



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών

Ιωάννου Κωνσταντίνος

Εποπτεύων καθηγήτρια: Δρ. Μιχαλοπούλου Έλενα

Πάτρα -2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Μιχαλοπούλου Έλενα για την πολύτιμη βοήθειά της στην εξαγωγή της πτυχιακής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία παραθέτει το θέμα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές. Ο σκοπός της είναι μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης να παρουσιάσει το σύνδρομο όσο πιο αναλυτικά γίνεται από όλες τις δυνατές πλευρές, να παραθέσει τα προβλήματα που οδηγούν στην εμφάνιση του και να εστιάσει στους τρόπους αντιμετώπισής που πρέπει να ληφθούν για την εξάλειψή του. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση στηρίχτηκε στη μελέτη της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας και η αναζήτησή της ήταν εξαντλητική και επαναλαμβανόμενη κατά το διάστημα της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας. Μερικές από τις βάσεις δεδομένων ήταν το PubMed, Google Scholar και Sci EIo. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν κατά της διάρθρωση της πτυχιακής εργασίας ήταν ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι κάτι πραγματικό, όπου πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη καθώς μπορεί να οδηγήσει σε πολύ αρνητικές καταστάσεις. Διακατέχονται κατά κύριο κανόνα οι πλείστοι των νοσηλευτών, όπως και φοιτητές ενώ το πιο σημαντικό είναι να γίνουν γνωστοί και να εφαρμοστούν οι τρόποι αντιμετώπισής του ώστε να εξαλειφθεί.

Λέξεις κλειδιά: Σύνδρομο, Επαγγελματική εξουθένωση, Stress, Νοσηλευτές.

ABSTRACT

The present work describes the syndrome of nursing burnout. The purpose of this study was to discuss this phenomenon through an extensive literature review, to identify the problems that contribute to its existence as well as to emphasize preventative actions that could be taken in order to prevent its occurrence. The literature review consisted of international literature and the search was extensive. The databases used were PubMed, Google Scholar and Sci Elo. The conclusions from this present review are that burnout syndrome is an identified problem of importance and should be prevented since it could potentially lead to negative results. Nurses as well as student nurses are likely to suffer from burnout, thus it is important to identify potential causes and take preventative measures.

Keywords: Burnout Syndrome, Stress, Nurses.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο 1: Ιστορική αναδρομή, τρόποι καταγραφής και συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης	9
1.1 Ιστορική αναδρομή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	9
1.2 Τρόποι καταγραφής του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.	10
1.2.1 Cristina Maslach και Burnout Inventory (MBI)	10
1.2.2 The Copenhagen Inventory (CBI).	13
1.2.3 Η εναντίωση του CBI έναντι του MBI.	15
1.2.4 The Oldenburg Burnout Inventory (OLBI).	17
1.3 Συμπτώματα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	18
Κεφάλαιο 2: Αιτίες εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	21
2.1 Γιατί συμβαίνει η επαγγελματική εξουθένωση	21
2.2 Πως επηρεάζει η ποιότητα, το εργασιακό περιβάλλον και οι συνθήκες της εργασίας το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.	26
2.3 Πως επηρεάζει η βία το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.	31
Κεφάλαιο 3: Που παρουσιάζονται μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και γιατί	33
3.1 Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και φοιτητές	33
3.2 Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και μονάδες εντατικής θεραπείας.	35
3.2.1 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.	36
3.2.2 The alarm fatigue effect... ..	37
3.2.3 Προσωπικοί παράγοντες... ..	37
3.2.4 Περιστασιακοί παράγοντες	39

3.3 Η διαφοροποίηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στις διάφορες μονάδες εντατικής θεραπείας	40
Κεφάλαιο 4: Αρνητικές συνέπειες του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	43
4.1 Λοιμώξεις	43
4.2 Οι δυσκολίες των μονάδων εντατικής θεραπείας λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης	48
Κεφάλαιο 5: Τρόποι αντιμετώπισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	52
5.1 Η αξία της εκτίμησης του εαυτού.	53
5.2 Yoga	54
5.3 Γνωστική ελαστικότητα και προσαρμοστικότητα	55
5.4 Η καταγραφή σκέψεων σε χαρτί και ακουστική θεραπεία	55
5.5 Κατάλληλο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον	56
5.6 Υγιής τρόπος ζωής και σχετικά προγράμματα	57
5.7 Ο συνδυασμός δουλειάς και νοσηλευτικής εκπαίδευσης συγκεκριμένα για την επαγγελματική εξουθένωση των φοιτητών	58
5.8 Η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης ως καταλύτης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	59
Συμπεράσματα.....	64
Βιβλιογραφία	65

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας όπου το άγχος και το stress διακατέχουν γενικότερα τη κοινωνία λόγω των πολύ γρήγορων ρυθμών και της ραγδαίας και απότομης εξέλιξης δεν θα μπορούσε να μείνει ανέπαφος και ο τομέας της υγείας. Το αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout). Ο τομέας της υγείας και συγκεκριμένα το επάγγελμα του νοσηλευτή διακατέχεται και διακρίνεται από την πολύ έντονη πίεση και τις πολύ μεγάλες απαιτήσεις του. Το γεγονός ότι η ανθρώπινη ζωή παρευρίσκεται στη μέση είναι και ο κύριος παράγοντας που κάνει αυτό το επάγγελμα επώδυνο αλλά και δύσκολο.

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι πλέον κάτι δεδομένο παγκοσμίως (Poncet et al. 2007), μια μάστιγα που σίγουρα δεν πρέπει να περάσει απαρατήρητη. Ο χώρος εργασίας, το εργασιακό περιβάλλον (συνάδελφοι, ανώτεροι, ασθενείς, συγγενείς ασθενών), το οικογενειακό και οικονομικό υπόβαθρο, ο ίδιος μας ο εαυτός, ο τρόπος που βλέπει και αντιλαμβάνεται κανείς τα πράγματα μπορεί ακόμα και ο θάλαμος, στον οποίο δουλεύει ο κάθε νοσηλευτής μπορεί να είναι μια αιτία για την πρόκληση του συνδρόμου. Είναι δυνατό να συμβεί πολύ εύκολα στον οποιονδήποτε και μπορεί να τον επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό μετατρέποντας έτσι τη δουλειά από επάγγελμα σε κάτι καταναγκαστικό.

Μερικοί από τους κυριότερους παράγοντες που κάνουν την επαγγελματική εξουθένωση να είναι πιο συχνό στους νοσηλευτές από διάφορα άλλα επαγγέλματα είναι οι συγκεκριμένες συνθήκες οι οποίες εργάζονται. Πιο συγκεκριμένα οι περιπτώσεις που έρχονται αντιμέτωποι με το θάνατο, τον πόνο, η πιθανή έλλειψη υποστήριξης από τους ανώτερους, κάποιες προσδοκίες που μπορεί να μην έγιναν πραγματικότητα, έλλειψη γνώσεων και εργασιακή υπερφόρτωση συντελούν ένα εργασιακό περιβάλλον ικανό να αναπτύξει επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον το εύρος ασθενή – νοσηλευτή και ο τομέας όπου εργάζεται ο κάθε νοσηλευτής καθώς και μερικά δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η συναισθηματική οντότητα του ατόμου είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με τη φύση του συνδρόμου (Gomez 2016; De la Fuente 2015; Vargas et al. 2014).

Το χειρότερο που συνοδεύει την επαγγελματική εξουθένωση είναι τα άσχημα αποτελέσματα που επιφέρει τόσο στους εργαζομένους όσο και στους υπόλοιπους

τριγύρω μας. Μια ολόκληρη κλινική μπορεί να χάσει το όνομα και το κύρος της εάν το προσωπικό της διακατέχεται από επαγγελματική εξουθένωση. Η πτώση της σωστής νοσηλευτικής φροντίδας και περίθαλψης, η ανικανότητα για λογική σκέψη και σωστή λήψη απόφασης, η αποπροσωποποίηση, η έλλειψη ενδιαφέροντος και η κυνικότητα που γεννάται στον νοσηλευτή, είναι όλα αποτέλεσμα του συνδρόμου. Όλα αυτά συνεπάγονται σε μια γενικότερη αρνητική κλίση φτάνοντας να υποβαθμίζεται ακόμη και ο στόχος του επαγγέλματος οδηγώντας το έτσι να μετατραπεί ως το επάγγελμα που παρουσιάζει τα μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Abushaikh, Hazboun 2009).

Για αυτόν ακριβώς το λόγο και σύμφωνα με τον Moghaddasi (2013), οι νοσηλευτές τα τελευταία τριάντα χρόνια είναι ο κύριος άξονας μελέτης σχετικά με τη διερεύνηση του συνδρόμου. Συνεπώς από τη στιγμή που το πρόβλημα έχει αναγνωριστεί πρέπει να υπάρχουν και τρόποι για να αντιμετωπιστεί. Υπάρχουν πολλοί τρόποι αντιμετώπισης μέσω διαφόρων προγραμμάτων που συμβάλουν στην διεύρυνση και την ανέλιξη συγκεκριμένων συμπεριφορών και δεξιοτήτων ώστε να αντιμετωπιστεί με επιτυχία η επαγγελματική εξουθένωση. Ακόμα υπάρχουν και τεχνικές όπως η Yoga, ο διαλογισμός, η σωστή διατροφή και άσκηση που συμβάλλουν θετικά στη καταπολέμηση της εξουθένωσης.

Ένας επιπλέον στόχος που θα πρέπει να καθιερωθεί και να αντιμετωπιστεί με σοβαρότητα μέσω της αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η βελτίωση όχι μόνο του νοσηλευτή σε ατομικό επίπεδο, αλλά και του ίδιου του επαγγέλματος γενικά.

Κεφάλαιο 1

Ιστορική αναδρομή, τρόποι καταγραφής και συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης

1.1 Ιστορική αναδρομή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο πρώτος ο οποίος χρησιμοποίησε τον όρο Burnout ήταν ο Herbert J. Freudenberger (1926-1999) Γερμανός ψυχολόγος. Το έργο σχετικά με τη φύση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης συντελέστηκε σε μια κλινική αποτοξίνωσης και ήταν βασισμένο στην απλή παρατήρηση του εθελοντικού προσωπικού της στο οποίο ήταν και ο ίδιος μέλος. Έτσι κατέληξε στο να χαρακτηρίσει το σύνδρομο από μια σειρά συμπτωμάτων τα οποία ήταν η εξάντληση λόγω της απαιτητικής εργασίας, πονοκεφάλους, αϋπνίες, γρήγορη υπεκφυγή προς τον θυμό και την ένταση και στενή – τυποποιημένη ή μη λειτουργική σκέψη. Επιπλέον επισημαίνει ότι ένας εργαζόμενος ο οποίος υφίσταται επαγγελματική εξουθένωση «δείχνει» και συμπεριφέρεται ως ασθενής κατάθλιψης μέσα στον εργασιακό του χώρο.

Επίσης κατά την πρώτη αναφορά του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης από τον Freudenberger, ο ίδιος κατέγραψε τα συμπτώματα της ψυχικής και σωματικής εξουθένωσης όχι μόνο σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας αλλά και σε άλλες ειδικότητες στις οποίες αναπτύσσονται διαπροσωπικές σχέσεις και σχέσεις αλληλεξάρτησης.

Το “Burnout” ετυμολογικά στην Αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης», ενώ η πρώτη σχετική νύξη του όρου σε επιστημονική βιβλιογραφία έγινε από τον Bradley το 1969. Ετυμολογικά το “Burnout” επιβεβαιώνεται και από την ίδια την Maslach, η οποία θεωρείται ως ο βασικός πυλώνας σχετικά με το φαινόμενο αυτό. Με την έρευνα της έδωσε στοιχεία όχι μόνο πως η επαγγελματική εξουθένωση είναι κάτι υπαρκτό και πάρα πολύ σημαντικό, αλλά και κατάφερε να αποσαφηνίσει στο ότι οι επαγγελματίες οι οποίοι υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση βρίσκουν και συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν σε αυτό.

Χρησιμοποιώντας τα λόγια της ίδιας της Maslach «*πρόκειται για ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά, ένα σπирάλ από το οποίο είναι δύσκολο κανείς να ξεφύγει*». Αποτελεί συναισθηματική αντίδραση, αλλά και μηχανισμό άμυνας, έναντι στο χρόνιο και παρατεταμένο στρες που προκαλεί η αλληλεπίδραση του επαγγελματία με τον ασθενή – υποκείμενο που χρήζει βοήθειας (Maslach 1996).

Συμπερασματικά λοιπόν τον όρο (Burnout) τον καθιέρωσαν μαζί η Maslach με τον Freudenberger συμπληρώνοντας ο ένας τον άλλον, μελετώντας αντίστοιχα συμπεριφορές ανάμεσα σε εθελοντές. Έτσι η επαγγελματική εξουθένωση κατέληξε από μια σχεδόν θεωρητική προσέγγιση και πρόταση του τότε, να απαντάει σήμερα στο σύγχρονο ερώτημα του τι είναι και πως προσδιορίζεται αυτό το άγχος και το stress που βιώνει το άτομο στη δουλειά του.

1.2 Τρόποι καταγραφής του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

1.2.1 Cristina Maslach και Burnout Inventory (MBI)

Ο ορισμός ο οποίος είναι ευρύτερα αποδεκτός για την επαγγελματική εξουθένωση είναι αυτός που έδωσε η Maslach (1996). Η Christina Maslach γενικότερα θεωρείται ως ο κεντρικός πυλώνας σχετικά με τη φύση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ήταν η πρώτη που μέσω της έρευνας της όχι μόνο κατάφερε να κατατοπίσει το σύνδρομο δίνοντάς του έναν ορισμό, αλλά υπήρξε και η πρώτη που έφτιαξε έναν τρόπο για να μετριέται. Μέχρι και σήμερα ο τρόπος μέτρησης του συνδρόμου δεν έχει αλλάξει και χρησιμοποιείται αυτούσιος, γνωστός ως το Maslach Burnout Inventory (MBI). Σχετικά με τον ορισμό λοιπόν η Maslach παρουσιάζει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως ένα ψυχολογικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), αποπροσωποποίηση (depersonalization), και μειωμένη αίσθηση κατά την επίτευξη κάποιου κατορθώματος είτε αυτό συμβεί μεταξύ

συναδέλφων είτε γενικότερα κατά τη διάρκεια της βάρδιας (reduced personal achievement). Τα πιο σημαντικά και συχνά από αυτά τα τρία χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση. Όταν συμβαίνει το πρώτο ο νοσηλευτής το νοιώθει και το αντιλαμβάνεται πολύ έντονα, καθώς τα αποθέματα των συναισθημάτων του αδειάζουν και μένει μετέωρος και έρμαιο του συνδρόμου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να νοιώθουν ότι δεν μπορούν να προσφέρουν κάτι περαιτέρω ή κάτι καλύτερο από πλευράς τους και αποδιοργανώνονται, περιθωριοποιούνται ή αποστασιοποιούνται. Όταν συντελείται το δεύτερο ο εργαζόμενος αρχίζει και εμφανίζει συμπτώματα συγκεκριμένης συμπεριφοράς απέναντι στους ασθενείς του ή ακόμα και στους συναδέλφους του. Αυτά είναι η άρνηση, η κυνικότητα και αρνητικά συναισθήματα σε γενικότερο πλαίσιο ως προς την φροντίδα και τη περίθαλψη. Ως αποτέλεσμα πολλές φορές αυτό έχει, ο ίδιος ο νοσηλευτής, να βλέπει τον ασθενή του ως λογικό να βρίσκεται σε αυτή τη θέση χωρίς καμία ένδειξη συμπόνιας και συμπαραστάσης (Ryan 1971). Σχετικά με τη σύνθεση της επαγγελματικής εξουθένωσης αυτά τα δυο κύρια χαρακτηριστικά που τη συντελούν (emotional exhaustion και depersonalization) πρέπει να τα θεωρούμαι ως δεδομένα και άμεσα συνδεδεμένα μεταξύ τους. Το τρίτο στοιχείο όπως προαναφέρθηκε, η μη αίσθηση προσωπικής ικανοποίησης ακόμα και μετά από κάποιο επίτευγμα, είναι αυτό που οδηγεί σταδιακά τον νοσηλευτή στην απογοήτευση και στην δυσαρέσκεια και την απομυθοποίηση της ίδιας του της δουλειάς. Μερικά επιπρόσθετα γνωρίσματα που φαίνεται ότι μπορεί να σχετίζονται και με το σύνδρομο είναι η μειωμένη λειτουργικότητα, συμπεριλαμβανομένης και της σωματικής εξάντλησης, η υπνηλία, η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ καθώς επίσης και προβλήματα με την οικογένεια και εντάσεις στον γάμο (Maslach, Jackson & Leiter 1996).

