το σύνδρομο αυτό της επαγγελματικής εξουθένωσης τότε αναλαμβάνει δράση και χωρίς να το αντιληφθεί επηρεάζει τους ασθενείς του, τους συναδέλφους του και το ίδιο το έργο του και αυτό συμβαίνει γιατί οι μέθοδοι αντιμετώπισης είναι ανεπαρκείς και ατελής (Nyssen et al, 2008 & Shanafelt et al 2003). Και σε αυτή την μελέτη του Edno Magalhaes μαζί με τους συνεργάτες του (2015) υπάρχει η συνέπεια της χαμηλής ικανοποίησης από την εργασία τους σε ποσοστό 36%, όπου υπάρχει το ενδεχόμενο να οφείλεται στον υπερβολικό φόρτο εργασίας για να εκτελούν τα καθήκοντα τους. Επειδή όμως αυτό είναι εκτός των δυνατοτήτων τους παθαίνουν επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης κάποιες φορές το προσωπικό εργασίας μειώνεται σε αριθμό σε σύγκριση με τη ζήτηση που υπάρχει για τις δραστηριότητες και το φόρτο εργασίας. Στην ίδια μελέτη ένα ποσοστό των αναισθησιολόγων 10.4% υπέφεραν από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Βέβαια το burnout ήταν πιο πολύ μεταδοτικό σε άντρες (64,2%) και με παιδιά (55,6%) και δεν υπήρχε καμία διαφορά όσον αφορά την οικογένεια. Εντούτοις υπήρχε μια επικράτηση με ποσοστό 78,5% σε λειτουργούς υγείας οι οποίοι δεν έκαναν μαθήματα εκτός ιατρικού τομέα, γεγονός που έδειχνε ότι η συγκεκριμένη πρακτική τους ανακούφιζε από το στρες γιατί έβρισκαν λίγο χρόνο και ασχολούνταν με τον εαυτό τους.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που αφορά την επαγγελματική εξουθένωση είναι η ηλικιακή ομάδα των 30-50 ετών (64,2%), όπου διαφάνηκε ότι οι πιο ώριμοι επαγγελματίες υγείας έχουν χαμηλότερο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης και συγχρόνως αυτοί μπορούν να ελέγχουν καλύτερα τα συναισθήματα τους όσον αφορά τις στρεσογόνες καταστάσεις (Ramirez et al 1996 & Fernandez et al, 2006). Μια έρευνα στην Αυστρία δηλώνει ότι η υποστήριξη από τους συναδέλφους που υποφέρουν από το σύνδρομο του burnout και η ικανοποίηση από την εργασία τους, είναι δύο βασικά στοιχεία για να τους βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό (Lederer et al, 2006). Επίσης ο Edno Magalhaes και οι συνεργάτες του (2015) μέσα από την έρευνα τους βρήκαν ότι η υψηλότερη επικράτηση του συνδρόμου σε

επαγγελματίες με αποκλειστικά νόμιμο τις δημόσιες υπηρεσίες απασχόλησης (50%) μπορεί να υποδεικνύει στο κοινό την έλλειψη υπηρεσιών των συνθηκών εργασίας ως δυνητικό παράγοντα. Παράλληλα ο περιορισμένος χρόνος που τους πιέζει τις πλείστες φορές για να βρίσκονται εντός χρονοδιαγράμματος, ο θάνατος που είχαν κάποιες φορές να αντιμετωπίσουν αλλά ταυτόχρονα και η πίεση για να πάνε όλα καλά όπως τα προγραμματίσαν πριν μπουνε στο χειρουργείο, φάνηκε ότι προκαλούσε στρες και άγχος στους αναισθησιολόγους. Βέβαια πιο σημαντικό κομμάτι ήταν και η σχέση που έπρεπε να έχουν με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, χειρουργούς, μαιευτήρες. Αυτό το είδος της σχέσης μπορεί να προκαλεί και σύγχυση κάποιες φορές σε σχέση με τις αρμοδιότητες του κάθε ατόμου, αφού ο κάθε ένας ανάλογα με την ιεραρχία που έχει και την θέση που έχει στυμπεριφέρεται και ανάλογα με αποτέλεσμα τις πλείστες φορές να υπάρχουν και διαφωνίες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Επομένως μια σφοδρή υποτίμηση απέναντι στο συνάδελφο από κάποιο άλλον ανώτερο στέλεχος της όλης ομάδας που βρίσκεται στο χειρουργείο, εκείνη την ώρα εξαιτίας της πίεσης και του στρες , της εξουθένωσης μπορεί να προκύψει μοιραίο αποτέλεσμα για τον ασθενή και να χαλάσει τα σχέδια της υγείας (Carneiro,2011). Μια άλλη σημαντική επίπτωση είναι η φυσική πίεση που προκύπτει από εξαντλητικούς παράγοντες μέσω του χειρουργικού περιβάλλον όπως είναι η ηχορύπανση, η ακτινοβολία οι λάτεξ λοιμώξεις, το υπερβολικό κρύο ή η ζέστη , η υπερφόρτωση του θόρυβου. Όλα αυτά σε συνδιασμό προκαλούν αρχικά εξουθένωση και στην συνέχεια επέρχονται οι συνέπειες όπου προκαλείται υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος με γνωσιακές και ψυχολογικές επιπτώσεις για το ίδιο το άτομο και τα μεταφέρει στον ασθενή με άλλες συνέπειες μιας και σταματά να λειτουργά ο εγκέφαλος (Svensen et al,2003). Επίσης το σύνδρομο αυτό σύμφωνα με τον Nysen και τους συνεργάτες του (2008), ήταν πιο διαδεδομένο σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε συχνές νυχτερινές βάρδιες όπου εξαιτίας της κόπωσης και της εξουθένωσης χάνουν την ευελιξία τους αλλά και την προσοχή τους, δημιουργείται βραδύτητα της γνωστικής λειτουργίας συνάμα με τα αντανακλαστικά.