Αύτη η ανάλυση σε βάθος που πραγματοποίησε η Maslach με την ομάδα της τους οδήγησαν στο ότι πρέπει να βρεθεί και ένας τρόπος να μετρηθεί με όσο περισσότερη ακρίβεια γίνεται. Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψιν το ότι η συγκεκριμένη μέθοδος μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα και γνωρίζοντας την τόσο μεγάλη συνεισφορά της Maslach θα ήταν αδύνατο να μην παρουσιαστεί το συγκεκριμένο επίτευγμα πιο αναλυτικά.

Maslach Burnout Inventory (MBI) είναι η ονομασία αυτού του ερωτηματολογίου, το οποίο σχεδιάστηκε με στόχο να καταφέρει να μετρήσει και να ποσοτικοποιήσει τα τρία προαναφερθέντα κύρια στοιχεία της επαγγελματικής εξουθένωσης (emotional exhaustion, depersonalization και low accomplishment feelings). Υπάρχουν είκοσι δυο αντικείμενα τα οποία χωρίζονται σε τρεις υποκλίμακες. Τα συγκεκριμένα αντικείμενα έχουν γραφτεί σχετικά με το να αποδώσουν τις συμπεριφορές και τα προσωπικά συναισθήματα και καταστάσεις όπως για παράδειγμα: «νοιώθω εξασθενημένος από τη δουλειά μου» ή «δεν με ενδιαφέρει ιδιαίτερα το τι συμβαίνει σε συγκεκριμένους ασθενείς». Στη συνέχεια τα συγκεκριμένα αντικείμενα απαντώνται μέσω μιας κλίμακας ποσότητας σχετικά με το πόσο συχνά τα βιώνει ο κάθε εργαζόμενος, από το μηδέν που σημαίνει ποτέ μέχρι το έξι που σημαίνει κάθε μέρα. Τα εννέα από τα είκοσι δυο αντικείμενα που σχετίζονται με την υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης εκτιμούν συναισθηματικές συμπεριφορές που συντελούνται κατά τη συγκεκριμένη έκβαση του συνδρόμου, τα οποία είναι η συναισθηματική υπερβολή και η εξουθένωση από τη δουλειά. Τα πέντε αντικείμενα που σχετίζονται με την υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης εξετάζουν την απάθεια και την έλλειψη ενδιαφέροντος του νοσηλευτή σχετικά με τη φροντίδα και την επίβλεψη των ασθενών του. Συνδυαστικά λοιπόν σε αυτές τις δυο υποκλίμακες όσο υψηλότερο είναι το σκορ τόσο υψηλότερο είναι και το σύνδρομο. Τέλος τα οχτώ από τα εναπομείναντα είκοσι δυο αντικείμενα είναι αυτά που σχετίζονται με τη τελευταία υποκλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης, την χαμηλή έως καθόλου προσωπική ικανοποίηση στο χώρο εργασίας, τα οποία εξετάζουν τα επιτυχή κατορθώματα που μπορεί να επιτύχει ο νοσηλευτής και τις αντιδράσεις του σε αυτά όπως και την ανταγωνιστικότητα. Στη συγκεκριμένη ενότητα, αντίθετα με τις δυο προηγούμενες, το χαμηλότερο σκορ είναι αυτό που δείχνει υψηλότερα ποσοστά του συνδρόμου στον νοσηλευτή.

Περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με το ερωτηματολόγιο είναι πως η μέγιστη διάρκεια του κυμαίνεται ανάμεσα σε δέκα με δεκαπέντε λεπτά με αυτοσυμπλήρωση. Σημαντικό επίσης είναι οι εθελοντές να μην γνωρίζουν τι ακριβώς είναι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ελαχιστοποιώντας έτσι τις πιθανότητες να υπάρξουν αναλήθειες ανάμεσα στις απαντήσεις των νοσηλευτών.

Σχετικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου πρέπει να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα. Αρχικά τα σκορ πρέπει να ελέγχονται από

κάποιον συγκεκριμένο άνθρωπο ο οποίος είναι γνωστός με αυτόν που συμπληρώνει την έρευνα όπως ένας συνάδελφος. Με αυτό το τρόπο στη πράξη αποδείχτηκε ότι τα σκορ που ελέγχθηκαν από ανθρώπους που είχανε κάποια επαφή με τον εξεταζόμενο τα ποσοστά της επαγγελματικής εξουθένωσης που βρέθηκαν ήταν μεγαλύτερα πάνω στην αποπροσωποποίηση και στην συναισθηματική εξάντληση. Επιπλέον οι νοσηλευτές οι οποίοι, σύμφωνα πάντα με τους συναδέλφους που τους εξέταζαν, έδειχναν περισσότερο εξαντλημένοι, ακόμα και οπτικά, σκόραραν περισσότερο στις ίδιες ακριβώς ενότητες επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος τα μεγαλύτερα ποσοστά στην αποπροσωποποίηση τα είχανε οι νοσηλευτές οι οποίοι είχανε δηλώσει παράπονα σχετικά με τους ασθενείς τους (Christina Maslach, Jackson & Leiter 1996).

1.2.2 The Copenhagen Inventory (CBI)

Μπορεί εντέλει το Maslach Burnout Inventory (MBI) να θεωρείται η κορυφή στη μέτρηση και τη καταγραφή της εξουθένωσης όμως καλό είναι να αναφερθεί και ένας ακόμα πιο πρόσφατος τρόπος μέτρησης του συνδρόμου, το Copenhagen Burnout Inventory (CBI) των Kristensen et al. (2005). Το ενδιαφέρον με το συγκεκριμένο τρόπο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ότι αντιφάσκει με τη Maslach και προσπαθεί να αποδείξει μέσω κριτικής ότι δεν υφίσταται η τόσο μεγάλη αξιοπιστία της και πως πρέπει να σταματήσει το μονοπώλιο του MBI, καθώς είναι αυτό που χρησιμοποιείται κατά ενενήντα τις εκατό σε οποιαδήποτε έρευνα (Schaufeli & Enzmann 1998). Η διαφοροποίηση του CBI από το MBI είναι πως έχει δυο κύριους παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική εξουθένωση αντί για τρεις, τη κούραση και την εξάντληση υποστηρίζοντας έτσι τον ορισμό των Schaufeli & Greenglass (2001). Ο ορισμός αυτός θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και διανοητικής εξάντλησης ως αποτέλεσμα συνεχούς έκθεσης σε συνθήκες εργασίας οι οποίες είναι ιδιαίτερα απαιτητικές.

Το ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης αποτελείται από τρεις διαφορετικές διαστάσεις. Αυτές είναι για το σύνδρομο σχετικά με το άτομο ή αλλιώς τη προσωπική επαγγελματική εξουθένωση (personal burnout), με τη δουλειά (work – related burnout) και με τους ασθενείς (client related – burnout). Κύριος στόχος του Copenhagen Burnout

Inventory (CBI), δεν είναι μόνο να βρει από τι προκαλείται το σύνδρομο όπως για παράδειγμα λόγω κούρασης, αλλά να ανιχνεύσει και τι είναι αυτό που είναι υπαίτιο για την κούραση αυτή, πηγαίνοντας το έτσι λίγο παραπέρα σχετικά με την αναζήτηση της αιτίας της εξουθένωσης.

Οι κλίμακες λοιπόν όπως προαναφέρθηκε από τις οποίες αποτελείται το ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης είναι τρεις. Αρχικά η επαγγελματική εξουθένωση η οποία σχετίζεται με το άτομο (personal burnout). Σε αυτήν την υποκλίμακα του ερωτηματολογίου ο υποψήφιος προσπαθεί να αποσαφηνίσει το πόσο κουρασμένος ή εξάντλημένος είναι με στόχο να προσδιοριστεί με ακρίβεια η κατάσταση των εργαζομένων που παρουσιάζουν σε μεγάλο βαθμό σημεία κούρασης και εξάντλησης. Η διάσταση της προσωπικής επαγγελματικής εξουθένωσης προσδιορίζεται ως ο βαθμός της σωματικής και της ψυχολογικής κούρασης και εξάντλησης που βιώνει ένας άνθρωπος. Στη συνέχεια η επόμενη υποκλίμακα είναι η επαγγελματική εξουθένωση η οποία συσχετίζεται με τη δουλειά (work related burnout). Ο συγκεκριμένος τύπος του συνδρόμου προσδιορίζεται ως ο βαθμός της σωματικής και της ψυχολογικής κούρασης και εξάντλησης που δέχεται ένας άνθρωπος στον εργασιακό του χώρο. Στόχος στη συγκεκριμένη ενότητα του ερωτηματολογίου είναι να αποσαφηνιστεί στο που αποδίδει ο νοσηλευτής τα συμπτώματα της εξουθένωσής του. Συγκρίνοντας έτσι τις δυο συγκεκριμένες υποκλίμακες αντιλαμβάνεται κανείς ανθρώπους που έχουν το σύνδρομο αλλά το αποδίδουν λανθασμένα σε παράγοντες εκτός δουλειάς, όπως οικογενειακούς ή υγείας. Τέλος η υποκλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης που σχετίζεται με τους ασθενείς (client related burnout) προσδιορίζεται ως ο βαθμός της σωματικής και της ψυχολογικής κούρασης και εξάντλησης που δέχεται ένας νοσηλευτής από τους ασθενείς του στο χώρο της εργασίας του. Ξανά οι νοσηλευτές μπορεί να μην μπορούν να αποδώσουν σωστά τα συμπτώματα του συνδρόμου στους εργασιακούς τους παράγοντες. Αυτό που θέλει να πετύχει όμως η συγκεκριμένη υποκλίμακα είναι το εάν μπορούν να καταλάβουν κάποια συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων τους και των ασθενών τους.

1.2.3 Η εναντίωση του CBI έναντι του MBI

Έχουμε σίγουρα δυο πολύ χρήσιμα εργαλεία για τη μέτρηση και τη ποσοτικοποίηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Με τη δημιουργία του όμως το ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης έρχεται σε αντίθεση με αυτό της Maslach με επιχειρήματα που υποστηρίζουν την αξιοπιστία και ερωτούν το κατά πόσο θα πρέπει να συνεχίσει αυτή η κυριαρχία του MBI. Η αρχική τους τοποθέτηση είναι πως ο τρόπος που προσεγγίζει την επαγγελματική εξουθένωση η Maslach είναι η ίδια πλευρά ενός νομίσματος. Πιο συγκεκριμένα μας λέει ότι *“το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτό που μετράει το MBI και το MBI μετράει αυτό που είναι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης”* (Kristensen et al. 2005). Επειδή λοιπόν το MBI είναι με λίγα λόγια ο βασικός και κύριος πυλώνας της μέτρησης του συνδρόμου, οι συγγραφείς του CBI παραθέτουν πέντε λόγους για τους οποίους πιστεύουν το αντίθετο, πριν προβούν στη δημιουργία του. Ο πρώτος λόγος είναι μια κατεύθυνση που παίρνει το MBI σχετικά με το δείγμα του. Αρχικά τα μέλη της ομάδας της Κοπεγχάγης παίρνουν αυτούσιο τον ορισμό της Maslach για την επαγγελματική εξουθένωση, ότι είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), αποπροσωποποίηση (depersonalization) και χαμηλό αίσθημα προσωπικής ικανοποίησης (reduced personal accomplishment) που συμβαίνει ανάμεσα σε εργαζόμενους που το εργασιακό τους περιβάλλον έχει να κάνει με ανθρώπους, και παρατηρούν ότι το ίδιο το MBI σύμφωνα με την Maslach περιορίζεται μόνο στους υπαλλήλους στο τομέα της υγείας. Έτσι αυτό έρχεται σε αντίκρουση με το ότι η ίδια η Maslach υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν συντελείται λόγω μόνο της παρουσίας ασθενών αλλά έχει και άλλους παράγοντες, όπως η συναισθηματική υπερφόρτωση.

Ο δεύτερος λόγος που οι συγγραφείς του CBI κατακρίνουν το MBI είναι ότι δεν υπάρχει μια σαφή συσχέτιση του τελευταίου και του συνδρόμου. Το CBI υποστηρίζει ότι οι άξονες που χωρίζεται η επαγγελματική εξουθένωση από την Maslach (depersonalization, emotional exhaustion και reduced personal achievement) είναι μεν σωστοί αλλά όχι αρκετοί, καθώς δεν υπάρχει μια σαφή εικόνα του τι ακριβώς είναι το ίδιο το σύνδρομο (operationalization). Συνεχίζοντας η ομάδα του CBI παραθέτει το

επιχείρημα ότι το MBI αναγνωρίζει τα τρία αυτά στοιχεία του συνδρόμου ως συγκεκριμένα και διαφορετικά καθώς και ότι θα πρέπει να μετρούνται ξεχωριστά το ένα από το άλλο, αλλά από την άλλη η παρουσία και των τριών αυτών χαρακτηριστικών ταυτόχρονα συντελεί την επαγγελματική εξουθένωση. Συνεπώς υπάρχει ένα χάσμα ανάμεσα στο ότι υπάρχουν τρεις διαφορετικοί τρόποι μέτρησης για ένα συγκεκριμένο γεγονός. Τέλος μας παραθέτει ότι και σχετικά πιο πρόσφατες έρευνες συγκριτικά με το MBI, τείνουν να αποκλείουν το τρίτο χαρακτηριστικό του συνδρόμου της Maslach, τη χαμηλή αίσθηση επιτεύγματος (reduced personal achievement), ως μείζον υποκλίμακα του. Επιπρόσθετα τα μέλη της ομάδας του ερωτηματολογίου της Κοπεγχάγης παραθέτουν ακόμα ένα επιχείρημα για να στηρίξουν την εναντίωση τους στο MBI. Συμπεραίνουν λοιπόν από τα λόγια της ίδιας της Maslach, πως η επαγγελματική εξουθένωση αποτελείται από αυτά τα τρία χαρακτηριστικά που γνωρίζουμε και πως αυτά πρέπει να μελετώνται ξεχωριστά. Για παράδειγμα, στην ενότητα της αποπροσωποποίησης (depersonalization) το CBI υποστηρίζει ότι για να επιτύχουμε μια πιο ακριβή μέτρηση του, πρέπει να το συσχετίσουμε και με άλλους παράγοντες που προκαλούν stress. Το ίδιο υποστηρίζουν και για τον τομέα της μειωμένης αίσθησης του επιτεύγματος (reduced personal accomplishment) και ότι ο συγκεκριμένος τομέας του συνδρόμου θα πρέπει απλώς να θεωρείται ως ένα από τα πολλά αποτελέσματα του stress. Το πέμπτο και τελευταίο επιχείρημα του CBI στοχεύει προς τις ερωτήσεις που χρησιμοποίησε η Maslach στο ερωτηματολόγιο της θεωρώντας μάλιστα μερικές από αυτές ως “απαράδεκτες”. Στους εθελοντές όπου έλαβαν μέρος και συμπλήρωναν το MBI είχε ζητηθεί να σημειώσουν τις ερωτήσεις που τους φαινόταν δύσκολες ή είχαν κάποια συγκεκριμένη απορία ώστε να μπορέσει να εξεταστεί η συγκεκριμένη ερώτηση. Τελειώνοντας λοιπόν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μερικοί υποψήφιοι αντέδρασαν και εξέφρασαν τη δυσαρέσκειά τους απέναντι σε συγκεκριμένες ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα οι ερωτήσεις οι οποίες ενόχλησαν ήταν στην υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης (depersonalization) όπου έλεγαν “νοιώθω ότι συμπεριφέρομαι στους ασθενείς λες και είναι αντικείμενα” και “δεν με ενδιαφέρει και πολύ το τι θα συμβεί σε συγκεκριμένους ασθενείς”. Αυτές οι δυο ερωτήσεις και μερικές από την υποκλίμακα της μειωμένης αίσθησης προσωπικού επιτεύγματος (reduced personal accomplishment) ήταν που οδήγησαν μερικούς από τους νοσηλευτές που συμπλήρωναν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους και ορισμένοι τον θυμό τους (Kristensen et al. 2005).

1.2.4 The Oldenburg Burnout Inventory

Το Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), αρχικά προτάθηκε και επισημοποιήθηκε από τους Demerouti & Nachreiner (1998), και συνδυάζει αρνητικά και θετικά αντικείμενα σύμφωνα με τα οποία προσπαθεί να προσεγγίσει τις πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι συγγραφείς και οι δημιουργοί του OLBI υποστηρίζουν ότι το σύνδρομο αποτελείται από δυο κύριους τομείς, την εξάντληση και την αποδέσμευση από τη δουλειά (disengagement). Η εξάντληση περιγράφεται ως η συνέπεια της συνεχούς σωματικής, συναισθηματικής και γνωστικής καταπόνησης, η οποία προκύπτει από μια μακροπρόθεσμη έκθεση στις απαιτήσεις του επαγγέλματος. Σε αντίθεση με το Maslach's Burnout Inventory ο ορισμός της εξάντλησης διαφέρει στο ότι το MBI το κατατάσσει ως αυστηρά συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) ενώ το OLBI διευρύνει τη κλίμακα και αναφέρει ότι η εξάντληση είναι και σωματική και γνωστική. Σχετικά με την αποδέσμευση (disengagement) το OLBI κινείται σε παρόμοιο μήκος κύματος με την αποπροσωποποίηση του MBI (depersonalization). Αυτό σημαίνει έντονη ανάγκη για δημιουργία απόστασης είτε από το εργασιακό περιβάλλον, είτε από οτιδήποτε σχετίζεται με το συγκεκριμένο επάγγελμα ακόμα και δημιουργία απέχθειας. Επιπλέον ο τομέας της αποδέσμευσης του OLBI ελέγχει και την σχέση ανάμεσα στον εργαζόμενο και στο επάγγελμα του συγκεκριμένα με το αν πραγματικά αναγνωρίζουν ποιο είναι το επάγγελμά τους και με το αν έχουν την διάθεση να το συνεχίσουν. Συνήθως οι εργαζόμενοι οι οποίοι ανήκουν στο συγκεκριμένο τομέα του συνδρόμου σύμφωνα με το OLBI εμφανίζουν αρνητική συμπεριφορά απέναντι στο επάγγελμα, στα εργασιακά τους καθήκοντα και στο περιεχόμενο της δουλειάς τους. Το OLBI επίσης θεωρεί ότι η αποπροσωποποίηση (depersonalization) του MBI είναι μια από τις μορφές της γενικότερης έννοιας της αποδέσμευσης που παραθέτει η ομάδα του OLBI ενώ συγχέει πιο πολύ την κινικότητα, η οποία είναι ένα αποτέλεσμα σύμφωνα με τη Maslach, με την αποδέσμευση.

Η εγκυρότητα του OLBI επιβεβαιώθηκε με μελέτες που έγιναν στη Γερμανία (Demerouti et al. 2002; Demerouti et al. 2001), στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Halbesleben & Demerouti 2005), και στην Ελλάδα (Demerouti 2003). Τα

αποτελέσματα από τις συγκεκριμένες έρευνες έδειξαν ότι ο διττής φύσης άξονας του OLBI για την επαγγελματική εξουθένωση, δηλαδή της εξάντλησης και της αποδέσμευσης, φαίνεται να ταιριάζει καλύτερα σε περισσότερες έρευνες καθιστώντας το έτσι έναν άξιο αντίπαλο του MBI. Η άμεση συσχέτιση και εγκυρότητα των δυο τρόπων μέτρησης του συνδρόμου, MBI και OLBI, μελετήθηκε και επιβεβαιώθηκε και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το (2005) καθώς επίσης και στην Ελλάδα το (2003).

Επιπρόσθετα μια ακόμα διαφορά που παρουσιάζει το OLBI από το MBI είναι ότι συμπεριλαμβάνει και αρνητικά και θετικά στοιχεία δίνοντας έναν μεγαλύτερο πλουραλισμό στη μέτρηση και τη καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης. Για παράδειγμα η εξάντληση και η αποδέσμευση συμπεριλαμβάνουν και τα ακριβώς αντίθετα τους δηλαδή το σθένος και την αφοσίωση. Αυτό που καθίσταται σαφές είναι ότι τόσο η Maslach (1997), όσο και άλλοι μελετητές Schaufeli (2001), και Bakker (2004), θεωρούν ότι η δέσμευση με την εργασία είναι το θετικό αντίθετο της επαγγελματικής εξουθένωσης, κατατάσσοντας έτσι την αποδέσμευση που προτείνει το OLBI ένα δυνατό και από όλους συμφωνηθέν τομέα του συνδρόμου. Εν κατακλείδι το Oldenburg Burnout Inventory δημιουργήθηκε και αυτό όπως το Copenhagen Burnout Inventory (CBI) με στόχο να ρίξει την αυθεντία της Maslach και του MBI και εντέλει κατάφερε να το πλησιάσει σε έναν ικανοποιητικό βαθμό. Αν και οι περισσότεροι συνεχίζουν να ακολουθούν την πεπατημένη καθώς πέρα από αξιόπιστη είναι και λειτουργική το OLBI κατάφερε να διακριθεί και να έρθει στο προσκήνιο. Σε αυτό που ίσως υπερέχει το OLBI είναι ότι μπορεί να μετρήσει πέραν της επαγγελματικής εξουθένωσης και τη συσχέτιση εργαζόμενου και εργασίας με την παράπλευρη ενότητα της δέσμευσης – αποδέσμευσης (Demerouti & Bakker 2007).

1.3 Συμπτώματα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Για να αντιμετωπίσεις ένα πρόβλημα θα πρέπει πρώτα να το αναγνωρίσεις και να συνειδητοποιήσεις ότι πάσχεις από αυτό. Αυτό το κομμάτι είναι σχετικά δύσκολο όμως είναι καίριας σημασίας ώστε να μπορέσει να καταπολεμηθεί αποτελεσματικά το

πρόβλημα. Όπως κάθε ασθένεια έτσι και η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζει κάποια συμπτώματα, τα οποία υποδηλώνουν την ύπαρξη της νόσου. Τα περισσότερα από τα συμπτώματα είναι ψυχολογικής φύσεως τα οποία σωματοποιούνται, όμως υπάρχουν και συγκεκριμένες συμπεριφορές οι οποίες συμπεριλαμβάνονται

Γενικότερα η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται από πολλά ποικίλα συμπτώματα τα οποία κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις διαφορετικές ομάδες. Τα συναισθηματικά συμπτώματα τα οποία είναι η κατάθλιψη, το αίσθημα ότι το άτομο δεν μπορεί να βοηθηθεί από κανέναν, ή έλλειψη ελπίδας σε οποιαδήποτε περίπτωση, ο εκνευρισμός, η απάθεια, η απογοήτευση, η αρνητικότητα και ο πεσιμισμός, η εχθρότητα, η μισαλλοδοξία, η επιθετική συμπεριφορά προς τους ασθενείς και η καταπίεση των συναισθημάτων. Τα γνωστικά συμπτώματα τα οποία είναι η απώλεια του νοήματος του συγκεκριμένου επαγγέλματος, η απώλεια των αξιών, η υπενθύμιση των άκαρπων προσδοκιών και απαιτήσεων, ο γνωστικός αποπροσανατολισμός, η απώλεια της δημιουργικότητας, η απόσπαση της προσοχής, και η κυνικότητα. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη συμπεριφορά τα οποία είναι η αποφυγή των ευθυνών, οι απουσίες, η δυσπροσαρμοστικότητα, η ανικανότητα λήψης αποφάσεων, και η κατάχρηση καφεΐνης, αλκοόλ, tobacco και ναρκωτικών ουσιών. Τέλος κοινωνικά συμπτώματα τα οποία είναι η κοινωνική απομόνωση, διαπροσωπικές συγκρούσεις, παρακμιακές συνθήκες στο σπίτι και με την οικογένεια και αποφυγή δέσμευσης με την εργασία (Jimenez et al. 2002). Πιο συγκεκριμένα για την ευερεθιστότητα αν και είναι ένα από τα πιο κοινά ανθρώπινα συναισθήματα, όταν συμβαίνει αρκετά συχνά, χωρίς ιδιαίτερη αιτία και εντοπίζεται συνήθως στον εργασιακό χώρο, τότε μπορεί να αποτελεί ένδειξη της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η κούραση και η εξάντληση αποτελούν και αυτές σύμπτωμα που όμως χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι εξαντλητικό από μόνο του και η ίδια του η φύση προκαλεί εξάντληση ακόμα και σε φυσιολογικά επίπεδα. Όμως όταν αυτή η εξάντληση είναι συχνή και παρουσιάζεται σε μέρες χαλαρές ή ακόμα και σε άδεια τότε κατά πάσα πιθανότητα πίσω από αυτό κρύβεται το σύνδρομο (Sutherland 2017).

Ακόμα ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα του συνδρόμου είναι η αίσθηση της αποπροσωποποίησης, το οποίο μας το αναφέρει και η Maslach μέσα από την έρευνα της. Είναι ένα αίσθημα το οποίο οδηγεί τον νοσηλευτή να εργάζεται σχεδόν

«μηχανικά» κάνοντας απλά το καθήκον του χωρίς κανένα ενδιαφέρον, χωρίς καμία συμπάθεια προς το επάγγελμα του, όντας απλά ένα υποχείριο των αρνητικών του συναισθημάτων. Για το συγκεκριμένο σύμπτωμα της εξουθένωσης είναι σημαντικό να λάβει δράση το εργασιακό περιβάλλον ώστε να μπορέσει να εντοπιστεί και να αποσαφηνιστεί καθώς τις περισσότερες φορές το ίδιο το άτομο αδυνατεί να κατανοήσει τη θέση που βρίσκεται εκείνη τη στιγμή (Maslach 2005).

Τέλος παρατηρούνται και γενικότερα συμπτώματα τα οποία είναι κοινά με αυτά που προκαλούνται από το άγχος και το stress ως αποτέλεσμα του συνδρόμου (Farber 1983). Για την ευκολότερη κατανομή τους τα γενικότερα συμπτώματα του άγχους διαχωρίζονται ανάλογα με την επίδρασή τους στο σώμα, στη διάθεση, και στη συμπεριφορά.

Στο Σώμα	Στη Διάθεση	Στη Συμπεριφορά
Πονοκέφαλος	Άγχος, Αγωνία	Υπέρ ή μη κατανάλωση τροφής
Ένταση στους μύες ή πόνος	Ανησυχία	Ξεσπάσματα θυμού
Πόνος στο στήθος	Έλλειψη κινήτρου ή συγκέντρωσης	Αλόγιστη χρήση φαρμάκων ή αλκοόλ
Εξάντληση	Αίσθημα καταπίεσης	Κάπνισμα, χρήση ηρεμιστικών
Αλλαγές στη σεξουαλική ζωή	Ευερεθιστότητα ή θυμός	Κοινωνική απομάκρυνση
Διαταραχές πεπτικής λειτουργίας,	Κατάθλιψη	Λιγότερη συχνότητα άσκησης

(Mayo Clinic Team, 2019).

Κεφάλαιο 2

Αιτίες του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

2.1 Γιατί συμβαίνει η επαγγελματική εξουθένωση

Από τη στιγμή που η επαγγελματική εξουθένωση επισημοποιήθηκε και αναγνωρίστηκε ως πάθηση άρχισαν αμέσως και οι ερωτήσεις σχετικά με το «γιατί όμως συμβαίνει η επαγγελματική εξουθένωση και τι είναι αυτό που την προκαλεί»;

Αξιοσημείωτα λοιπόν έχει επισημανθεί πως αυτό που καθιστά τους επαγγελματίες υγείας και επαγγέλματων πρόνοιας πιο επιρρεπείς στο σύνδρομο είναι η ίδια η φύση του επαγγέλματος. Η εξάρτηση του ασθενούς από τον ιατρό-νοσηλευτή, οι σχέσεις αλληλεπίδρασης και ανάγκης για την επίτευξη του καλύτερου προς τον συνάνθρωπο και γενικότερα το γεγονός ότι ο εργαζόμενος οφείλει να προστατέψει ανθρώπινες ζωές δημιουργούν μια αλυσιδωτή αντίδραση οδηγώντας στην επαγγελματική εξουθένωση. Έχει επίσης διατυπωθεί πως όσο μεγαλύτερη είναι η επαφή ασθενών και νοσηλευτών τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες εμφάνισης τους συνδρόμου (Vargas 2014).

Επιπλέον σε αντίθεση με άλλα επαγγέλματα η δουλειά των ιατρών-νοσηλευτών τελείται υπό συνεχή παρακολούθηση, κριτική, και επίβλεψη όχι μόνο από τους συναδέλφους τους αλλά και από τους συγγενείς των ασθενών. Η συνεχής και άμεση επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο με τους ασθενείς αλλά και τους συγγενείς καθώς και η έκθεση σε κάποια ασθένεια η ακόμα και ένας τραυματισμός συντελούν θεμέλιους παράγοντες στην αιτία που συμβαίνει το σύνδρομο στους νοσηλευτές.

Τέλος και ίσως ο ένας παράγοντας που οι περισσότεροι αποφεύγουν να παραδεχτούν και να συζητήσουν είναι ότι στα επαγγέλματα υγείας το λάθος δύσκολα κρύβεται ή καλύπτεται καθώς επίσης μπορεί να αποβεί μοιραίο ή να έχει άσχημες συνέπειες (Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης Ψυχαργός 2005).

Σε ένα παρόμοιο μήκος κύματος κινείται και η Micklevitz (2001), η οποία υποστηρίζει πως οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με τις αιτίες του stress στο άτομο, ενώ ενισχύονται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το εργασιακό περιβάλλον, την οικογενειακή κατάσταση και γενικότερα τις συνθήκες ζωής του ατόμου. Έτσι προχώρησε σε έναν διαχωρισμό των παραγόντων αυτών σε εργασιακούς και σε ατομικούς

Έχει αποδειχθεί ότι ένας ακόμα κύριος παράγοντας που επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση είναι και η ίδια η αύξηση των ασθενών. Αρχικά αυτό ξεκίνησε ως υπόθεση από τη Maslach και την ομάδα της όμως μέσω του Maslach Burnout Inventory (MBI) αποδείχτηκε πως ήταν γεγονός. Ο τρόπος της απόδειξης ήταν μέσω μιας διεθνούς έρευνας όπου μετά από καταγεγραμμένες αυξήσεις των ασθενών σε θαλάμους οι νοσηλευτές σημείωσαν ραγδαία αύξηση του συνδρόμου στα δύο κύρια χαρακτηριστικά του, την αποπροσωποποίηση και την συναισθηματική εξάντληση, ενώ σημείωσαν και χαμηλά στο τρίτο την ικανοποίηση από τη δουλειά και τον εαυτό τους (Maslach, Jackson 1984).

Επιπρόσθετα ο Vachon (1987) υποστηρίζει ότι το stress που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο εργασίας του είναι αποτέλεσμα μερικών μεσολαβητικών παραγόντων οι οποίοι είναι οι εξής:

- Τα ατομικά χαρακτηριστικά όπως (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση).
- Διαπροσωπικοί παράγοντες (υποστηρικτικοί κυρίως).
- Ενδοατομικοί παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρο, επιθυμίες, προσδοκίες).
- Κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες (κοινωνικές προσδοκίες) για το ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την αρρώστια, τον άρρωστο, τον θάνατο.

Σε μεγαλύτερη εμβάθυνση του θέματος σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν ακόμα πολλοί περισσότεροι παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το σύνδρομο. Δυο μεγάλες κατηγορίες στις οποίες μπορούμε να τους κατατάξουμε είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον της εργασίας του νοσηλευτή (περιβαλλοντικοί) και

οι παράγοντες που έχουν σχέση με την ίδια την ιδιοσυγκρασία του ανθρώπου ως εργαζόμενου (ατομικοί).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν

1) Τις πολύωρες βάρδιες.

Έχει μελετηθεί ότι ο αριθμός των ωρών που εργάζεται ένας νοσηλευτής έχει άμεση συσχέτιση με την πρόκληση δυο εκ των τομέων που συντελούν την επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με την Maslach. Της αποπροσωποποίησης (depersonalization) και της συναισθηματικής εξουθένωσης (emotional exhaustion). Η συγκεκριμένη μελέτη απέδειξε πως αυτό που απασχολεί περισσότερο τους εργαζομένους σχετικά με τις βάρδιες δεν είναι η ίδια η φύση της βάρδιας η οποία θα πρέπει να ολοκληρωθεί έτσι και αλλιώς, αλλά οι βάρδιες οι οποίες προκύπτουν ξαφνικά εκτός προγράμματος.

Μια σχετική έρευνα με δείγμα 359 νοσηλευτές από τους οποίους οι πλειοψηφία και συγκεκριμένα το 41,9% είχε εμπειρία άνω των είκοσι χρόνων, απέδειξε το πόσο σημαντικό ρόλο παίζουν οι βάρδιες με τα σχετιζόμενα λάθη που προκαλούνται λόγω του συνδρόμου. Η έρευνα έδειξε ότι οι νοσηλευτές δούλεψαν περισσότερο από όσο τους αντιστοιχούσε στο πρόγραμμα τους και γενικότερα περισσότερο από σαράντα ώρες την εβδομάδα. Ένα 14% δούλεψε δεκαέξι ή και περισσότερες ώρες συνεχόμενα τουλάχιστον μια φορά σε διάστημα τεσσάρων εβδομάδων. Γενικευμένα οι νοσηλευτές κάθε μέρα δούλευαν περίπου πενήντα πέντε λεπτά περισσότερο από όσο αναλογούσε στη βάρδια τους. Στη συγκεκριμένη περίοδο της έρευνας (τέσσερις εβδομάδες) έγιναν (19 λάθη και 213 λάθη που δεν συνέβησαν για πολύ λίγο. Περισσότερα από τα μισά λάθη, 58% και 56% αντίστοιχα σημειώθηκαν στη χορήγηση φαρμάκων. Συμπερασματικά οι μεγάλες βάρδιες έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην εμφάνιση των λαθών και γενικότερα στην ομαλή λειτουργία των νοσηλευτών (Rogers et al. 2004).