Στη συνέχεια ο Jonathon R. B. Halbesleben και οι συνεργάτες του (2008) στη δική τους έρευνα διαπίστωσαν ότι εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης στις νοσοκομειακές μονάδες ξεκίνησε να υπάρχει ένα μη ασφαλές περιβάλλον και αναφέρθηκαν παρολίγον ατυχήματα από τους επαγγελματίες υγείας τόσο στους ασθενείς όπου κινδύνευαν όσο και για τους εαυτούς τους. Εντούτοις όμως η επαγγελματική εξουθένωση δεν σχετίστηκε με τα συμβάντα του προηγούμενου έτους παρά μόνο σε περιστατικά που έγιναν κατά την διάρκεια της έρευνας. Εν συνεχεία η σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την εμφάνιση του φαινομένου του burnout μαζί με τις συνέπειες που εκδηλώνονταν εμφανίζονταν σε

απροσδόκητο χρόνο και τμήμα. Βάση της στατιστικής ανάλυσης παρουσιαζόταν μια ασήμαντη σχέση. Πράγμα αδιανόητο και μη πραγματικό κατά την άποψη των ερευνητών Jonathon R.B. Halbesleben μαζί με τους συνεργάτες του (2008). Επομένως για αυτό το συμβάν υποστήριξαν στην έρευνα τους ότι δύο είναι τα ενδεχόμενα που μπορεί να έγιναν. Αρχικά, μπορεί σε κάποιους ορόφους να έγιναν σε περισσότερα από δυο περιστατικά που αφορούσαν λάθη και υποστήριξαν το μη ασφαλές περιβάλλον, αλλά εξαιτίας του ερωτηματολογίου οι επαγγελματίες υγείας δεν είχαν άλλα περιθώρια και μπορούσαν να περιγράψουν μόνο μεχρι δύο προβλήματα σε αριθμό. Επίσης υπάρχει το ενδεχόμενο σε αυτό το κομμάτι του ερωτηματολογίου να έκριναν απαραίτητο παρά να γράψουν τα λάθη που έγιναν, να συμπλήρωναν τις απαιτήσεις τους για ένα καλύτερο αποτέλεσμα από τους ίδιους ή ακόμη μπορεί και να σχολίαζαν καταστάσεις που έκριναν ότι θέλουν περισσότερη προσπάθεια για να νοιώθουν πρώτα αυτοί ασφαλείς και μετά οι ασθενείς-πάσχοντες. Από την άλλη πλευρά οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι μπορεί οι νοσηλευτές το πρόβλημα να το θεωρούσαν ως μη σημαντικό, μόνο και μόνο επειδή δεν κατάληγαν σε ανεπιθύμητο συμβάν αλλά σε κάτι λιγότερο από σημαντικό λάθος. Αυτό είχε σαν επακόλουθο να υποστηρίζεται μεν το πρόβλημα των συνεπειών από την επαγγελματική εξουθένωση αλλά να μην έχουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους η επαγγελματική εξουθένωση και οι συνέπειες που προκαλούνταν. Και όλα αυτά όπως υποστηρίζουν εξαιτίας του ερωτηματολογίου που δόθηκε για να συμπληρωθεί. Εντούτοις όμως τα ευήματα αυτά έγιναν γνωστά και συμφωνούσαν με την δουλειά των ερευνητών Laschinger & Leiter (2006), όπου και σε αυτή την έρευνα αναφερόταν η σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούσε. Σε αυτή την έρευνα παρουσιάστηκαν οι ανεπιθύμητες συνέπειες που προκαλούνταν από την επαγγελματική εξουθένωση. Για παράδειγμα μέσα από αυτή την έρευνα των Laschinger & Leiter (2006), μια σημαντική συνέπεια ήταν η γνωστική ασυμφωνία. Δηλαδή μέσω της γνωστικής ασυμφωνίας οι επαγγελματίες υγείας σύνδεαν την σκέψη ότι λάθη που γίνονται εκ μέρους τους δεν πρέπει να συμβούν μεν από την μια πλευρά, αλλά από την άλλη ένοιωθαν απίστευτο άγχος, πιέζονταν ψυχικά για να μην επαναληφθεί το ίδιο λάθος και σε άλλο ασθενή. Αυτό είναι πολύ εξαντλητικό να πιέζεται ένας οργανισμός συνεχώς και έτσι επηρεάζεται περισσότερο η ψυχολογία κάποιου με αποτέλεσμα κάθε διαδικασία που προσπαθεί να εκτελέσει να μοιάζει ακόμα πιο δύσκολη από την προηγούμενη που ίσως έκανε κάποιο σημαντικό λάθος. Επίσης οι Halbesleben & Bowler (2007) παρουσιάζουν τους επαγγελματίες υγείας πρόθυμους να προσφέρουν τους περιορισμένους πόρους τους σε συμπεριφορές για το καλό των ασθενών, αλλά από την άλλη πλευρά του νομίσματος παρουσιάζονται εντελώς απρόθυμοι και αρνητικοί να προσφέρουν τους ίδιους

πόρους για επιπλέον συμπεριφορές που θα οφελέσουν τον ίδιο τον νοσοκομειακό οργανισμό που εργάζεται. Ο Jonathon R. B. Halbesleben και οι συνεργάτες του (2008) , διαπίστωσαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό επαγγελματιών υγείας που υπόφεραν από το burnout ήταν σχετικά σημαντικό σε σχέση με την συχνότητα των αναφορών που δόθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας. Οι αναφορές αυτές όπως υποστηρίζει και ο Roberto μαζί με τους συνεργάτες του (2006), είναι δείκτες που βγάζουν στην επιφάνεια μεγάλα προβλήματα και ταυτόχρονα προβάλλεται και η ανάγκη για παρεμβάσεις.

Η έρευνα των Doris C. Vahey et al (2004) απέδειξε με μεγάλη επιτυχία την σημασία του νοσηλευτικού προσωπικού μέσα από τις συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης και την έλλειψη της προσωπικής ολοκλήρωσης. Οι ερευνητές μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας τους δηλώνουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει καθοριστικό ρόλο στο κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς πάσχοντες από την φροντίδα που τους προσφέρεται όταν βρίσκονται καθηλωμένοι στις νοσοκομειακές μονάδες. Επιπλέον μέσα από τα αποτελέσματα αναδύθηκαν και άλλα σημαντικά γεγονότα που μιλούν για δυσαρέσκεια του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας εξαιτίας των ανεπιθύμητων συνεπειών της εξουθένωσης. Παράλληλα όσον αφορά το συναισθηματικά εξαντλημένο νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρουν πιθανόν προθέσεις εγκατάλειψης από το επάγγελμα του νοσηλευτή. Βέβαια πιο αναλυτικά διαφάνηκε ότι από τους νοσηλευτές, τα συναισθήματα της αποπροσωποποίησης που σχετίζονται με τους ασθενείς, αφού δεν αντέχουν άλλο, δεν σχετίζονται με τους ασθενείς αλλά με την δυσαρέσκεια που νοιώθουν εξαιτίας της εξουθένωσης και της καταπίεσης. Επίσης γίνεται αναφορά και για την περίοδο έλλειψης λειτουργιών υγείας για διάφορους λόγους, όπου διατυπώνουν την εξής λύση ότι οφείλει η διοίκηση της νοσοκομειακής μονάδας που υστερεί σε προσωπικό να είναι πιο ελαστικοί με το υπόλοιπο προσωπικό και όχι να τους καταπιέζει, ούτως ώστε να είναι όλοι ευχαριστημένοι. Αντίθετα σε περίοδο μεγάλης σταθερότητας να μπορεί να χειριστεί σωστά και χρήσιμα το νοσηλευτικό προσωπικό της για νοιώθουν και οι ίδιοι καλά με την προσωπικότητα τους.

Η Linda H. Aiken μαζί με τους συνεργάτες της (2002) στην δική τους αποκλειστική έρευνα που ολοκληρώθηκε στην Πενσυλβάνια αφορούσε ένα σύστημα παρακολούθησης των ασθενών για έγκαιρη ανίχνευση για άμεση παρέμβαση όταν επιδεινωθεί η κατάσταση ενός ασθενή-πάσχοντα. Τα αποτελέσματα της έρευνας όμως που στην πραγματικότητα αφορούσαν την εποπτεία των ασθενών φάνηκε ότι επηρεάζονταν σημαντικά από τον αριθμό των εγγεγραμμένων νοσηλευτών οι οποίοι βρίσκονταν σε συνεχή βάση για εικοσιτέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο. Πολλές είναι οι μελέτες οι οποίες αναφέρουν σύνδεση των περισσότερων νοσηλευτών με την χαμηλότερη θνησιμότητα σε μια νοσοκομειακή μονάδα (Shortell et al,

1988, Hartz et al,1989& Silber et al,2000). Στηριζόμενοι στα αποτελέσματα της έρευνας της Linda H. Aiken μαζί με τους συνεργάτες της (2002) φαίνεται ότι έγινε μια αξιόπιστη προσέγγιση σε θέματα που αφορούν την μείωση της θνησιμότητας αλλά και την αύξηση της παρακράτησης του νοσηλευτικού προσωπικού στις νοσοκομειακές μονάδες όλες τις ώρες και εάν είναι δυνατό να εφαρμοστεί με επιτυχία. Ιρίσθω εν παρόδο με τρομερό δίκαιο ήταν λογικό να αρνηθούν να φροντίσουν δέκα ασθενείς σε αναλογία ανα νοσηλεύτη υπέρ των πιο γενναιόδωρων απαιτήσεων που φρόντιζαν καθημερινώς των 5-6 ασθενών ανα νοσηλεύτη. Από την άλλη πλευρά όμως σύμφωνα πάντα με τα αποτελέσματα της έρευνας δεν φαίνεται πόσοι νοσηλευτές χρειάζονται βοήθεια για την φροντίδα των ασθενών ή ακόμη αν υπάρχει μια συγκεκριμένη αναλογία όπου οι νοσοκομειακές μονάδες δεν πρέπει να υπερβούν, έτσι ώστε να προστατεύουν το προσωπικό τους από αυτή την καταπίεση. Υπάρχει όμως ένα σημαντικό στοιχείο που ανιχνεύει και δείχνει τις τρομερές διαφορές όσον αφορά την θνησιμότητα των κινδύνων στις νοσοκομειακές μονάδες προσαρμοσμένο στην αποτυχία διάσωσης των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας εξαιτίας της πίεσης που τους ασκείται-burnout και της μη σωστής στελέχωσης των θαλάμων. Στο ίδιο δείγμα της Πενσυλβάνιας η αναλογία του ασθενή ανα νοσηλεύτη ήταν από 4:1 έως 8:1. Βάση αυτής της αναλογίας πέθαναν 4535 ασθενείς μέσα σε 30 μέρες από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Πιθανόν η αναλογία στηριζόμενοι στα αποτελέσματα να οφείλεται στην αναλογία των 4:1 και εάν ήταν 8:1 να υπήρχαν 5000 νεκροί ασθενείς. Επομένως η διαφορά αυτή των 1000 ατόμων μπορούσε να αποφευχθεί στηριζόμενοι στην επιφύλαξη των αποτελεσμάτων της στελέχωσης. Έτσι τα αποτελέσματα μιλούν από μόνα τους στην έρευνα και δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομεία με υψηλότερα ποσοστά ασθενών ανα νοσηλεύτη έχουν την πιθανότητα να εμφανίσουν το σύνδρομο του burnout όπου θα επιφέρει τρομερές επιπτώσεις στην κοινότητα (διπλάσιες πιθανότητες δυσαρέσκειας με το επάγγελμα συγκρίνοντας πάντα με νοσοκομειακές μονάδες με τα πιο χαμηλά ποσοστά και στη συνέχεια να εγκαταλείψουν τις θέσεις εργασίας τους εξαιτίας της κόπωσης μέσα σε ένα μόλις χρόνο) Τέλος επιπρόσθετες αναλύσεις από τους ερευνητές Linda H. Aiken et al (2002), παρουσιάζουν τα συμπεράσματα σχετικά με τις επιπτώσεις της στελέχωσης συνάμα με το μέγεθος των επιδράσεων και φαίνονται όλα παρόμοια, κάτω από μια ομπρέλα ποικίλων προδιαγραφών. Η επίδραση της συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας που αφορά την στελέχωση δεν είναι γραμμική με αποτέλεσμα να υπάρχει ποικιλία όσον αφορά τα επίπεδα στελέχωσης. Έτσι δεν βρέθηκε κανένα αποδεικτικό στοιχείο σε αυτό το δείγμα της συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας της Πενσυλβάνιας να έχει διαφορετικές επιπτώσεις σε κάθε ξεχωριστό επίπεδο στελέχωση. Σημαντικό στοιχείο που είναι απαραίτητο να

αναφερθεί είναι ότι ο περιορισμός της έρευνας σε ασθενείς σε γενική, και χειρουργικό τμήμα όπου έγιναν επεμβάσεις και ο θάνατος των ασθενών σε αγγειακό τμήμα (όπου συνήθως οι ασθενείς έχουν πιο πολλές επιπλοκές), δεν επηρέασαν καθόλου τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας.