2) Τις υπερωρίες.

Σχετικά με τις υπερωρίες η συγκεκριμένη έρευνα παραθέτει ένα παρόμοιο παράδειγμα με το προαναφερθέν σχετικά με τις βάρδιες. Ένας νοσηλευτής ο οποίος εθελοντικά θα αναλάβει να δουλέψει υπερωρία αποδείχτηκε ότι δεν παρουσίασε κανένα σύμπτωμα εξουθένωσης συγκριτικά με τον εργαζόμενο ο οποίος αναγκάζεται να ωθηθεί στην

υπερωρία είτε για προσωπικούς λόγους (οικονομία, οικογένεια) είτε για κάλυψη συναδέλφου. Συγκεκριμένα οι υπερωρίες οδηγούν σε μεγάλα επίπεδα συναισθηματικής εξουθένωσης (emotional exhaustion). Σε σχετική έρευνα με δείγμα 182 νοσηλευτές με στόχο να συγκρίνουν τους νοσηλευτές που έχουν δουλέψει υπερωρίες με αυτούς που δεν έχουν και να δουν τη διαφορά ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και στις δυο περιπτώσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως σε μια τυπική εβδομάδα αυτοί που είχαν δουλέψει υπερωρία ήταν 94 άτομα δηλαδή το 52%. Αυτοί που δούλεψαν εντέλει υπερωρίες αποδείχθηκε ότι παρουσίαζαν μεγάλη αύξηση του συνδρόμου και δυσαρέσκειας με τη δουλειά από αυτούς που δεν δούλεψαν υπερωρίες. Συνεπώς οι υπερωρίες σαν γενικότερη έννοια φαίνεται να επιβαρύνει τους νοσηλευτές σε μεγάλο βαθμό σχετικά είτε με τη δημιουργία είτε με την ανάπτυξη του συνδρόμου (Luther et al. 2017).

3) Την έλλειψη επικοινωνίας και στήριξης από τους ανωτέρους ή τους συναδέλφους.

Υπάρχει ένα χάσμα ανάμεσα στις ικανότητες που αποκτάει κανείς κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής του και στις ικανότητες που καταλήγει να έχει μετά από κάποια χρόνια εμπειρίας. Στα πρώτα βήματα όμως ενός νοσηλευτή αυτό το χάσμα πολλές φορές έρχεται εμπόδιο στην γρήγορη και εύκολη ανέλιξη του με διάφορους τρόπους. Αρχικά ένα υποτυπώδες επίπεδο γνωστικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων βοηθάει στην ομαλή λειτουργία της βάρδιας και στην αυτοπεποίθηση του εργαζομένου. Όντας όμως αρκετά δύσκολο ένας νέος νοσηλευτής να είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις αντιξοότητες του επαγγέλματος οδηγείται πολύ γρήγορα σε εξουθένωση.

Ο συνδετικός κρίκος λοιπόν ανάμεσα σε μια ομαλή και μεστή επικοινωνία ανάμεσα σε παλαιούς και νέους συναδέλφους αλλά και σε ασθενείς είναι και οι δεξιότητες. Συμπερασματικά οι αρχάριοι τείνουν να έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση ενάντια στα νέα τους καθήκοντα και σε ίσως κάποιες απρόσμενες συνθήκες εργασίας. Ο συγκεκριμένος παράγοντας είναι υπεύθυνος για τη συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) καθώς και για την αποπροσωποποίηση (depersonalization) των εργαζομένων με στόχο την απομάκρυνση του στρεσογόνου παράγοντα από πάνω τους (Poghosyan et al. 2010).

Από την άλλη πλευρά είναι και οι ατομικοί παράγοντες οι οποίοι είναι:

1) Τα κίνητρα του εργαζομένου και οι στόχοι του

Ο κάθε άνθρωπος σε κάποιο νέο του ξεκίνημα βάζει έστω και υποσυνείδητα κάποιους στόχους προς επίτευξη ή έχει κάποιο κίνητρο. Αυτή η «παγίδα» είναι ένας από τους μεγαλύτερους λόγους που κάποιος επαγγελματίας υγείας μπορεί να αναπτύξει επαγγελματική εξουθένωση σε βάθος χρόνου. Εάν για οποιονδήποτε λόγο ο εργαζόμενος δεν καταφέρει να επιτύχει κάποιον στόχο ή βλέπει τα πράγματα εντελώς διαφορετικά από ό,τι τα περίμενε τότε είναι που οδηγείται σε συναισθηματική εξάντληση και αποδιοργάνωση.

2) Ο τρόπος διαχείρισης και υποδοχής της αρνητικής κατάστασης

Διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο η διαχείριση του άγχους και η αντιμετώπιση μιας δύσκολης κατάστασης. Αυτοί λοιπόν που τείνουν να είναι πιο ευαίσθητοι και συνήθως οι νέοι εργαζόμενοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κάποιο σημάδι του συνδρόμου.

3) Το προϋπάρχον οικονομικό υπόβαθρο και η οικογενειακή κατάσταση.

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει και η γενικότερη οικογενειακή και οικονομική κατάσταση του εργαζομένου. Εάν ο νοσηλευτής έχει απόλυτη ανάγκη την δουλειά του ώστε να μπορέσει να ζήσει τότε ο κάθε στρεσογόνο παράγοντας γίνεται ακόμη χειρότερος γιατί δεν υπάρχει η επιλογή της παραίτησης. Οι άνθρωποι οι οποίοι βλέπουν το επάγγελμά τους ως την βιοποριστική τους λύση και μόνο, σχεδόν πάντα έχουν την πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτώματα εξουθένωσης (Poghosyan et al. 2010).

2.2 Πως επηρεάζει η ποιότητα, το εργασιακό περιβάλλον και οι συνθήκες της εργασίας το σύνδρομο της επαγγελματική εξουθένωσης

Ένα μεγάλο λόγο στο γιατί συντελείται η επαγγελματική εξουθένωση έχει και η ποιότητα της δουλειάς στην οποία υπόκεινται οι νοσηλευτές. Έρευνα η οποία είχε ως στόχο να αποδείξει τη συσχέτιση του συνδρόμου και της ποιότητας του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών, με δείγμα 6 διαφορετικές χώρες καταλήγει πως υπάρχει άμεση και σημαντική σχέση. Συχνή πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία με τους ασθενείς και περίπλοκος τρόπος δουλειάς ανάλογα με το θάλαμο και το πρωτόκολλο το οποίο δουλεύει ο καθένας, τείνουν να αυξάνουν τις πιθανότητες να αναπτύξει ο νοσηλευτής επαγγελματική εξουθένωση με συνέπεια τη μη αποτελεσματικότητά του και την περιθωριοποίησή του. Επιπρόσθετα αποδεικνύεται πως ανά τον κόσμο τα προβλήματα που βιώνουν οι νοσηλευτές και οφείλονται στη ποιότητα της εργασίας τους είναι κοινά παρά τις διαφορές σε κουλτούρα, οικονομία, πολιτισμό ή και πρωτόκολλο εργασίας (Poghosyan et al. 2010).

Σε παρόμοιο μοτίβο και κυρίως λόγω της ποιότητας της δουλειάς τους, κινείται και ακόμα ένας λόγος για τον οποίο οι νοσηλευτές παρουσιάζουν επαγγελματική εξουθένωση και αυτός είναι ότι δεν είναι ευχαριστημένοι από τη δουλειά τους. Η απογοήτευση και η δυσαρέσκεια προς τη δουλειά έχει ως αποτέλεσμα να θέτονται σε κίνδυνο η ποιότητα φροντίδας και περίθαλψης που παρέχει ο νοσηλευτής όπως επίσης και η αύξηση των πιθανοτήτων να συντελούνται περισσότερα λάθη. Σε έρευνα με δείγμα ενενήντα πέντε χιλιάδων νοσηλευτών αποδείχτηκε ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι δούλευαν σε νοσοκομεία και είχαν επαφές με πολλούς ασθενείς ήταν κατά πολύ περισσότερο δυσαρεστημένοι από νοσηλευτές, οι οποίοι δούλευαν κάπου αλλού. Γενικότερα επισημαίνουμε ότι η ικανοποίηση των νοσηλευτών είναι χαμηλότερη σε ένα εργασιακό περιβάλλον όπου υπάρχουν πολλοί νοσηλευτές καταβεβλημένοι από το σύνδρομο. Αυτό λοιπόν είναι ένα δείγμα ότι η ποιότητα των νοσηλευτών κρίνεται κατά έναν πολύ μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της εργασίας (Mc Hugh et al. 2011).

Πολλοί νοσηλευτές έχουν επισημάνει ότι οι εργασιακές συνθήκες δεν είναι οι κατάλληλες ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν και να παρέχουν σωστή και εξατομικευμένη φροντίδα όπως θα έπρεπε, με ασφάλεια και υψηλή ποιότητα. Από τις

χώρες οι οποίες ερωτήθηκαν σχετικά με την ποιότητα της υγείας τους οι νοσηλευτές απάνταγαν μόνο ένας στους εννιά στη Γερμανία και ένας στους τρεις στις υπόλοιπες χώρες, ότι είναι άριστα πέντε. Επιπλέον αυτό που επιζητούν να γίνει για να αλλάξει αυτή η κατάσταση είναι η καλύτερη σχέση και επικοινωνία με τους ανωτέρους τους δημιουργώντας έτσι ένα πιο καλό εργασιακό κλίμα με λιγότερους αρνητικούς παράγοντες μέσα στο οποίο θα μπορούνε όλοι να αποδώσουν στο μέγιστο (Linda et al. 2002).

Το εργασιακό περιβάλλον σύμφωνα και με προαναφερθείσες έρευνες τείνει να είναι από τους πιο κύριους παράγοντες για όχι μόνο τη δημιουργία επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και τη διατήρηση της (Rowe & Sherlock 2005). Για να επιβεβαιωθεί αυτή η συσχέτιση ανάμεσα σε επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον χρειάζονται και περισσότερα στοιχεία σχετικά με το δομή και τη λειτουργία ενός εργασιακού περιβάλλοντος, το οποίο εντέλει μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τους εργαζομένους. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Sao Paulo με δείγμα 745 νοσηλευτές από 40 διαφορετικά νοσοκομεία έρχεται να βοηθήσει περισσότερο στην προαναφερθείσα συσχέτιση. Για να μπορέσει λοιπόν η συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα να αξιολογήσει, πέραν της δημιουργίας του συνδρόμου η οποία έγινε μέσω του MBI και το εργασιακό περιβάλλον έλαβε υπόψη της ένα συγκεκριμένο δείκτη μέτρησης το λεγόμενο δείκτη μέτρησης του νοσηλευτικού εργασιακού περιβάλλοντος (nursing work index), (NWI). Ο συγκεκριμένος τρόπος εκτίμησης του εργασιακού χώρου χωρίζεται σε τέσσερις υποκατηγορίες την αυτονομία, τον έλεγχο σχετικά με το περιβάλλον, την σχέση μεταξύ νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων υγείας και την οργανωτική υποστήριξη. Οι πρώτες δυο υποκατηγορίες (αυτονομία και έλεγχος σχετικά με το περιβάλλον) έχουν να κάνουν με τη σχετική ελευθερία που έχουν οι νοσηλευτές κατά τη νοσηλευτική φροντίδα και οι οποίες εν συνεχεία επηρεάζουν το βαθμό της ποιότητας της υγείας. Η υποκατηγορία σχετικά με τις σχέσεις ανάμεσα σε νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό υποδηλώνει τον σεβασμό που θα πρέπει να υπάρχει αμφότερα ώστε να μπορεί να επιτυγχάνεται μια υγιής συνεργασία με απώτερο σκοπό την καλύτερα δυνατή φροντίδα, απέναντι στον ασθενή, που μπορεί να επιτευχθεί. Τέλος η οργανωτική υποστήριξη αναφέρεται στο κατά πόσο δυνατές είναι οι υποστηρικτικές μέθοδοι όταν και εφόσον χρειάζονται σε οποιαδήποτε συνθήκη μέσα στο εργασιακό περιβάλλον (Balsaneli 2014; Gasparino 2011).

Σύμφωνα λοιπόν με την ερευνητική ομάδα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) ήταν άμεσα συσχετισμένη σχετικά με την αυτονομία, τον έλεγχο γύρω από το εργασιακό περιβάλλον και την οργανωτική υποστήριξη. Συνεπώς στη συγκεκριμένη έρευνα τα συγκεκριμένα κομμάτια του εργασιακού χώρου ήταν τα λιγότερα σωστά καταρτισμένα. Επιπρόσθετα ο τομέας της αυτονομίας φάνηκε να σχετίζεται ταυτόχρονα με όλες τις πτυχές του συνδρόμου, δηλαδή και την αποπροσωποποίηση (depersonalization) και την μειωμένη αίσθηση προσωπικού επιτεύγματος (reduced personal accomplishment). Οι σχέσεις ανάμεσα σε νοσηλευτές και άλλους κλάδους υγείας του νοσοκομείου, στη συγκεκριμένη έρευνα, δεν φάνηκαν ελαττωματικές και έτσι δεν επηρέασαν σε κάποιο βαθμό την επαγγελματική εξουθένωση. Αποδεικνύεται λοιπόν ότι υπάρχει μια άμεση και θετική σχέση ανάμεσα στην αυτονομία και την επαγγελματική εξουθένωση. Πιο συγκεκριμένα όσο μεγαλύτερο είναι το εύρος της αυτονομίας τόσο πιο προστατευτική καταλήγει να είναι έναντι στη δημιουργία του συνδρόμου. Το ίδιο το εύρος της αυτονομίας επηρεάζει ωστόσο και το προσωπικό επίτευγμα καθώς όσο περισσότερη αυτονομία μπορεί να διαχειριστεί ένας νοσηλευτής τόσο μεγαλώνει και η ικανοποίηση που θα νοιώσει σε βάθος χρόνου, αντιστρόφως ανάλογα δηλαδή με τη μειωμένη αίσθηση προσωπικού επιτεύγματος (reduced personal accomplishment).

Συμπεραίνουμε λοιπόν βάση της έρευνας ότι εάν οι συνθήκες σε έναν εργασιακό χώρο τείνουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα στους τομείς της αυτονομίας, του ελέγχου του εργασιακού περιβάλλοντος και της οργανωτικής υποστήριξης τότε το συγκεκριμένο αποτέλεσμα θα είναι κατά βάση στο τομέα της συναισθηματικής εξάντλησης (emotional exhaustion). Γενικότερα αυτό που μοιάζει κατά βάση να υπερέχει από την πλευρά της εξουθένωσης, όταν η αιτία δημιουργίας της είναι οι εργασιακές συνθήκες, είναι η συναισθηματική εξάντληση. Συνεπώς εφόσον και αν βρεθεί σε μελέτη ή έρευνα ότι η συναισθηματική εξάντληση παρουσιάζει μεγάλες διαφορές σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες του συνδρόμου τότε είναι πολύ πιθανό η συγκεκριμένη μονάδα όπου διεξάγεται η έρευνα να αντιμετωπίζει προβλήματα σχετικά με το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών (Nogueira et al. 2018).