5.3 Συμπεράσματα

Εν ολίγοις από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της εν λόγω διατριβής, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει η ανάγκη για μια ξέφρενη και τρομακτική αλλαγή στο χώρο της υγείας, όπου μόνο με αυτό τον τρόπο θα μειωθούν τα προβλήματα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συμπερασματικά, μόνο τότε θα διορθωθεί το γενικό σύστημα υγείας , μόνο τότε θα μένουν ικανοποιημένοι οι λειτουργοί υγείας από το επάγγελμα τους και μόνο τότε οι ασθενείς θα είναι ευχαριστημένοι από την ποιότητα και την φροντίδα που θα τους προσφέρεται.

5.4 Προτάσεις- Εισηγήσεις

Βασιζόμενοι στην έρευνα τους οι Sung-Hyun Cho et al (2009), πιστοποιούν άφοβα ότι ο συνδυασμός όλων των χαρακτηριστικών (π.χ θέση, εργασία, οικογένεια, παιδιά, εργασιακή εμπειρία) μαζί με την ποιότητα των αποτελεσμάτων φροντίδας, υποδεικνύουν την ανάγκη για εξέταση των επιπτώσεων που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, ούτως ώστε να βελτιωθούν και να υπάρχουν θετικά αποτελέσματα σε θέματα που αφορούν το προσωπικό και τους ασθενείς αλλά και το όλο σύστημα υγείας γενικότερα. Μέσα από τα αποτελέσματα της μελέτης τους ο Yanwei Ding και οι συνεργάτες του (2014) εκφέρουν την άποψη ότι επιβάλεται να αναπτυχθούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις για το άγχος- εξουθένωση και αυτό γιατί μέσα απο όλη αυτήν την διεργασία της έρευνας τους διαφάνηκε ότι μέσα από την επαγγελματική εξουθένωση μεσολαβεί το άγχος και το επαγγελματικό στρες όπου προκαλεί ανησυχία και κατά συνέπεια δεν δίνεται η σωστή ποιότητα φροντίδας. Παράλληλα εκφέρεται η γνώμη ότι διαχειριστές της υγείας πρέπει να γνωρίζουν τον τρόπο για να επικροτήσουν την επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας και να εξασφαλίσουν ταυτόχρονα καινούργιες στρατηγικές ούτως ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας των εργασιών της ποιότητας φροντίδας προς τους ασθενείς. Ο Gomez-Gasco'n et al (2013) υποστηρίζει ότι είναι σημαντικό να υποστηριχθούν

οργανωτικά μέτρα για την πρόληψη του συνδρόμου αυτού και να παρέχονται επαγγελματίες υγείας που να κατέχουν τρόπους στρατηγικής αντιμετώπισης. Μια άλλη μελέτη στον Καναδά έδειξε ότι η ψυχολογική ενδυνάμωση στους λειτουργούς υγείας όσον αφορά την ποιότητα μπορεί να μειώσει τις επιδράσεις αυτών των στρεσογόνων παραγόντων της εξουθένωσης (Boudrias et al, 2012). Επιπρόσθετα ο Inmaculada Glian –Munoz μαζί με τους συνεργάτες του (2016) λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη την πρόληψη των κινδύνων που караδοκούν τους λειτουργούς υγείας και κατά συνέπεια τους ασθενείς και το σύστημα υγείας γενικότερα, προτείνουν την ανάπτυξη των προγραμμάτων ψυχολογικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης που θα αφορά την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγεία από την εργασία τους. Παράλληλα σύμφωνα με τον Singh (2009) και τους συνεργάτες του αυτά τα προγράμματα θα πρέπει λογικά να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα σε διάφορα επίπεδα. Πρώτο βήμα θα είναι εν ενεργόν πράξεις όπου θα έχουν στόχο την οργάνωση και το περιβάλλον γενικότερα, εξάλειψη ή την μείωση αγχωτικών παραγόντων στο ελάχιστο δυνατό μέσω της στρατηγικής διαχείρισης που θα επικρατεί και σε περίπτωση κινδύνου του φαινομένου της βίας θα υπάρξει δημιουργία πολιτικών μηδενικής ανοχής της βίαιης συμπεριφοράς (Nachreiner et al, 2005). Δεύτερο βήμα οι παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν πρέπει να αφορούν τους λειτουργούς υγείας μόνο και μέσω της σωστής οργάνωσης να καταπολεμηθούν οι επιπτώσεις τους στρες και μέσω κάποιου ειδικού προγράμματος να γίνει ένας σωστός διαχωρισμός και να εντοπιστούν τα άτομα που θέλουν πιο λίγη βοήθεια και τα άτομα που θέλουν περισσότερη βοήθεια (Lopez- Araujo et al, 2007). Ο Ramirez και οι συνεργάτες του (1996) προτείνουν εύστοχες λύσεις, υποστηρίζονταν επαρκή ανάπαυση, όπου είναι ένας επιπλέον παράγοντας που προσφέρει αρχικά ασφάλεια για τους ασθενείς και μετά ευημερία για τους αναισθησιολόγους. Επίσης όσον αφορά την οργανωτική πλευρά, η εργασία στο χειρουργείο θέλει συνεργασία και έτσι δημιουργείται μια τρομερή υπερφόρτωση επαγγελματικού άγχους, για αυτό προτείνεται από τους Calumbi et al (2010) να γίνεται δηλαδή μια περιοδική παρακολούθηση της ψυχικής και σωματικής υγείας ούτως ώστε να γίνει σωστός συνδυασμός των εκπαιδευτικών διοικητικών αλλαγών μέσα από διεπιστημονικές ομάδες, όπως για παράδειγμα να υπάρχει χαλαρή μουσική στο χειρουργείο κατά την διάρκεια μιας πολύωρης επέμβασης, ώστε να μειωθεί το άγχος, η κόπωση. Οι Laschinger & Leiter (2006), μέσα από την δική τους έρευνα υποστηρίζουν τη διατήρηση των μοντέλων που αφορούν την κατανόηση του τρόπου εργασίας, αλλά και οι απαιτήσεις των συγκεκριμένων μοντέλων να βοηθούν στην μειωμένη πιθανότητα υποβολής εκθέσεων σε ανεπιθύμητες συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπρόσθετα οι Halbesleben & Bowler (2007) προτείνουν μέσα από τα δικά τους αποτελέσματα τη δημιουργία άλλου μοντέλου που να μπορεί να

προσφέρει κίνητρα και προοπτικές για τους επαγγελματίες υγείας ούτως ώστε να έχουν την καλή διάθεση να δουλέψουν και να αντιμετωπίζουν το κάθε λάθος που θα συμβεί χωρίς δυσκολία και άγχος. Ο Jonathon R.B. Halbesleben μαζί με τους συνεργάτες του (2008), πιστεύουν ότι μέσα από την κοινή γνώμη και τον διάλογο μπορούν να λυθούν κάποια λάθη. Δηλαδή ότι μέσα από την καταγραφή όλων των προβλημάτων ανα βδομάδα ή και ανά μήνα, υπάρχει η ευχέρεια να γίνεται μια μικρή διάσκεψη επαγγελματιών υγείας που έκαναν λάθη και μέσα από τον κοινό διάλογο και την τεκμηρίωση λύσεων θα υπάρχει σίγουρα το ενδεχόμενο για προσπάθεια βελτίωσης ή ακόμη και πλήρης βελτίωσης σε ορισμένα θέματα. Εν τω βάθει οι Doris C. Vahey et al (2004), αναλύουν τις ανεπιθύμητες αυτές συνέπειες, τονίζοντας ότι λύσεις υπάρχουν φτάνει να γίνουν χρήση. Δηλώνουν ότι οι αλλαγές μέσα από το εργασιακό περιβάλλον, δίνουν την δυνατότητα στους νοσηλευτές να μπορούν μέσω της ποιότητας και της φροντίδας να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ασθενών και ταυτόχρονα δίνεται η ευκαιρία στη νοσοκομειακή μονάδα να σταθεροποιήσουν το εργατικό δυναμικό τους άφοβα, χωρίς την αμφιβολία της εγκατάλειψης από το επάγγελμα. Παράλληλα τονίζουν ότι καλό θα ήταν να δίνεται κάποιου είδους έπαινος στους επαγγελματίες υγείας ως ένδειξη εκτίμησης και σεβασμού για το έργο που προσφέρουν με σκοπό να τους δίνουν κίνητρα ανέλιξης και όχι ματαιοδοξίας, έτσι ώστε να νοιώθουν και οι ίδιοι προσωπικά ολοκληρωμένοι. Επιπρόσθετα είναι απαραίτητο να γίνεται περισσότερη έρευνα σε θέματα που αφορούν μηχανισμούς όπου συνδέονται με οργανωτικά χαρακτηριστικά και αποτελέσματα. Η Linda H. Aiken μαζί με τους συνεργάτες της (2002) στηρίζουν ότι θα υπήρχαν σημαντικές μειώσεις στα ποσοστά θνησιμότητας με την αύξηση σε θέματα στελέχωσης κυρίως σε ασθενείς που υποτροπιάζουν πιο συχνά. Έτσι αφού θα υπάρχει στελέχωση θα υπάρχει και η απαραίτητη ικανοποίηση από τους εργαζόμενους για το επάγγελμα τους. Παράλληλα οι ερευνητές προτείνουν την ψήφιση νόμου όπου θα συνοδεύεται από την μείωση του κύκλου εργασιών μέσω της σωστής αναλογίας ασθενών ανα επαγγελματία υγείας. Ακόμη βασιζόμενοι σε δημοσιευμένες εκτιμήσεις του κόστους αντικατάστασης μιας νοσοκομειακής μονάδας σε θέματα που αφορούν την στελέχωση κοστίζει από 42000\$ σε 64000\$, δηλαδή 22000\$ περισσότερα. Αυτά όμως τα 22000\$ μπορεί να κοστίζουν έξτρα στη νοσοκομειακή μονάδα αλλά με αυτά τα χρήματα δεν θα σωθούν μόνο ζωές αλλά θα μειωθεί ο κύκλος εργασιών των επαγγελματιών υγείας και θα υπάρξει και μείωση του κόστους στην νοσοκομειακή μονάδα γιατί θα υπάρχει πλέον πλήρης στελέχωση και περισσότερη εμπιστοσύνη από τους ασθενείς για να νοσηλευτούν κοντά τους (Nursing Executive Committee, 2000). Στα ίδια πιστεύω στηρίζεται και η έρευνα των Linda H. Aiken μαζί με τους συνεργάτες της όπου εκδηλώνουν τα πιστεύω τους μέσα από την έρευνα

δηλώνοντας ότι μέσα από την βελτιωμένη στελέχωση και τους μεγαλύτερους αριθμούς ασθενών που θα νοσηλεύονται δεν θα βρίσκονται πλέον σε υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας και θα νοιώθουν περισσότερη ικανοποίηση για την ποιότητα και φροντίδα που προσφέρεται.

Βέβαια υπάρχουν και κάποιες φορές οι επαγγελματίες υγείας στην προσπάθεια τους να διατηρήσουν τους πόρους και να εκπληρώσουν το έργο τους βιάζονται και βρίσκουν γρήγορες λύσεις όπου κάποιες φορές ονομάζονται όντως λύσεις και κάποιες φορές προκαλούν αναστάτωση. Οι λύσεις αυτές στη συνέχεια μπορεί να οδηγήσουν σε καινούργια προβλήματα και επιχειρησιακές αδυναμίες που θα οδηγήσουν σε λάθη σημαντικά από μέρος των νοσηλευτών. Καθώς αυξάνεται το ποσοστό της επαγγελματικής εξουθένωσης υπάρχει το ενδεχόμενο να αποτρέψει τους επαγγελματίες υγείας να εξετάσουν το πρόβλημα για να βρουν λύσεις και να οδηγηθούν σε μεγάλη απειλή για το σφάλμα (Tucker, 2004 & Tucker, Edmondson, 2003). Οι Jonathon R.B. Halbesleben et al (2008), μέσα από τα ευρήματα της έρευνας τους καταδεικνύουν την ανάγκη για να αντιμετωπιστούν οι ανησυχίες που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση και τους νοσηλευτές. Επίσης καγράφουν ότι παρότι ένας μεγάλος αριθμός παρεμβάσεων έχουν προταθεί για την μείωση του συνδρόμου αυτού, εντούτοις οι έρευνες που αφορούν τα αποτελέσματα των προγραμμάτων που γίνονται έχουν περιοριστεί κατά πολύ και αυτό εξαιτίας των εκατοντάδων άλλων αιτιών που προκαλούν καθημερινώς την εξουθένωση σε λειτουργούς υγείας. Εντούτοις βασιζόμενοι στα αποτελέσματα της έρευνας της Linda H. Aiken μαζί με τους συνεργάτες της (2002) όταν ληφθούν υπόψη όλες αυτές οι επιπτώσεις που караδοκούν τους επαγγελματίες υγείας, τότε είναι που θα επιτευχθεί το πιο σημαντικό πράγμα στον πλανήτη, η αποτροπή του θανάτου. Με τον τρόπο της στελέχωσης είναι δυνατό να αποτρέψουν τα μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας που υπάρχουν καθημερινώς εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας.