Ακόμα μια έρευνα που έρχεται να επιβεβαιώσει τα παραπάνω σχετικά με το περιβάλλον εργασίας και το πόσο επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση είναι η ακόλουθη. Η σχετική έρευνα έχει δείγμα 129 νοσηλευτές μονάδων εντατικής θεραπείας. Αρχικά στο

δείγμα χρησιμοποιήθηκε ξανά ο συνδυασμός του MBI και του NWI-R ώστε να μπορέσει να μελετηθεί ταυτόχρονα και η κλίμακα του συνδρόμου που βιώνουν οι νοσηλευτές αλλά και οι συνθήκες εργασίας, καθώς και το τι επηρεάζει τι. Βρέθηκε πως και εδώ η συναισθηματική εξάντληση κρατάει τα πρωτεία γιατί αυτή τη φορά παρουσιάστηκε ξανά, όχι μόνο η έλλειψη αυτονομίας όπως και στην προαναφερθείσα έρευνα, αλλά και μειωμένες καλές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ή άλλων εργασιακών μονάδων του νοσοκομείου. Συνεπώς εύλογα συμπεραίνεται ότι η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) πάντα θα έχει

το πρώτο λόγο σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εργασιακού περιβάλλοντος. Οι νοσηλευτές οι οποίοι βιώνουν συγκεκριμένα και περιορισμένη αυτονομία, χαμηλό έλεγχο σχετικά με το περιβάλλον καθώς και άσχημες και μη επαγγελματικές σχέσεις με ιατρούς ή άλλους εργαζομένους αποκτούν σίγουρα το σύνδρομο, λόγω της αυξημένης θέσης της συναισθηματικής εξάντλησης, με το αποτέλεσμα αυτή τη φορά στις μονάδες εντατικής θεραπείας να είναι είτε η παραμέληση της ποιότητας της φροντίδας, είτε η δυσαρέστηση και η απογοήτευση που οδηγεί στην αποχώρηση από την δουλειά τους. Συνεπώς στις μονάδες εντατικής θεραπείας παίζει μεγάλο ρόλο ο τομέας της αυτονομίας όπου διακατέχει ο κάθε νοσηλευτής. Δίνοντας λοιπόν την αυτονομία σε υψηλά καταρτισμένους νοσηλευτές οδηγείται σταδιακά και ο εκάστοτε θάλαμος σε βελτίωση καθώς όλοι επιζητούν την μεγαλύτερη αυτονομία και συνεπώς και τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Panunto & Guirardello 2013).

Γενικότερα οι εργασιακές συνθήκες, το εργασιακό περιβάλλον καθώς και οι απειρία των νοσηλευτών είναι καταλυτικές στη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μια ακόμη έρευνα που επιβεβαιώνει τα προαναφερθέντα σχετικά με το πόσο σημαντικό είναι το ίδιο το εργασιακό περιβάλλον έχει δείγμα 5,959 νοσηλευτές από 302 μονάδες σε 19 διαφορετικά νοσοκομεία της Ιαπωνίας. Τα αποτελέσματα μέσω του MBI έδειξαν ότι ένα 60% συνολικά ήταν δυσαρεστημένο από τη δουλειά του ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό του 56% παρουσίαζε επαγγελματική εξουθένωση. Με άλλα λόγια στα νοσοκομεία όπου το 50% των νοσηλευτών είναι μη έμπειροι το σύνδρομο είναι διπλάσιο από τα νοσοκομεία όπου το 20% των νοσηλευτών δεν έχουν εμπειρία. Συνεπώς το εργασιακό περιβάλλον που στη συγκεκριμένη περίπτωση αν αποτελείται

από όχι και τόσο έμπειρους νοσηλευτές ή από νοσηλευτές οι οποίοι δεν είναι ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους, το σύνδρομο είναι πολύ πιο πιθανό να συμβεί στο προσωπικό του νοσοκομείου (Pak et al. 2008). Στο ίδιο ακριβώς πόρισμα καταλήγει και μια έρευνα, όπου έγινε στη Ταϊλάνδη με δείγμα 1351 νοσηλευτές από 43 μονάδες σε πέντε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, όπου οι νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία με καλύτερο εργασιακό περιβάλλον τείνουν να εμφανίζουν πολύ λιγότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Nantsupawat et al. 2016).

Υπάρχει άμεση συσχέτιση όμως και ανάμεσα στην ποιότητα εργασίας των νοσηλευτών και με το αν μένουν ευχαριστημένοι οι ασθενείς ή όχι κάτι που αποτυπώνεται και στο βιβλίο του Institute of Medicine, Keeping Patients Safe (2004). Ενώ η παραπάνω συσχέτιση επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Vahey et al. (2004). Ακόμα αναφέρεται ότι οι κλινικές οι οποίες έχουν προσωπικό με επαγγελματική εξουθένωση τείνουν να μπαίνουν στο περιθώριο από ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε αυτές ενώ δηλώνουν πως δεν πρόκειται να προτείνουν τη συγκεκριμένη κλινική σε κάποιον συγγενή ή φίλο τους. Ένα ακόμα στοιχείο το οποίο έρχεται να επιβεβαιώσει την άμεση συσχέτιση του συνδρόμου με την μη ικανοποίηση από την εργασία τους είναι ένα στατιστικό της συγκεκριμένης έρευνας. Το 24% των νοσηλευτών δηλώνουν απογοητευμένοι από τη δουλειά τους και το 34% πάσχει από το σύνδρομο. Στην ίδια κλίμακα ένα ποσοστό του 41% δηλώνει δυσαρεστημένο με τα ελλιπή στοιχεία που προάγουν την υγεία, ενώ ένα συντριπτικό 50% δηλώνει δυσαρεστημένο με τις συντάξεις που ανατίθενται στο τέλος της καριέρας. Ενδιαφέρον είναι ότι οι νοσηλευτές που δείχνει ότι έχουν το λιγότερο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης και δυσαρέσκειας είναι αυτοί που δεν δουλεύουν με πολλούς ασθενείς, κυρίως εκτός του χώρου του νοσοκομείου (Davis et al. 2009).

Ένας ακόμα παράγοντας που συμφωνεί με το προαναφερθέν θέμα του εργασιακού περιβάλλοντος και της ποιότητας εργασίας είναι η αναλογία ασθενών-νοσηλευτή. Έχει αποδειχτεί ότι ακόμα και η αύξηση ενός ασθενή αναλογικά μπορεί να σταθεί υπαίτια για τη δημιουργία επαγγελματικής εξουθένωσης και απογοήτευσης από τη δουλειά. Πιο συγκεκριμένα οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για οχτώ ασθενείς, δηλαδή ένας προς οχτώ (1/8), είναι κατά 2,29 πιο πολλές φορές πιθανόν να αναπτύξουν το σύνδρομο και συγκεκριμένα συναισθηματική εξάντληση (emotional

exhaustion), καθώς και 1,75 φορές πιο πιθανό να απογοητευτούν από την δουλειά τους, από τους νοσηλευτές που είναι υπεύθυνοι για τέσσερις ασθενείς (4/1). Επιπλέον αποδεικνύεται ότι ένα συντριπτικό 43% των νοσηλευτών, οι οποίοι θα δηλώσουν ότι έχουν επαγγελματική εξουθένωση και συγκεκριμένα συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) θα αφήσουν τη δουλειά τους στους επόμενους δώδεκα μήνες (Aiken et al. 2002).

Τέλος κάτι που επιβεβαιωμένα συνεισφέρει στη δημιουργία του συνδρόμου στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι και η καθημερινή, πρόσωπο με πρόσωπο, αντιμετώπιση της οικογένειας ή γενικότερα των συγγενών και φίλων των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα οι λεκτικές διαμάχες και λογομαχίες που μπορεί να υπάρξουν ανάμεσα σε έναν επαγγελματία υγείας και στους συγγενείς ενός από τους ασθενείς του φαίνεται ότι αυξάνει τα ποσοστά της επαγγελματικής εξουθένωσης σημαντικά, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τα επίπεδα της ικανοποίησης κατά την εργασία. Το ενδιαφέρον είναι ότι στη συγκεκριμένη αιτία δημιουργίας της επαγγελματικής εξουθένωσης τα επίπεδα αύξησής της φαίνεται να εκτοξεύονται και να παραμένουν σταθερά μετά από ένα τέτοιο παράδειγμα. Συνεπώς οι αντεγκλήσεις ανάμεσα σε προσωπικό και οικογένεια φαίνεται να είναι από τις χειρότερες μορφές επιρροής της πάθησης του συνδρόμου (Abrahamson et al. 2010).

2.3 Πως επηρεάζει η βία το σύνδρομο της επαγγελματική εξουθένωσης

Περιστατικά οποιασδήποτε μορφής βίας δυστυχώς συμβαίνουν παντού εντείνοντας έτσι και τη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης ανά τον πλανήτη. Σχετική έρευνα στη Τουρκία με δείγμα 622 νοσηλευτές από οχτώ διαφορετικά νοσοκομεία της Άγκυρας επιβεβαιώνει μορφές λεκτικής και σωματικής βίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα ποσοστά της λεκτικής βίας άγγιξαν το 91,1% ενώ της σωματικής βίας το 33,0%. Το μεγαλύτερο μέρος του αποτελέσματος σχετικά με τη λεκτική βία το καταλάμβαναν οι ίδιοι οι συνάδελφοι, κάτι που ενισχύει και τη συσχέτιση με το πόσο σημαντικό είναι το εργασιακό περιβάλλον, ενώ το μεγαλύτερο μέρος της σωματικής βίας είναι οι ίδιοι οι ασθενείς και οι συγγενείς τους (Celik et al. 2007). Όπως ήδη έχει επισημανθεί

παραπάνω σύμφωνα με τη Maslach όταν ένας επαγγελματίας υγείας παρουσιάζει επαγγελματική εξουθένωση εκφράζει κυνικότητα και επιθετική συμπεριφορά όχι μόνο προς τους ασθενείς του αλλά και ως προς τους συναδέλφους του. Συνεπώς σε κλινικές όπου υπάρχει ήδη η επαγγελματική εξουθένωση αποδεδειγμένα είναι σχεδόν σίγουρο πως αν δεν ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για την αντιμετώπισή της θα μπει σε μια μορφή ανακύκλωσης. Αυτό θα συμβεί γιατί η ίδια η κυνικότητα του νοσηλευτή οδηγεί σε λεκτική βία ως προς τους συνεργάτες του και η ίδια η λεκτική βία είναι μια από τις αιτίες όπου μπορεί να δημιουργηθεί σε κάποιον το σύνδρομο. Μια σχετική έρευνα των Rowe & Sherlock (2005), έρχεται να επιβεβαιώσει ότι πράγματι οι ίδιοι οι συνεργάτες των νοσηλευτών είναι οι κύριοι υπαίτιοι που προκαλούν τη συγκεκριμένη μορφή βίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τελικά το μεγαλύτερο ποσοστό της λεκτικής βίας μέσα στο περιβάλλον εργασίας τους προερχόταν από τους ίδιους τους συναδέλφους τους νοσηλευτές 27%. Δεύτερο στη λίστα ήταν οι οικογένειες και οι συγγενείς των ασθενών με ποσοστό 25%, τρίτοι ήταν οι γιατροί με ποσοστό 22% και τέταρτοι οι ασθενείς με ποσοστό 17%. Συνεπώς αυτό που συνεπάγεται από τα συγκεκριμένα αποτελέσματα είναι ότι το ίδιο το σύνδρομο μπορεί να είναι αιτία για τη δημιουργία του. Για να σταματήσει αυτός ο κύκλος θα πρέπει να σταματήσει η λεκτική βία και για να σταματήσει η λεκτική βία θα πρέπει να αναθεωρηθούν τα πρότυπα διοίκησης και να εξελιχθεί το γενικότερο νοσηλευτικό περιβάλλον.

Κεφάλαιο 3

Που παρουσιάζονται μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και γιατί

3.1 Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και φοιτητές

Γενικότερα η επαγγελματική εξουθένωση συντελείται στο τομέα της υγείας και θεωρείται ένας γενικότερος κανόνας. Όμως ποσοτικά επαγγελματική εξουθένωση δεν έχουν όλοι οι νοσηλευτές και οι επαγγελματίες υγείας καθώς υπάρχει μια διαφοροποίηση ανάμεσα στο που συμβαίνει το σύνδρομο και στο βαθμό που επηρεάζει τους εκάστοτε εργαζομένους. Για παράδειγμα έχουν ανακαλυφθεί ίχνη επαγγελματικής εξουθένωσης ήδη από τις σπουδές των νοσηλευτών στα φοιτητικά έτη. Οι Chernomas & Sapiro (2013), επισημαίνουν πως ένα μέρος του άγχους και του stress που νοιώθουν οι φοιτητές κατά τη διάρκεια της ακαδημαϊκής του καριέρας προέρχεται από το γνωστικό χάσμα που υπάρχει στους φοιτητές ανάμεσα σε θεωρία και πράξη. Μια σχετική όμως έρευνα έρχεται να επιβεβαιώσει πως τελικά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπάρχει ακόμα και από τα φοιτητικά χρόνια δίνοντας μάλιστα περισσότερες πληροφορίες και εμβάθυνση και στους παράγοντες που τη προκαλούν τόσο νωρίς.

Η συγκεκριμένη έρευνα είχε ως δείγμα φοιτητές νοσηλευτικής πανεπιστημίου της Ισπανίας και αποτελούνταν συνολικά από 240 φοιτητές. Οι φοιτητές οι οποίοι έλαβαν μέρος διένυαν το δεύτερο, το τρίτο και το τέταρτο έτος των σπουδών τους και είχαν συμπληρώσει τουλάχιστον μια περίοδο πρακτικής άσκησης σε νοσοκομείο. Η έλλειψη συμμετοχής σε νοσοκομείο ήταν και ο λόγος που δεν συμπεριελήφθησαν οι φοιτητές του πρώτου έτους. Τα σχετικά ευρήματα δίνουν βάση σε ποιους τομείς του συνδρόμου υπάρχουν μεγαλύτερα ευρήματα. Ο τομέας της συναισθηματικής εξάντλησης (emotional exhaustion) ήταν πιο ανεβασμένος στους φοιτητές του τρίτου έτους με δεύτερους στη σειρά να έρχονται οι τεταρτοετείς. Ενδιαφέρον είναι ότι οι φοιτητές του δεύτερου έτους οι οποίοι δούλευαν ταυτόχρονα με τις σπουδές τους σημείωσαν μικρότερο σκορ στο συγκεκριμένο τομέα συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Στη συνέχεια ο τομέας της αποπροσωποποίησης (depersonalization) φαίνεται να ανεβαίνει σταδιακά όσο οι φοιτητές ανεβαίνουν χρόνο εκπαίδευσης κατατάσσοντας έτσι την αποπροσωποποίηση ως δεύτερη συχνότερη μετά την συναισθηματική εξάντληση

(Chilleron et al. 2019).

Το προαναφερθέν θέμα με τους φοιτητές και την επαγγελματική εξουθένωση έρχεται να επιβεβαιώσει ακόμη μια έρευνα με δείγμα φοιτητές στο Καμερούν. Το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας συμπεριελάμβανε όλους τους φοιτητές νοσηλευτικής από τις αγγλόφωνες περιοχές του Καμερούν από τα πανεπιστήμια της Bamenda και της Buea, όπως επίσης και από ιδιωτικά πανεπιστήμια Saint Veronica και Saint Luis. Οι 99 μαθητές ήταν από το πανεπιστήμιο της Bamenda δηλαδή το 22,4%, οι 91 από το πανεπιστήμιο της Buea, δηλαδή το 20,6% και οι 251 από τα δυο ιδιωτικά πανεπιστήμια Saint Veronica και Saint Luis, δηλαδή το 56,9%. Οι πλειοψηφία των μαθητών ήταν γυναίκες 81,1% ενώ οι περισσότεροι βρίσκονταν στο δεύτερο χρόνο σπουδών τους 39,7%.

Η συγκεκριμένη έρευνα απέδειξε πως οι φοιτητές οι οποίοι κατά τη διάρκεια των σπουδών τους μετάνιωσαν για τον συγκεκριμένο επαγγελματικό προσανατολισμό, φαίνεται να έχουν υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση από τους υπόλοιπους. Πιο συγκεκριμένα τα μαθήματα και ο τρόπος εκπαίδευσης των συγκεκριμένων πανεπιστημίων στο Καμερούν είναι ιδιαίτερα απαιτητικός, δύσκολος και ανταγωνιστικός, γεγονός που πολλούς από τους φοιτητές τους έκανε να μετανιώσουν τελικά για το επάγγελμα που επιλέξαν να ακολουθήσουν οδηγώντας τους έτσι και στην δημιουργία του συνδρόμου. Αναλυτικότερα οι ερευνητές παραθέτουν και παραδείγματα της εκπαίδευσης των συγκεκριμένων πανεπιστημίων. Η καθοδήγηση είναι πιο αυστηρή και φέρνουν τους φοιτητές καθημερινά σε διλλήματα σχετικά με το τι αποφάσεις πρέπει να πάρουν σε κρίσιμα άρρωστους ασθενείς. Επιπλέον αρχίζουν να βλέπουν λιγότερο τους γονείς και την οικογένειά τους εξαιτίας των βαρδιών που καλούνται να κάνουν στο πλαίσιο της εκπαίδευσής τους στο νοσοκομείο. Έτσι είναι λογικό το να αναθεωρήσουν πολλά παιδιά το επάγγελμα του νοσηλευτή καθώς βιώνουν όλους τους αρνητικούς παράγοντες που θα αντικρίσουν στο μέλλον ήδη μπροστά τους.

Το αποτέλεσμα τώρα που έχει η δημιουργία του συνδρόμου στους φοιτητές, οι οποίοι επιλέγουν να συνεχίσουν τις σπουδές τους με αυτό το βάρος και δεν την αφήνουν για οποιονδήποτε λόγο, είναι η μείωση της ικανότητάς τους στα καθημερινά τους καθήκοντα και η βαθμολογική πτώση. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε απογοήτευση και περισσότερο άγχος και stress φτάνοντας έτσι τελικά οι φοιτητές όσο αυξάνονται τα έτη να αυξάνεται και η εξουθένωση που βιώνουν.

Καταλήγοντας οι ερευνητές επισημαίνουν το πόσο ζωτικής σημασίας είναι να δημιουργηθούν τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στους φοιτητές και να σταματήσει να γίνεται αυτή η καλλιέργεια της διαταραχής από τόσο νωρίς. Με αυτό το τρόπο περισσότεροι φοιτητές θα συνεχίσουν το επάγγελμά τους και θα μάθουν από νωρίς να ανταπεξέρχονται στις δύσκολες και αγχώδεις συνθήκες της νοσηλευτικής (Njim et al. 2018).

3.2 Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και μονάδες εντατικής θεραπείας

Το άγχος που σχετίζεται με τον εργασιακό χώρο.

Το περιβάλλον των μονάδων εντατικής θεραπείας χαρακτηρίζεται από συνεχή θόρυβο και κινητικότητα κάνοντάς το έτσι πηγή άγχους και stress καθώς πολλοί από τους νοσηλευτές που έχουν δουλέψει και σε εντατική θεραπεία αλλά και σε άλλη μονάδα είναι σε θέση να καταλάβουν το πόσο μεγάλη είναι η διαφορά. Ακόμα και ένα απλό κρυολόγημα να περνάει κάποιος νοσηλευτής η ανάρρωση είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω των δύσκολων ωραρίων εργασίας και της μη δυνατότητας για την απαραίτητη ξεκούραση για ανάρρωση.

Αυτό που προέχει όμως σχετικά με τις μονάδες εντατικής θεραπείας δεν είναι μόνο η απόδειξη στο ότι πράγματι συντελείται μια μεγαλύτερη ποσοτική ομάδα του συνδρόμου συγκριτικά με άλλες μονάδες, αλλά και η διερεύνηση της αίτιας που υποβόσκει πίσω από τι είναι αυτό τελικά που φταίει στις συγκεκριμένες μονάδες και προκαλεί το σύνδρομο. Οι κατηγορίες οι οποίες συνηγορούν στο να δημιουργηθεί η εξουθένωση είναι τρείς. Οι περιβαλλοντικοί (environmental), οι προσωπικοί (personal) και οι περιστασιακοί (situational) παράγοντες. Αξιοσημείωτο είναι ότι και ο κάθε παράγοντας ξεχωριστά μπορεί να επηρεάσει είτε πολύ είτε λίγο στην εξέλιξη που μπορεί να έχει το σύνδρομο (Gomez et al. 2017).

3.2.1 Περιβαλλοντικοί παράγοντες:

Σχετικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες έγινε μια μελέτη σε περισσότερα από 25 άρθρα τα οποία καταλήγουν πως η υγεία των νοσηλευτών των μονάδων εντατικής θεραπείας έχει άμεση συσχέτιση με το περιβάλλον εργασίας τους. Από τα 25 αυτά άρθρα οι παράγοντες που τελικά φαίνεται να συνδέουν το περιβάλλον με την επαγγελματική εξουθένωση είναι τα προβλήματα με τη στελέχωση, η αναλογία ασθενή – νοσηλευτή, χαμηλά επίπεδα αυτονομίας ανάμεσα στους νοσηλευτές και η υπερδιέγερση με ιδιαίτερη έμφαση στην “εξάντληση μέσω του συναγερμού” (the alarm fatigue effect) (Elshaer et al. 2017); (Gomez 2017); (Guirardello 2017); (Malaquin et al. 2017); (Padila 2017); (Wolfe & Unti 2017); (Weber & Jaekel 2000). Πιο συγκεκριμένα όταν η στελέχωση των νοσηλευτών είναι ελλιπής, αναγκαστικά οι παρευρισκόμενοι νοσηλευτές θα πρέπει να αναλάβουν περισσότερες ευθύνες από όσες κανονικά τους αναλογούν και σε προέκταση από όσες μπορούν να ανταπεξέλθουν σωματικά και πνευματικά, οδηγώντας τους έτσι σε αυξημένο άγχος λόγω των αυξανόμενων ευθυνών και εν συνεχεία σε υπερφόρτωση εργασίας και εξουθένωσης. Το ίδιο θέμα με τη στελέχωση των νοσηλευτών είναι υπαίτιο και για την αναλογία ασθενή – νοσηλευτή καθώς όσο μεγαλύτερες οι ελλείψεις τόσο περισσότερο αυξάνεται και η συγκεκριμένη αναλογία. Έτσι εφόσον οι συγκεκριμένοι νοσηλευτές εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας κάθε επιπλέον ασθενής είναι πολλές επιπλέον ευθύνες, λόγω της σοβαρότητας των συγκεκριμένων καταστάσεων και του συγκεκριμένου θαλάμου. Σχετικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτές τις ελλείψεις πολλές φορές στο προσωπικό είναι η ανάγκη για απουσία – διάλλειμα ή η εγκατάλειψη της δουλειάς ξανά λόγω του συνδρόμου (Urquiza et al. 2017). Όσον αφορά τα χαμηλά επίπεδα αυτονομίας των νοσηλευτών, η γενικότερη έννοια την αυτονομίας κεντράρει στα συναισθήματα του νοσηλευτή σχετικά με το προσωπικό επίτευγμα, την ποιότητα περίθαλψης που βίωσαν οι ίδιοι οι ασθενείς και στη στάση του νοσηλευτή απέναντι στην ασφάλεια. Οι νοσηλευτές λοιπόν που έχουν την δυνατότητα να λαμβάνουν τέτοιους είδους αποφάσεις αλλά μένουν εγκλωβισμένοι λόγω διοίκησης φαίνεται να είναι επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση.

3.2.2 The alarm fatigue effect:

Οι μονάδες εντατικής θεραπείας πλέον βασίζονται σε έναν πολύ μεγάλο βαθμό από μηχανήματα και οθόνες που δείχνουν σε πραγματικό χρόνο την εκάστοτε κατάσταση του ασθενούς. Εάν μια οποιαδήποτε μέτρηση είναι μη φυσιολογική τότε ενεργοποιείται συναγερμός ώστε το προσωπικό να είναι σε εγρήγορση και να αντιμετωπίσει γρήγορα, αποτελεσματικά και στοχευμένα το πρόβλημα. Σχετική έρευνα έδειξε πως σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας οι συναγερμοί μπορεί να χτυπήσουν μέχρι και 171 φορές το κρεβάτι (Casey et al. 2018) ενώ από όλες αυτές τις φορές ένα συντριπτικό ποσοστό που κυμαίνεται από 85% μέχρι 99% οι συναγερμοί δεν είναι για κάποια κρίσιμη κατάσταση που χρήζει άμεσης παρέμβασης (Purbaugh 2014). Αυτοί λοιπόν οι μη κρίσιμοι συναγερμοί οδηγούν τους εργαζομένους στο να αρχίζουν να τους θέτουν σε σίγαση ή να τους αγνοούν δημιουργώντας έτσι το φαινόμενο του alarm fatigue. Πιο συγκεκριμένα τα παραδείγματα αυτών των συναγερμών χωρίζονται σε δυο κατηγορίες τους λανθασμένους συναγερμούς και τους συναγερμούς όπου δεν χρειάζεται παρέμβαση. Στους λανθασμένους συναγερμούς υπάγονται οι περιπτώσεις της λανθασμένης τοποθέτησης κάποιου οργάνου μέτρησης (θερμόμετρο), της ίδιας της κίνησης του ασθενούς ή και ακόμα λανθασμένου προγραμματισμού του μόνιτορ (Casey 2018). Από την άλλη οι συναγερμοί οι οποίοι, δεν χρειάζονται παρέμβαση αναλύονται για παράδειγμα σε περιπτώσεις ταχυκαρδίας ή χαμηλών επιπέδων οξυγόνου όπου ο ίδιος ο οργανισμός μπορεί να τις διαχειριστεί και να τις επαναφέρει (Purbaugh 2014). Καθώς λοιπόν η συντριπτική πλειονότητα των συναγερμών αποτελείται είτε από λανθασμένους συναγερμούς είτε από συναγερμούς που δεν χρειάζονται παρέμβαση οι νοσηλευτές δημιουργούν αυτό το αίσθημα αγνόησης των συναγερμών, το alarm fatigue και εντείνουν τον κίνδυνο κάποια στιγμή να μην δώσουν και την απαραίτητη σημασία και σε έναν κανονικό συναγερμό. Τα επακόλουθα του alarm fatigue είναι και αυτά τα οποία συνεισφέρουν άμεσα στη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης όμως ευτυχώς υπάρχει αναγνώριση και διατηρούνται ακόμα σε χαμηλά επίπεδα τα λάθη από alarm fatigue (Sounding the call against alarm fatigue 2018).

3.2.3 Προσωπικοί παράγοντες:

Οι προσωπικοί παράγοντες οι οποίοι είναι υπαίτιοι για τη δημιουργία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας είναι τρεις. Η συναισθηματική ωριμότητα, το επίπεδο της κοινωνικής υποστήριξης που δέχεται ο νοσηλευτής και η ικανότητα του νοσηλευτή να αντιμετωπίζει τις δύσκολες και αγχωτικές καταστάσεις με σθένος και αντοχή (Padila 2017);(Rodriguez 2017);(Wolfe & Unti 2017). Τα επίπεδα συναισθηματικής ωριμότητας είναι τόσο σημαντικά καθώς όταν ένας νοσηλευτής και μάλιστα μονάδας εντατικής θεραπείας δεν μπορεί να ανταπεξέλθει με το stress και τις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις του συγκεκριμένου τομέα είναι βέβαιο πως θα οδηγηθεί σε εξουθένωση (Delpasant 2011). Το επίπεδο της κοινωνικής υποστήριξης και γενικότερα το κοινωνικό υπόβαθρο του εργαζομένου παίζει εξ' ίσου σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και τη δημιουργία ή όχι του συνδρόμου. Όσο μεγαλύτερη και καλύτερη είναι η ποιότητα και η συμμετοχή των ανθρώπων που υποστηρίζουν τον νοσηλευτή γενικά για τη δουλειά και την προσπάθεια που κάνει τόσο περισσότερες και οι πιθανότητες να εκλείψει το σύνδρομο (Arrogante & Zaldivar 2017). Αξιοσημείωτο ωστόσο είναι ότι το ίδιο το κοινωνικό υπόβαθρο του νοσηλευτή μπορεί και αυτό καθαυτό να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Εάν για παράδειγμα ο γάμος ενός ατόμου δεν είναι επιτυχημένος ή υπάρχουν περαιτέρω οικογενειακά προβλήματα τότε εντείνεται το άγχος και το stress δίνοντας έτσι περισσότερες πιθανότητες και στην εμφάνιση του συνδρόμου (Iglesias et al. 2010). Όσον αφορά το σθένος και την αντοχή είναι δυο πολύ χρήσιμα εργαλεία όπως προαναφέρθηκε στην αντιμετώπιση των αρνητικών παραγόντων που σε βάθος χρόνου μπορεί να επιφέρουν το σύνδρομο. Πιο συγκεκριμένα για να κατατοπιστεί και πιο σωστά το θέμα οι αρνητικοί παράγοντες οι οποίοι κάνουν τις μονάδες εντατικής θεραπείας να διαφέρουν με τις υπόλοιπες σχετικά με τη δυσκολία, την υπευθυνότητα και την καταπίεση είναι οι εξής: οι χρονικοί περιορισμοί, η πίεση σχετικά με το να δουλεύεις γρήγορα, οι αυξανόμενοι ασθενείς, τα αμφιλεγόμενα ηθικά ζητήματα, οι βαριά άρρωστοι και μελλοθάνατοι ασθενείς και οι μειωμένες συναισθηματικές και κοινωνικές υποστηρικτικές υπηρεσίες (Arrogante & Aparicio 2017; Mohammadi 2017; Padilla 2017; Wolfe & Unti 2017). Συνεπώς το να μπορεί ο νοσηλευτής να επιδείξει το σθένος και την αντοχή που χρειάζεται για να υπερβεί τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των μονάδων εντατικής θεραπείας είναι ένα μεγάλο και χρήσιμο όπλο έναντι του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπρόσθετα ο ορισμός του σθένους θα μπορούσε να χαρακτηριστεί από την

ταλαιπωρία που χρειάζεται να περάσει κάποιος για να το αποκτήσει και από την θετική προσαρμοστικότητα που βοηθάει πάντα το άτομο να προσαρμόζεται παρά τις αντιξοότητες των οποιονδήποτε συνθηκών (Arrogante & Aparicio 2017).

3.2.4 Περιστασιακοί παράγοντες:

Όπως και στους δυο προαναφερθέντες παράγοντες, τους περιβαλλοντικούς και τους προσωπικούς, έτσι και οι περιστασιακοί παράγοντες οι οποίοι χρειάζονται για να οδηγήσουν έναν νοσηλευτή μονάδας εντατικής θεραπείας στο να έρθει αντιμέτωπος με το σύνδρομο είναι οι εξής. Αρχικά ο ανεπαρκής οργανισμός της υγείας για τις συγκεκριμένες μονάδες. Η εντατική θεραπεία βαδίζει πολύ γρήγορα και το περιβάλλον είναι πολύ απαιτητικό και χρειάζεται μια αποδοτική ομάδα που να μπορεί να ανταπεξέρχεται σε οποιαδήποτε πολύπλοκα και δύσκολα ζητήματα μπορεί να παρουσιαστούν ανά πάσα στιγμή. Εάν η ομάδα δεν μπορεί να επικοινωνήσει αποτελεσματικά και να βρίσκεται πάντα σε εγρήγορση τότε δημιουργείται ένα χάσμα το οποίο οδηγεί σε αποδιοργάνωση και ευερεθιστότητα μονάδων και εν συνέχεια σε έλλειψη επιθυμίας του να συνεχίζουν να δουλεύουν υπό την συγκεκριμένη ομάδα. Το συγκεκριμένο συναίσθημα είναι ικανό να οδηγήσει νοσηλευτές στο να πάρουν αυτοβούλως περισσότερες αρμοδιότητες, με στόχο να μπορέσουν να τελειώσουν αυτά που εκκρεμούν, οδηγώντας τους έτσι σε επιπλέον επιβάρυνση και δημιουργία εξουθένωσης (Elshaer 2017). Ένας άλλος πολύ ενδιαφέρον περιστασιακός παράγοντας είναι η ίδια η φύση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης που τείνει να είναι μεταδοτικό και να μεταφέρεται από τον έναν νοσηλευτή στον άλλον είτε συνειδητά είτε υποσυνείδητα. Σχετική έρευνα έχει αποδείξει ότι το σύνδρομο μπορεί είτε κοινωνικά είτε μέσω της συμπεριφοράς να γίνει αντιληπτό στους άλλους. Η υποσυνείδητη συναισθηματική μετάδοση μπορεί να κάνει το άτομο να μιμηθεί τα συμπτώματα και τις συμπεριφορές της εξουθένωσης οδηγώντας το άτομο εντέλει στο να αποκτήσει και το συναισθηματικό υπόβαθρο του συνδρόμου (Bakker 2005).

Τελευταίος περιστασιακός παράγοντας που μπορεί να επιφέρει επαγγελματική εξουθένωση και μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό είναι και η περίπτωση ηθικού διλλήματος, το οποίο όμως δεν θα επιφέρει καμία αλλαγή στην κατάσταση του ασθενούς και είναι μάταιο. Ένα παράδειγμα μιας τέτοιας κατάστασης είναι η εφαρμογή

καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε έναν ασθενή με πολλαπλή δυσλειτουργία οργάνων. Τέτοιες περιπτώσεις συνήθως εμφανίζονται όταν οι πεποιθήσεις του οικογενειακού κύκλου του ασθενή έρχονται αντιμέτωποι με τις ιατρικές προτάσεις. Τα ηθικά διλήματα είναι τα πιο δύσκολα στο να τα διαχειριστεί ένας νοσηλευτής εντατικής θεραπείας καθώς από την πλευρά του μπορεί να γνωρίζει ότι το να παραταθεί η ζωή ενός συγκεκριμένου ασθενή απλά θα του κρατήσει το μαρτύριο λίγο παραπάνω χωρίς να επιτευχθεί απολύτως τίποτα (Meltzer & Huckabay 2004). Όσο με περισσότερα ηθικά διλήματα, τέτοιας φύσεως, έρχεται αντιμέτωπος ένας νοσηλευτής εντατικής θεραπείας τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει και στο να αναπτύξει το σύνδρομο (Elshaer 2017).