5.5 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Σαν προέκταση της έρευνας αυτής καλό θα ήταν στο μέλλον οι ερευνητές να ασχοληθούν περαιτέρω με τους παράγοντες που είναι δυνατό να επηρεάσουν τους λειτουργούς υγείας και να προσληφθούν άθελα τους από το σύνδρομο αυτό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ακόμη θα ήταν ιδιαίτερα πολύτιμο εάν γινόταν μια συνδυασμένη έρευνα στην οποία θα ερευνώνταν οι απόψεις όλων των ειδών επαγγελματιών υγείας, τόσο το ιατρικό-παραϊατρικό προσωπικό, όσο και οι νοσηλευτές και γενικότερα όλοι όσοι επαγγελματίες υγείας εργάζονται στο χώρο της υγείας. Αυτό θα αποσκοπεί στο να προσδιοριστούν καλύτερα οι συνέπειες που

τους διακατέχουν από το πρόβλημα αυτό της εξουθένωσης. Τέλος, με την βοήθεια όλων των απόψεων υπάρχει μια μεγάλη πιθανότητα να εξομαλυνθεί η όλη τραγική –ματαιόδοξη αυτή κατάσταση που ταλαιπωρεί τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τους ασθενείς αλλά νοσεί και όλο το σύστημα υγείας. Χωρίς επαγγελματίες υγείας ο κύκλος εργασιών δεν μπορεί να ολοκληρωθεί από μόνος του.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

1. Αδαλή, Ε. & Πριάμη, Μ., & Πλατή, Χ. (2000) . Επίδραση δημογραφικών επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών, στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, *Νοσηλευτική*, 4, σελ.: 313-324.
2. Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. (1992) *Παραγοντική Σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών*. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5, (3), σελ.: 183-202.
3. Βικιπαίδεια, (2006) Αποπροσωποποίηση. Ανάκτηση Άνοιξη 2006 από [https:// el.wikipedia.org/wiki/ Αποπροσωποποίηση](https://el.wikipedia.org/wiki/Αποπροσωποποίηση)
4. Δημητρόπουλος, Χ. & Φιλίππου, Ν. (2008) Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχαία ελληνικής Ιατρικής*, 25, (5), σελ.: 642-647.
5. Διλιντάς, Α. (2010) Μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο πρόσωπο ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27, (3), σελ.: 498-508.
6. Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Λιάσκος, Ι., Ρουμελιώτη, Ι., Φωκά, Α., & Πιστόλης, Ι. (2009) Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, *Νοσηλευτική*, 48,(2), σελ.: 190-199.
7. Δούκα, Μ. (2003) <<Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή burnout: στην κοινωνική εργασία >>, *Κοινωνική Εργασία*, 70, σελ.: 97-108.
8. Θεοφίλου, Π. (2009) Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας*, σελ.: 41-50.
9. Κάντας, Α. (1996) Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας- πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3 σελ.: 71-85.
10. Κάντας, Α. (1998) Οργανωτική και βιομηχανική ψυχολογία: 1^ο μέρος :Κίνητρα, Επαγγελματική ικανοποίηση, Ηγεσία . *Ελληνικά Γράμματα*. Αθήνα
11. Κουτελέκος, Ι. & Πολυκαρδιώτη, Μ. (2007) *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (burnout syndrome)*, Το βήμα του Ασκληπιού, (1), σελ.: 1
12. Μάρκου, Π. (2005) Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων, *Επιθεώρηση Υγείας*, 16, σελ.: 21-25.

13. Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργώ- Β φάσης (2005). *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. [http://www.scribd.com/ Maslach-Burnout-Inventory](http://www.scribd.com/Maslach-Burnout-Inventory)
14. Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ. & Νιάκας Δ. (2007) Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ελλήνων νοσηλευτών. *Αρχεία ελληνικής Ιατρικής*, 24, (1), σελ.: 75-84
15. Παππάς, Ε. Α. & Αναγνωστόπουλος, Φ. & Νιάκας, Δ. (2008) Επαγγελματική Εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25, (1), σελ.: 94-101.
16. Σιαχίνη- Καρδάση, Α., (2007). *Μεθοδολογία Έρευνας –Εφαρμογές στο χώρο της υγείας*, Γ Έκδοση. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις Αθήνα.

Διεθνής

1. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization and quality of care : cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, pp:5-13.
2. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., Silber, J. H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), pp.: 1987-1993.
3. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, JA., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, AM., Shamian, J. (2001) . Nurses reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*,20, pp:43-53.
4. Altun, I. (2002). Burnout and nurses personal and professional values. *Nurs Ethics*, 9 (3), pp: 269-278.
5. American Association of Critical Care Nurses. (2005). *AACN standards for establishing and sustaining health work environments*. Aliso Viejo, CA: Author.
6. Antoniou, A. S. (1999). Personal traits and professional burnout in health professionals. *Archives of Hellenic Medicine*, 16 (1), pp: 20-28.
7. Arnold, J., Cooper, C. L., & Robertson, I. T. (1995). *Work Psychology: Understanding human behavior in the work place*. 2nd ed. London: pitman.
8. Ayranci, U., Yenimez, C., Balci, Y., & Kaptanoglu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal Interpersonal Violence*, 21, 276-296.
9. Bakker, A. B., Killmer, C.H., Siegriest, J. & Schaufeli, W.B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31: 884-891
10. Barboza, JIRA., Beresin, R. (2007). Burnout syndrome in nursing undergraduate students. *Einstein*, Sao Pulo, 5(3) pp:166-169
11. Blegen, M. A. (1993). Nurses job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *NursingResearch*,42, pp:36-41.
12. Boudrias, JS., Morin, AJ.,Brodeur, MM. (2012). Role of psychological empowerment in the reduction of burnout in Canadian healthcare workers. *Nurs Health Sci*, 14, pp:8-17.
13. Boumans, N.P.G. & Landeweerd, J.A. (1996). A Dutch studyof effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. *Journal of Advanced Nursing*, 24, pp: 16-23

14. Burke, R. J., & Deszca, E. (1986) Correlates of psychological burnout phases among police officers. *Human Relations*. 39, pp: 487-502.
15. Burke, R. J., & Green glass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work- family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*,(32), pp.: 126-138.
16. Calumbi, RA., Amorim, JA., Maciel, CMC. (2010). Avaliacao da qualidade de vida dos anestesiolistas da cidade do Recife. *Rev Bras Anesthesiol*, 60, pp: 42-51.
17. Canadian Psychology/Psychologie canadienne, Vol 29(3), pp.: 284-297.
18. Carlotto, MS., Nakamura, AP., Camara SG. (2006) Síndrome de burnout em estudantes universitariow da area da saude, *Psico*. 37(1) pp:57-62.
19. Carneiro, AF. (2011). Síndrome se burnout em anestesia. *Anest Rev*. 5, pp:16-17.
20. Central and Eastern European Harm Reduction Network (2006). *Burnout Syndrome : Prevention and Management*. Handbook for workers of harm reduction programs.
21. Chen W., & Hirschheim R., (2004). A paradigmatic and methodological examination of information systems research from 1991 to 2001. *Information Systems Journal*, 1 (14), pp: 197-235.
22. Cherniss, C. (1980) Professional burnout in human service organizations. New York:Prager
23. Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Preager.
24. Cho , S. H., June, K. J., Kim, Y. M., Cho, Y. A., Yoo, C. S., Yun, S. Sung, Y. H. (2009). Nurse staffing quality of nursing care and nurse job outcomes in intensive care units. *Journal of clinical nursing*, 18, pp: 1729-1737
25. Chung, M.C. & Harding, C. (2009). Investigating burnout and psychological well-being of staff working with people with intellectual disabilities and challenging behaviour : the role of personality. *Journal of applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, pp: 549-560.
26. Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
27. 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) , pp: 57-63

28. Demir, A., Ulosoy, M., & Ulosoy, M. F. (2003) << Investigation of factors influencing burnout level in professional and private lives of nurses>>, *International Journal of Nursing Studies*, (40), pp: 807-827.
29. 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: pp: 807-827
30. Di Martino, V. (2002). *Workplace violence in the health sector: Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study*. Geneva, Switzerland: International Work Organization.
31. Ding, Y., Qu, J., Yu, X., Wang, S. (2014). The Mediating Effects of Burnout on the relationship between anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China. *Plos one*. 9, pp: 1-7
32. Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. New York: Human Sciences Press.
33. Eduardo dos Santos, F., Alves, JA., Rodrigues, AB. (2009). Burnout syndrome in nurses in an Intesive Care Unit. *Einstein*, 7 : 58-63
34. Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A. & Hannigan, B. (2001). A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 36, (6), pp: 805-813.
35. Erlen, JA., Sereika, SM. (1997). Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *J Adv Nurs*, 26, pp: 953-961.
36. Fernandez, TB., Roldan, PLM., Guerra, VA. (2006). *Prevalence of burnout among anesthesiologist at hospital*. University Virgen Macarena de Sevilla. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 53, pp: 359-362.
37. Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, G., Argentero, P. (2013). Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers : the role of organizational and peisonal factors .*J Clin Nurs*,22, pp: 2614-2624.
38. Figueiredo-Feraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P.R., & Garcia-Jueas, J.A. (2012). Worplace burnout and job satisfaction in nursing staff. *Psicothema*, 24, pp:271-276.
39. Firth- Cozens, J., & Payne, R. (1999). *Stress in health professionals: Psychological and Organisational causes and interventions*. U.K.: John Wiley & Sons ltd.

40. Freudenburger, H. J. (1974) << Staff Burnout >>, *Journal of social issues*,(30) pp.: 159-165
41. Galian- Munoz, I., Hernandez, J. R., Llon-Esteban. B., Lopez-Garcia. C. (2016). User Violence Nursing Staff Burnout : The Modulating role of job satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence*,31(2), pp: 302-315.
42. Gao, Yo., Pan, BC., Sun, W., Wu, H., Wang, L. (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*,12, pp: 141-149.
43. Gomez-Gascon, T., Martin-Fernandez, J., Galvez-Herrer, M., Tapias-McCrino, E., Beamud-Lagos, M. (2013). Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract*.14, pp: 173-179.
44. Greco, P., Laschinger, H.K., & Wong, C. (2006). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/ burnout. *Can J Nurs Leaders*, 19, (4), pp: 41-56.
45. Grunfeld, E., Whelan, T. J., Zitzelsberger, L., Willan, A.R., Montesanto, B., & Evans, W.K. (2000) Cancer care workers in Ontario:prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Journal of the Canadian Medical Association*, 163, pp.: 166-169.
46. Gunnarsdottir, S., Clarke, SP., Rafferty, AM., Nutbeam, D. (2007). Front-line management , staffing and nurse- doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 10, :p 1016.
47. Halbesleben, J. R. B., Bowler, W.M. (2007). Emotional exhaustion and job performance :The mediating role of motivation. *Journal of Applied Psychology*,91, pp:93-106.
48. Halbesleben, J. R. B., Wakefield, B. J., Wakefield, D. S., Cooper, L. B. (2008). Nurse Burnout and Patient Safety outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 30 (2), pp.:560-577.
49. Hansen, N., Sverke, M., & Naswall, K. (2009) Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownerships: A cross- sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 46, pp: 96-107

50. Hartz, AJ., Krakauer, H., Kuhn, EM. (1989) . Hospital characteristics and mortality rates. *New England Journal Med*, 321, pp:1720-1725.
51. Ilhan, MN., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., Bumin, MA., (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaires survey. *J Adv Nurs*, 61 (1), pp:100-106.
52. Irvine, D. M., & Evans, M. G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44, pp: 246-263.
53. Janssen, P.P.M., & Bakker, A.B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions : a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29, pp: 1360-1369.
54. Jimmieson, N. L. (2000). Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 14(3), pp: 262-280.
55. Kahill, S. (1988). *Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence*.
56. Kitze, S., Rodrigues AB. (2008). Burnout in oncology:a study of nursing professionals.*Einstein*, Sao Paulo. 6(2) pp:128-133.
57. Lankshear, AJ., Sheldon, TA., Maynard, A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes : a systematic review of the international research evidence. *Advances inNursing Science*, 28, pp: 163-174.
58. Laschinger, H.K.S., Leiter, M.P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes:The mediating role of Burnout. *Journal of Nursing Administration*, 36(5), pp: 259-267.
59. Lazarfeld P. F., & Rosenberg M.(1955). "*The Language of Social Research*" Glencoe, III The Free Press, p.4
60. Lazarus RS & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer.
61. Lederer, W., Kinzl, JF., Trefalt, E. (2006). Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand.*,50, pp: 58-63.
62. Leiter, M., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behaviour*, 9, pp: 297-308
63. Leiter, M., & Maslach, C. (2005).*Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationships with work*. San Fransisco: Jossey- Bass.