3.3 Η διαφοροποίηση των διαστάσεων του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στις διάφορες μονάδες εντατικής θεραπείας

Σε μια πρόσφατη σχετικά έρευνα έγινε αναφορά σχετικά με τις διαφοροποιήσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα το θάλαμο στον οποίο εργάζεται ο εκάστοτε επαγγελματίας υγείας. Αυτό σημαίνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια αρκετά ρευστή έννοια η οποία από θάλαμο σε θάλαμο μεταβάλλεται και οι νοσηλευτές το βιώνουν διαφορετικά. Το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας πάρθηκε από τέσσερις διαφορετικές μονάδες εντατικής θεραπείας από νοσοκομείο Bellevue της Νέας Υόρκης, την ιατροφαρμακευτική, την χειρουργική, την καρδιακή και την νευροχειρουργική. Για να μπορέσει να μελετηθεί η σχετική διαφοροποίηση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι απαραίτητη η χρήση του MBI καθώς μόνο έτσι μπορεί να αποσαφηνιστεί ποιες από τις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου ανάλογα με το θάλαμο είναι υψηλότερα από τις άλλες. Οι τρεις διαστάσεις σύμφωνα με το MBI είναι η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), η αποπροσωποποίηση (depersonalization) και η μειωμένη αίσθηση προσωπικού επιτεύγματος (reduced personal accomplishment). Οι νοσηλευτές οι οποίοι έλαβαν μέρος ήταν 49. Στα αποτελέσματα αποτυπώνεται αρχικά ότι η πρώτη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, η συναισθηματική εξάντληση παρουσιαζόταν από

αύξουσα προς φθίνουσα σειρά στη ιατροφαρμακευτική μονάδα εντατικής θεραπείας (3,10), έπειτα στη καρδιολογική μονάδα (2,98), μετά στη νευροχειρουργική μονάδα (2,67) και τέλος στη χειρουργική μονάδα (2,25). Συνεπώς όσον αφορά την συναισθηματική εξάντληση και κατάρρευση των νοσηλευτών τα πρωτεία έχει η ιατροφαρμακευτική μονάδα εντατικής θεραπείας. Στη συνέχεια σχετικά με τη δεύτερη διάσταση του συνδρόμου, την αποπροσωποποίηση, τα ευρήματα έχουν ως εξής. Πρώτη ξανά η ιατροφαρμακευτική μονάδα (0,88), δεύτερη η καρδιολογική μονάδα (0,79), τρίτη η χειρουργική μονάδα (0,64) και τελευταία η νευροχειρουργική (0,30). Άρα και στην αποπροσωποποίηση ξανά τα πρωτεία έχει η ιατροφαρμακευτική μονάδα. Τέλος με την έλλειψη προσωπικού επιτεύγματος τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα χαμηλότερα ποσοστά παρουσίαζε η νευροχειρουργική μονάδα (3,80) έπειτα η ιατροφαρμακευτική (4,21), η καρδιολογική (4,85) και η χειρουργική (5,25). Συμπερασματικά καταλήγει κανείς στο ότι εντέλει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να διαφέρει από θάλαμο σε θάλαμο και δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να παρομοιάζεται η εξουθένωση μιας μονάδας με μιας άλλης (Postelnicu et al. 2019).

Πέραν της επαγγελματικής εξουθένωσης που συντελείται στους φοιτητές και γενικότερα στα νεότερα άτομα, υπάρχει μια ακόμα μεγαλύτερη ομάδα στην οποία η επαγγελματική εξουθένωση είναι σχεδόν ταυτόσημη. Τις μονάδες εντατικής θεραπείας και γενικότερα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι συγκεκριμένοι νοσηλευτές φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερες ποσότητες του τρίτου μέρους του συνδρόμου σύμφωνα με τη Maslach, το οποίο είναι η χαμηλή αίσθηση του προσωπικού επιτεύγματος (low personal accomplishment) παρουσιάστηκε κατά 31% ενώ ακολουθεί η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) κατά 28%. Η αποπροσωποποίηση αντιστοιχεί σε ένα ποσοστό του 15% και έρχεται τρίτη στη σειρά. Αυτό παρατηρείται προφανώς λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην περίθαλψη των συγκεκριμένων ασθενών, οι οποίοι χρειάζονται διαρκή φροντίδα. Γενικότερα οι μονάδες εντατικής θεραπείας αποτελούν και μια πρόκληση για τους νοσηλευτές αναγκάζοντάς τους να ανακαλύψουν τις απαιτήσεις που χρειάζονται από πρώτο χέρι. Το γενικότερο αποτέλεσμα που έχουν αυτές οι μονάδες στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι η αύξηση της συναισθηματικής

εξάντλησης και η μείωση του προσωπικού επιτεύγματος. Η συγκεκριμένη έρευνα είχε ως δείγμα νοσοκομεία της Ισπανίας (Reyes et al. 2018).

Ακόμα μια έρευνα, που έρχεται να αποδείξει και να επιβεβαιώσει το πόσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα του συνδρόμου σε νοσηλευτές εντατικών μονάδων θεραπείας, έλαβε μέρος στη Σαουδική Αραβία και πιο συγκεκριμένα στο King Saud Medical City με δείγμα 270 νοσηλευτές. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένα έρευνα η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών μονάδων εντατικής θεραπείας έπασχε από επαγγελματική εξουθένωση 65,9%. Αυτό συνδέεται με πολλούς παράγοντες όπως υπερφόρτωση εργασίας, έλλειψη προσωπικού, οικονομικά προβλήματα. Όπως προαναφέρθηκε έχει μελετηθεί ότι γενικότερα στις μονάδες εντατικής θεραπείας το σύνδρομο διαφέρει από μονάδα σε μονάδα και παρουσιάζει διακυμάνσεις σχετικά με το είδος του συνδρόμου που παρουσιάζεται. Επιπρόσθετα η ηλικία παίζει εξ' ίσου σημαντικό ρόλο καθώς οι νεότεροι νοσηλευτές τείνουν να παρουσιάζουν πιο εύκολα και με μεγαλύτερη συχνότητα επαγγελματική εξουθένωση από τους πιο έμπειρους και μεγαλύτερους σε ηλικία νοσηλευτές. Στη συγκεκριμένη ανάλυση στη Σαουδική Αραβία βρέθηκε πως η πληρωμή παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της εξουθένωσης με ιδιαίτερη διάκριση στο τομέα της συναισθηματικής εξάντλησης (emotional exhaustion). Εν συνεχεία οι μελετητές προχώρησαν και σε μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα σύγκριση η οποία μαρτυράει χρήσιμες πληροφορίες ανάμεσα στο τι είναι αυτό που τελικά ξεχωρίζει τους νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας από τους υπόλοιπους στο φάσμα επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης έδειξαν ότι δεν υπάρχει τόσο μεγάλη στατιστική διαφορά ανάμεσα στο φύλο, της διαφορά ηλικίας, την εκπαίδευση και την εμπειρία όσο υπάρχει στη ποιότητα της φροντίδας όπου παρέχουν και στο πόσο αποτελεσματικοί είναι. Συνεπώς η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας είναι ένας ακόμα παράγοντας που συνηγορεί δημιουργώντας έτσι την εξουθένωση (Awajeh et al. 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Αρνητικές συνέπειες του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Από τη στιγμή που η επαγγελματική εξουθένωση αποτελείται από μια σειρά συμπτωμάτων, η οποία κατά κύριο λόγο οδηγεί τον νοσηλευτή σε αποδιοργάνωση, σε αποπροσωποποίηση, σε κυνικότητα και σε ένα συνονθύλευμα από αρνητικούς παράγοντες Maslach (1981), είναι λογικό να υπάρχουν και δυσάρεστα αποτελέσματα σε ένα γενικότερο σύνολο.

4.1 Λοιμώξεις

Τα κέντρα σχετιζόμενα με νοσοκομειακές λοιμώξεις έχουν αποδείξει και από παλαιότερα πως 1,7 εκατομμύρια ασθενείς ετησίως αποκτούν κάποια είδους μόλυνση ενώ λαμβάνουν θεραπεία για κάτι εντελώς διαφορετικό και οι 98 από αυτούς ή αλλιώς ο 1/17 θα χάσει τη ζωή του από κάποια μόλυνση που θα αποκτήσει στο νοσοκομείο. Τα τελευταία χρόνια όμως έρευνες έδειξαν πως και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να αποτελέσει παράγοντα δημιουργίας μιας τέτοιας λοίμωξης (Stone et al. 2008).

Παρατηρείται λοιπόν μια σύνδεση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και στις νοσοκομειακές λοιμώξεις και συγκεκριμένα σε κλινικές όπου το προσωπικό αναγκάζεται να προσέχει ο ένας νοσηλευτής περισσότερους, από το κανονικό, ασθενείς. Η πιο συνηθισμένη από τις λοιμώξεις, με αιτιολογία το σύνδρομο, είναι της ουροδόχου κύστης. Βρέθηκε λοιπόν πως η αύξηση ενός και μόνο ασθενούς επιπλέον σε έναν νοσηλευτή μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα να συμβεί μια λοίμωξη (Hugonnet et al. 2007). Πιο συγκεκριμένα είχαν αρχικά γίνει υποθέσεις σχετικά με την ταύτιση της δυσαναλογίας των ασθενών ανά νοσηλευτή και της αύξησης των μολύνσεων, γεγονός που αργότερα επιβεβαιώθηκε. Η έρευνα είχε ως δείγμα ασθενείς οι οποίοι είναι πολύ βαριά άρρωστοι ώστε οποιαδήποτε μεταβολή στη κατάσταση τους να μπορέσει να αποτελέσει βασικό στοιχείο και για τις λοιμώξεις. Στο δείγμα έλαβαν

μέρος 1883 ασθενείς οι οποίοι παρέμειναν περισσότερες από σαράντα οχτώ ώρες σε κρίσιμη νοσηλευτική φροντίδα. Όλη αυτή η έρευνα είχε ως διάρκεια 10.637 μέρες με πολύ ενδεικτικά αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα αυτά ανίχνευσαν 686 μολύνσεις σε 415 ασθενείς η αλλιώς 64,5 επεισόδια λοίμωξης κάθε χίλιους ασθενείς. Συμπερασματικά η έρευνα κατέληξε πως η αύξηση μιας και μόνο μονάδας δυναμικού στην εξίσωση νοσηλευτής – ασθενής μπορεί να μειώσει κατά τριάντα τις εκατό το ρίσκο για εμφάνιση λοίμωξης (Hugonnet et al. 2007).

Άλλη μια έρευνα, η οποία έρχεται να επιβεβαιώσει την άμεση συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και νοσοκομειακών λοιμώξεων μελετάει πως το σύνδρομο είναι υπεύθυνο για τη δημιουργία των λοιμώξεων και τι ρόλο παίζει σε αυτό η αναλογία μεταξύ προσωπικού και ασθενών. Στη συγκεκριμένη έρευνα το δείγμα ήταν 161 νοσοκομεία της Pennsylvania, τα οποία έδειχναν στοιχεία ότι παρουσίασαν περιστατικά μολύνσεων, και νοσηλευτές οι οποίοι δούλευαν στα συγκεκριμένα νοσοκομεία. Ένας μέσος όρος των κρεβατιών που υπήρχαν στα νοσοκομεία ήταν 227 ανά νοσοκομείο. Το 60% των νοσοκομείων χαρακτηρίστηκαν ως πανεπιστημιακά ενώ το 40% ήταν νοσοκομεία υψηλής τεχνολογίας. Πάλι σε μέσο όρο ο κάθε νοσηλευτής αντιστοιχούσε σε 5,7 ασθενείς, σχεδόν 1/6. Ο μέσος όρος ηλικίας των νοσηλευτών ήταν 44 χρόνια και ένα 38% είχε εμπειρία άνω των δεκαεπτά χρόνων εργασίας. Τέλος οι περισσότεροι από το 1/3 των νοσηλευτών των συγκεκριμένων νοσοκομείων παρουσίαζαν επαγγελματική εξουθένωση. Σε ευρεία κλίμακα η συγκεκριμένη έρευνα απέδειξε πως σε κάθε χίλιους ασθενείς οι 16 αποκτούσαν κάποιου είδους λοίμωξη μέσα στο νοσοκομείο με πρώτη την λοίμωξη της ουροδόχου κύστης σε ποσοστό 8,6 / 1000. Δεύτερη στη σειρά λοίμωξη ήταν λοιμώξεις που συμβαίνουν μετά από το χειρουργείο σε ποσοστό 4,2 / /1000. Τρίτη ήταν λοιμώξεις του γαστρεντερικού συστήματος σε ποσοστό 2,5 / 1000, τέταρτη η πνευμονία σε ποσοστό 2,1 / 1000 και τέλος στο αίμα σε ποσοστό μόλις 1,9 / 1000. Λαμβάνοντας υπόψη την πιο υψηλή σε συχνότητα λοίμωξη, αυτή της ουροδόχου κύστης, βρέθηκε ότι με μόλις έναν παραπάνω ασθενή ανά νοσηλευτή αναλογικά υπάρχει μια αύξηση 0,86 μονάδων στην παρουσία της συγκεκριμένης λοίμωξης ή αλλιώς, ξανά αναλογικά, για κάθε ασθενή που προστίθεται ανά νοσηλευτή 1351 επιπλέον μολύνσεις σχετικά με την ουροδόχο κύστη.

Εν κατακλείδι η συγκεκριμένη έρευνα αποδεικνύει πως στα νοσοκομεία, τα οποία οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν λιγότερους ασθενείς, που συνεπάγεται και σε μείωση του

συνδρόμου, παρουσιάζουν λιγότερα ποσοστά σε νοσοκομειακές λοιμώξεις. Συνεπώς η επαγγελματική εξουθένωση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο ακόμα και στο αν οι ασθενείς θα πάθουν κάποιου είδους μόλυνση. Η κατά 10% αύξηση νοσηλευτών οι οποίοι πάσχουν από το σύνδρομο οδηγεί και στην αναλογική αύξηση των μολύνσεων κυρίως της ουροδόχου κύστης και των χειρουργικών μολύνσεων. Μιλώντας με αριθμούς εάν καταφέρναμε να περιορίζουμε την εξουθένωση από 10% σε ποσοστό 30% θα προλαμβάναμε σύνολο 4,160 μολύνσεις στα νοσοκομεία της Pennsylvania (Cimiotti et al. 2012).

Μια παρόμοια έρευνα έρχεται να επιβεβαιώσει την παραπάνω ανάλυση με εξίσου ενδιαφέροντα δείγματα και ευρήματα. Το δείγμα της συμπεριελάμβανε 3.217 νοσηλευτές από 320 νοσοκομεία. Η μόνη διαφορά με την προαναφερθείσα έρευνα είναι ότι η συγκεκριμένη απευθύνθηκε σε νοσηλευτές οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για ασθενείς πιο κρίσιμων καταστάσεων. Μέσος όρος ηλικίας των νοσηλευτών τα 40 έτη. Αξιοσημείωτο είναι ότι και οι συγκεκριμένοι νοσηλευτές έδειχναν κρούσματα επαγγελματικής εξουθένωσης κυρίως λόγω της φύσης του θαλάμου τους και των πιο απαιτητικών συνθηκών εργασίας.

Τα αποτελέσματα στα συγκεκριμένα νοσοκομεία ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα καθώς οι μολύνσεις οι οποίες πρωτοστατούσαν ήταν διαφορετικές σε σχέση με τα νοσοκομεία της Pennsylvania. Ένα ποσοστό που αναλογεί σε περισσότερες από μια φορές το μήνα συμβαίνει ένα περιστατικό μόλυνσης στα κέντρα εντατικής θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα οι μολύνσεις που παρουσιάζονται συχνότερα είναι οι σχετιζόμενες με αναπνευστήρα, οι σχετιζόμενες με καθετήρα και οι μολύνσεις ουροδόχου κύστης. Οποιαδήποτε άλλη νοσοκομειακή λοίμωξη παρατηρείται πέραν των προηγούμενων, ειδικά αυτές που προκαλούνται από πολυανθεκτικά βακτήρια, τείνουν επίσης να αυξάνονται (Cimiotti et al. 2012). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα πέραν ότι έρχονται και αυτά με τη σειρά τους να επιβεβαιώσουν το ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα κύριος συντελεστής εντέλει των νοσοκομειακών λοιμώξεων, μας υπενθυμίζουν και το πόσο σημαντικό ρόλο παίζει και το συγκεκριμένο περιβάλλον εργασίας που βρίσκεται και εργάζεται ο κάθε νοσηλευτής. Ακόμα και τα είδη των λοιμώξεων διαφέρουν από θάλαμο σε θάλαμο με μόνη λοίμωξη που απαντάται σχεδόν παντού να είναι αυτή της ουροδόχου κύστης (Kelly et al. 2013).