64. Lopez-Araujo, B., Ose-Segovia, A., & Peiro, J. M. (2007) The moderating role of work engagement in the relationship with stress and job satisfaction. *Psicothema*, 18, pp: 81-87.
65. Magalhaes, E., Oliveira, A. C. M., Goveia, C.S., Ladeira, L. C. A., Queiroz, D. M., Vieira, C. V. (2015). Prevalence of Burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65 (2), pp: 104-110.
66. Mark, BA. (2002). What explains nurses perceptions of staffing adequacy. *Journal of Nursing Administration*, 32, pp: 234-242.
67. Maslach, C. (1976) Burned-out, *Human Behavior*, vol. 9, pp: 16-22.
68. Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Inc., New Jersey.
69. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*, California: Consulting Psychologists Press.
70. Maslach, C., Leiter, M. P. (1997) *The truth about Burnout*, Jossey-Bass, New York, NY.
71. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*, 2, pp:99-113.
72. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*,(5), pp.: 133-153.
73. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). *The role of sex and family variables in burnout*. *Sex Roles*, 12,pp.: 837-851.
74. Maslach, C., Shaufeli, WB., Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, pp.: 397-422.
75. Maslach, C., Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, (6) pp: 100-113.
76. Mcvicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44, pp: 633-642.
77. Meltzer, L. S., & Huckabay, L. M. (2004). Critical care nurses perceptions of futile care and its effects on burnout. *American Journal of Critical Care* , 13 (3): 202-208
78. Merillie D., & Paoli P. (2001). Δέκα χρόνια συνθήκες εργασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. www.disable.gr
79. Milisen, K., Abraham, I., Siebens, K., Darras, E., & Dierckx de Casterle, B. (2006). Work environment and workforce problems : a cross- sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud.*, 43, (6), pp: 745-754.

80. Nachreiner, N.M., Gerberich, S. G., McGovern, P. M., Church, T.R., Hansen, H.E., Geisser, M.S., & Ryan, A.D. (2005). Relation between policies and work related assault: Minnesota Nurses Study. *Occupational & Environmental Medicine*, 62, pp: 675-681.
81. Nursing Executive Committee. (2000). *Reversing the flight of talent: Nursing retention in an era of gathering shortage*. Washington, DC, Advisory Board Co.
82. Nyssen, A., Hansez, I. (2008). Stress and burnout in anaesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol*,21, pp: 406-411.
83. Papastaurou, E., Efstathiou, G. & Charalambous, A. (2010). Nurses and patients perceptions of caring behaviours : quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of advanced nursing*, pp: 1-15
84. Parsons T.(1937). "*The Structure of Social Action*" . New York, McGraw-Hill, pp:23-24
85. Patrick, K., Lavery, JF. (2007). Burnout in nursing. *Aust J Adv Nursing*, 24(3), pp:43-48.
86. Pearlman, B., Hartman, EA.(1982). Burnout: summary and future research. *Hum Relat*,35, pp: 283-305.
87. Pines, A. M. & Aronson, E. (1988). *Career burnout:Causes nad cures*. New York: Free Press
88. Pines, A. M. (1986). Who is to blame for helpers burnout ? *Environmental impact. In C.D. Scott & J. Hawk, Heal Thyself : The health of health care professionals*. New York : Bruner / Mazel Pyblications.
89. Pines, A. M. (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (2nd ed.), pp. 386-403. New York: Free Press.
90. Pines, A. M. (1996). *Couple burnout*. New York: Routledge.
91. Poncept MC ., Toullic P., Papazian L., Kentish- Bames N., Timsit JF., & Pochard F.(2007) *Burnout Syndrome in critical care nursing staff*. *Am J Respir Crit Care Med* , 175(7) : pp. 698-704
92. Rafferty, AM., Clarke, SP., Coles, J., Ball, J., James, P., Mckee, M., Aiken, LH. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English Hospital : cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 44, pp: 175-182.

93. Ramirez, AJ., Graham, J., Richards M., Cull, A., Gregory WM.(1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 347 (9003) : pp724-728.
94. Roberto, M.A., Bohmer, R.M.J., Edmondson, A.C. (2006). Facing ambiguous threats. *Harvard Business Review*, 84(11), pp:106-113.
95. Rosa, C., & Carlotto, MS. (2005). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *SBPH*.8 (2), pp: 1-15.
96. Schraubetal, S., & Marx, E. (2004). Burn out syndrome in oncology. *Bull Cancer*, 91 (9), pp: 666-673
97. Schwarz, R., Gunzelmann, T., Hinz, A. (2001). *Anxiety and depression in the normal population aged above 60 years*. Deut Med Wochenschr, 126, pp:611-615.
98. Shanafelt, T., Sloan, J., Habermann, T. (2003). The well-being of physicians. *Am J Med.*, 114, pp:513-559.
99. Shortell, SM., Hughes EFX. (1988).The effects of regulation, competition and ownership on mortality rates among hospital inpatients. *New England Journal Med*, 318, pp:1100-1107.
100. Silber, JH., Kennedy, SK., Even-Shoshan, O. (2000). Anesthesiologist direction and patient outcomes. *Anesthesiology*, 93, pp:152-163.
101. Singh, N.N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, A. N., Adkins, A. D., & Singh, J. (2009). Mindful staff can reduce the use of physical restraints when providing care to individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, pp: 194-202.
102. Svensen, E., Arnetz, BB., Ursin, H. (2007). Health complaints and satisfied with the job? A cross sectional study on work environment, job satisfaction and subjective health complaints. *J Occup Environ Med*, 49, pp:32-41.
103. Tucker, A.L. (2004). The impact of operational failures on hospital nurses and their patients. *Journal of Operations Management*,22, pp: 151-169.
104. Tucker, A.L., Edmondson, A.C. (2003). Why hospitals do not learn from failures : Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, 45, pp:55-72.
105. Vachon, M. L. S. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*. New York: Hemisphere Publ. Co.
106. Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*, 42, (2), pp: 57-66.

107. Van Servellen, G., Leake, B. (1993). Burn- out in hospital nurses : a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical, and intensive care unit nurse samples. *J Prof Nurse*, 9, pp:169-177.
108. Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, pp:129-148.
109. Wu, SY., Li, HY., Tian, J., Zhu, W., Li, J. (2011). Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Ind Health*, 49, pp: 158-165.
110. Zhang, X., Smith, DR., Zheng, Y., Wang, RS. (2011). *Occupational stress and psychosomatic complaints among health professionals in Beijing*. China, 40, pp:239-245.
111. Zung, WW. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, pp:371-379.