Σχετικά με τις λοιμώξεις η παρακάτω έρευνα εμβαθύνει περισσότερο και τα αποτελέσματα στα οποία τελικά κατέληξε απέδειξαν τι ακριβώς είναι αυτό που συντελείται κατά την εξουθένωση και οδηγεί στη δημιουργία των λοιμώξεων. Η συγκεκριμένη έρευνα έλαβε μέρος σε μονάδες εντατικής θεραπείας, στις οποίες οι παράγοντες που οδηγούν στο σύνδρομο είναι διπλάσιοι λόγω των χρόνιων ψυχολογικών συγκρούσεων που βιώνουν οι νοσηλευτές. Αυτές οι συγκρούσεις είναι αποτέλεσμα της υψηλής ευθύνης που επωμίζονται οι εργαζόμενοι των συγκεκριμένων μονάδων καθώς και των εργασιακών καθηκόντων που καλούνται να αναλάβουν. Το δείγμα αποτελούνταν από 130 νοσηλευτές και διεκπεραιώθηκε μέσα σε διάστημα έξι μηνών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο κύριος παράγοντας της εξουθένωσης, από το MBI, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη δημιουργία των λοιμώξεων είναι η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) και πιο συγκεκριμένα η κυνικότητα. Η κυνικότητα όπως έχει προαναφερθεί είναι ένα εκ των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης ενότητας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης κατά τη Maslach και του MBI. Το πόρισμα της έρευνας έδειξε ότι η συγκεκριμένη κατάσταση οδηγεί σε αποδιοργάνωση και καταβάλλει την ομαδική επικοινωνία και συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού. Με τη σειρά της σαν αλυσιδωτή αντίδραση η έλλειψη συνεργασίας και ομαδικής δουλειάς οδηγεί σε λανθασμένη λήψη αποφάσεων ή ακόμα χειρότερα σε βεβιασμένη λήψη αποφάσεων και ελλιπή φροντίδα με τελικό αποτέλεσμα το λάθος και τη δημιουργία της μόλυνσης. Συνεπώς το πόρισμα είναι ότι η εξάλειψη του συνδρόμου σίγουρα θα οδηγήσει και σε μείωση των λοιμώξεων (Galleta et al. 2016).

Ακόμα μια έρευνα που σχετίζεται με τη δημιουργία λοιμώξεων εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης είχε δείγμα 44 μονάδες εντατικής θεραπείας για βρέφη στην Καλιφόρνια. Τα ευρήματα έδειξαν αρχικά ότι οι νοσηλευτές που παρουσίαζαν το σύνδρομο ήταν αυτοί οι οποίοι είχαν πέντε ή παραπάνω χρόνια εμπειρίας και αυτό πιθανολογείται στο ότι συμβαίνει καθώς είναι περισσότερο χρόνο εκτεθειμένοι στις δυσκολίες και τις αντιξοότητες του συγκεκριμένου θαλάμου. Επιπρόσθετα, οι πλειοψηφία των νοσηλευτών οι οποίοι διαγνώστηκαν με το σύνδρομο τείνουν να εργάζονται πρωινές βάρδιες και όχι νυχτερινές. Αν και οι νυχτερινές βάρδιες είναι ένα δύσκολο έργο για να επιτελέσει κανείς, διότι δημιουργούν γενικότερο πρόβλημα

προγραμματισμού και εκτός δουλειάς, αποδεικνύεται ότι οι πρωινές βάρδιες είναι αυτές που δημιουργούν εντέλει το πρόβλημα. Αυτό αιτιολογείται καθώς το πρωί ο νοσηλευτής έρχεται αντιμέτωπος με τα διαγνωστικά, τις δραστηριότητες περί θεραπείας, τις δυσκολίες στις συζητήσεις και στις συναντήσεις με τις οικογένειες των ασθενών καθώς και με τα μη προγραμματισμένα γεγονότα που γίνονται εν ώρα αιχμής. Οι λοιμώξεις σχετίζονται συγκεκριμένα με τα αποτελέσματα που έχει η επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές. Παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές που βρίσκονται στη συγκεκριμένη κατάσταση δεν ακολουθούν πιστά τα πρωτόκολλα καθώς θεωρούν πολλές φορές συγκεκριμένες διαδικασίες ως μη απαραίτητες. Επιπλέον είναι πολύ πιο πιθανό να μην παρατηρήσουν κάποια από τα λάθη που μπορεί να διαπράξουν και να περάσουν απαρατήρητα οδηγώντας έτσι σίγουρα στη δημιουργία πιθανής μόλυνσης. Αυτό όμως που πρέπει να μην περάσει απαρατήρητο είναι ότι στη συγκεκριμένη έρευνα τα επίπεδα του συνδρόμου ανέβαιναν όταν το προσωπικό δεν κάλυπτε τις ανάγκες της μονάδας λόγω έλλειψης προσωπικού. Συνεπώς αυξήθηκαν και τα λάθη και η μη σωστή προσέγγιση των πρωτοκόλλων για τις λοιμώξεις. Καταλήγοντας η αύξηση στις λοιμώξεις υπάρχει περισσότερο όταν το προσωπικό εργάζεται πιο πολύ από ότι πρέπει και αρχίζει να μην λειτουργεί στην εντέλεια (Tawfik et al. 2016).

Τέλος μια μελέτη στη Ταϊλάνδη έρχεται να επιβεβαιώσει την συσχέτιση ανάμεσα στην αύξηση της εξουθένωση και στην αύξηση των λοιμώξεων. Το δείγμα της έρευνας ήταν 2.084 νοσηλευτές από 94 νοσοκομεία από όλη την Ταϊλάνδη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 32% των νοσηλευτών είχε υψηλή συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) το 18% υψηλή αποπροσωποποίηση (depersonalization) και το 35% χαμηλή αίσθηση προσωπικού επιτεύγματος. Τα συγκεκριμένα ποσοστά οδήγησαν σε ένα 5% λαθών σε ασθενείς καθώς επίσης και σε ένα 14% σε εμφάνιση κάποιας λοίμωξης από λάθος. Πιο αναλυτικά κάθε μονάδα αύξησης του συνδρόμου συνεπάγεται σε μια αύξηση των λαθών κατά 30% και συνεπώς και σε μια αύξηση των λοιμώξεων κατά 32%. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα δείχνουν το πόσο μεγάλο ρόλο παίζει η εξουθένωση στη δημιουργία λοιμώξεων. Συνεπώς επιβεβαιώνεται ξανά πως η καταπολέμηση του προβλήματος ισούται και με την εξάλειψη μεγάλου εύρους των νοσοκομειακών λοιμώξεων (Nantsupawat et al. 2015).

4.2 Οι δυσκολίες των μονάδων εντατικής θεραπείας λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης

Σχετικά με τις μονάδες εντατικής θεραπείας ακόμα μια έρευνα που έγινε στην Κίνα επιβεβαιώνει το πόσο συνεισφέρει το εργασιακό περιβάλλον των συγκεκριμένων μονάδων στη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η προσέγγιση της συγκεκριμένης μελέτης διαφέρει από τις άλλες καθώς εμβαθύνει περισσότερο και προσπαθεί να βγάλει ένα βαθύτερο νόημα δίνοντας βάση και στο τι είναι αυτό που οδηγεί στη συνέχεια τους επαγγελματίες υγείας να θέλουν να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους. Οι παράγοντες άγχους και stress των μονάδων εντατικής θεραπείας είναι ένα συχνό θέμα προς αναζήτηση και πολλοί ερευνητές προσπαθούν να το προσεγγίσουν. Έρευνες στην Ολλανδία, στην Αυστραλία και στο Καναδά έδειξαν ότι τα βαριά προγράμματα εργασίας και η δουλειά που σχετίζεται με σοβαρά αρρώστους ασθενείς αυξάνει κατά πολύ τις πιθανότητες για εμφάνιση του συνδρόμου. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και σε μερικές χώρες της Ευρώπης οι ερευνητές βρήκαν ότι η ανισορροπία ανάμεσα σε εργασία και οικογένεια καθώς και η ανικανότητα του να επιδείξουν βασικούς ρόλους υπευθυνότητας είναι επίσης σημαντικοί λόγοι που οδηγούν και στο εργασιακό stress. Πιο συγκεκριμένα σχετικά με την αυτονομία και την πληρωμή των νοσηλευτών. Στη Κίνα υπάρχει μια πολιτική σχετικά με τις μονάδες εντατικής θεραπείας σύμφωνα με την οποία οι νοσηλευτές χωρίζονται από την οικογένεια των ασθενών αποτρέποντας έτσι με κάθε κόστος την δημιουργία οποιασδήποτε σχέσης μεταξύ τους. Η συγκεκριμένη πολιτική παρεμποδίζει της μετάδοση χρήσιμων πληροφοριών σχετικά με το υπόβαθρο και το ιστορικό του ασθενή και αντίστοιχα τη μετάδοση της κατάστασης του ασθενή κατά τη περίοδο της νοσηλείας. Εάν λοιπόν στη συγκεκριμένη περίπτωση οι συγγενείς είχαν την άδεια να μπορέσουν να μείνουν στη μονάδα θα βοηθούσαν σε μερικές διεργασίες όπου μπορούν να διευκολύνουν τους νοσηλευτές όπως η καθαριότητα και η περιποίηση βοηθώντας έτσι και στην επανένταξη της αυτονομίας σε καλύτερα επίπεδα.

Επιπρόσθετα σχετικά με την αυτονομία οι νοσηλευτές φαίνεται ότι δεν έχουν αρκετό έλεγχο όχι μόνο στα εργασιακά τους καθήκοντα αλλά και σχετικά με τις βάρδιες τους και το ωράριό τους. Συγκεκριμένα πάντα στη Κίνα οι νοσηλευτές είναι αναγκασμένοι

να εργάζονται full time και αναγκαστικά σε μη σταθερές βάρδιες, σε αντίθεση με άλλες χώρες όπου οι νοσηλευτές έχουν την αυτονομία σχετικά με το να δουλεύουν part time η να επιλέγουν το ωράριο που θα δουλέψουν, μπορώντας έτσι να κάνουν και καλύτερο κουμάντο στα εκτός δουλειάς καθήκοντά τους. Σχετικά με τις πληρωμές, ένα σύστημα πληρωμής το οποίο πληρώνει τους νοσηλευτές ίσα χωρίς να λαμβάνει υπόψιν την ώρα εργασίας ή και αντίστοιχες επιβαρύνσεις θεωρείται άδικο και επίσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα και κριτήριο για τη δημιουργία του συνδρόμου στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Tao et al. 2015).

Οι πολύ μεγάλες απαιτήσεις και η υπερφόρτωση της δουλειάς αποδείχθηκε ότι είναι ο κυριότερος παράγοντας που προκαλεί δυσανασκέτηση με τη δουλειά σύμφωνα με τους νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας που ερωτήθηκαν. Οι συγκεκριμένοι νοσηλευτές βίωσαν συναισθήματα σωματικής και ψυχολογικής πίεσης από τη δουλειά. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας συμπεριλαμβάνει μεγάλη ποσότητα από δουλειά «γραφείου» που πρέπει να γίνει, την υπευθυνότητα για όλους τους ασθενείς, οι οποίοι λόγω της φύσης της μονάδας είναι σε πολύ δύσκολη κατάσταση που απαιτεί πολύπλοκη και δύσκολη φροντίδα, την αντιμετώπιση των συχνών ελλείψεων στο προσωπικό που δυστυχώς αποτελεί μια καθημερινότητα, το γενικότερο εργασιακό περιβάλλον και τις συνεχείς έκτακτες και ξαφνικές επιθεωρήσεις που συντελούνται για την ομαλή λειτουργία του θαλάμου. Οι συγκεκριμένες απαιτήσεις των νοσηλευτών μονάδων εντατικής θεραπείας αποδείχθηκε πως είναι μεγαλύτερες σε σύγκριση με νοσηλευτές άλλων θαλάμων με αποτέλεσμα να αισθάνονται πως αυτό δεν είναι δίκαιο και να ανησυχούν πολλές φορές και για την ίδια τους την υγεία και κατά πόσο αυτή επηρεάζεται από αυτές τις συνθήκες εργασίας. Αρχικά σχετικά με τη δουλειά «γραφείου», η οποία θεωρείται ως η πιο πολύ αναφερόμενη μερίδα από τον γενικότερο υπερβολικό φόρτο εργασίας. Πιο συγκεκριμένα οι νοσηλευτές επιβεβαιώνουν πως οι ασθενείς των μονάδων εντατικής θεραπείας είναι πολύ πιο ασταθείς και πολύπλοκοι σχετικά με την θεραπεία τους και αυτό συνεπάγεται στο μεγαλύτερο όγκο πληροφορίας που πρέπει να καταγραφεί και στη πολυπλοκότητα που χρειάζονται τα φύλλα θεραπείας από τους υπόλοιπους ασθενείς άλλων μονάδων. Επιπλέον οι ιατρικές οδηγίες και ο τρόπος με τον οποίο δίνονται προσθέτει μεγαλύτερη δυσκολία στην καταγραφή των συγκεκριμένων εγγράφων. Πολλές φορές από την οικογένεια των ασθενών αλλά

και από τους ίδιους τους ασθενείς λαμβάνονται παράπονα και παρατηρήσεις. Συνεπώς για να μειωθεί περαιτέρω αυτό είναι απαραίτητο να κρατείται αρχείο για οποιαδήποτε κίνηση συμβαίνει μέσα στο θάλαμο, το οποίο με τη σειρά του είναι πολύ χρονοβόρο και αποπροσανατολίζει τους νοσηλευτές και από την νοσηλευτική φροντίδα.

Άλλος ένας συχνά αναφερόμενος παράγοντας άγχους και stress στις μονάδες εντατικής θεραπείας είναι η αναγκαιότητα του να αναλαμβάνουν αυτό που αποκαλείται “ non skilled patient care” δηλαδή φροντίδα ασθενούς η οποία δεν χρειάζεται κάποιου είδους εξειδίκευση και μπορεί να πραγματοποιηθεί χωρίς την αναγκαιότητα της ύπαρξης γνωστικού υπόβαθρου. Αυτή η φροντίδα συμπεριλαμβάνει κάθε είδους βασικής καθημερινής φροντίδας όπως προσωπική υγιεινή, ούρηση, εκκένωση και διατροφή. Επειδή οι συγκεκριμένοι ασθενείς είναι σε πολύ σοβαρή κατάσταση και σε συγκεκριμένες συνθήκες και οι οικογένειες τους δεν μπορούν να παρευρίσκονται μαζί τους, οι νοσηλευτές κάνουν τα πάντα για τους ασθενείς όπως λούσιμο μαλλιών, πλύσιμο, τάισμα και οποιαδήποτε βοήθεια μπορεί να χρειαστούν επιπλέον.

Ακόμα το να εργάζεσαι με το να θέτεις σε κίνδυνο και την ίδια σου τη ζωή, πολλές φορές λόγω σοβαρών ασθενειών που έρχονται να αντιμετωπίσουν οι νοσηλευτές, είναι παράγοντας άγχους και κατά συνέπεια επαγγελματικής εξουθένωσης. Ακόμα και όταν οι νοσηλευτές έχουν να κάνουν με τον θάνατο και ασθενείς οι οποίοι πεθαίνουν εκείνη τη στιγμή μπροστά τους κάνουν να νοιώθουν κατάθλιψη και το ότι δεν μπόρεσαν να βοηθήσουν όσο θα έπρεπε για να τους σώσουν.

Οι συνεχείς ελλείψεις επίσης συμβάλουν άμεσα στη δημιουργία του άγχους και προσθέτουν επιπρόσθετο βάρος στο καθημερινό φόρτο των εργαζομένων. Πολλοί νοσηλευτές οι οποίοι φεύγουν αφήνουν τους υπόλοιπους «ξεκρέμαστους» καθώς συνήθως δεν υπάρχουν αντικαταστάτες όπου να μπορούν να αναπληρώσουν κάποιον από τους συνεργάτες τους που απλά δεν παρουσιάστηκαν. Έτσι συμπερασματικά οι νοσηλευτές οι οποίοι αναγκάζονται να βγάλουν όλη τη δουλειά καταλήγουν στο να είναι εξουθενωμένοι συναισθηματικά (emotional exhaustion) και να μην μπορούν να λειτουργήσουν όπως θα έπρεπε (Tao et al. 2015).

Έλλειψη σεβασμού και αναγνώρισης.

Το άλλο θέμα που ταλανίζει κυρίως τους νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας είναι η έλλειψη σεβασμού και αναγνώρισης οι κατηγορίες σε αυτό το θέμα είναι όταν αμείβεται η ανισότητα, οι διαδικασίες ανεπαρκής αξιολόγησης, η ανικανότητα το να μπορέσουν να φέρουν εις πέρας τις ευθύνες των οικογενειών τους, η μη αναγνώριση από τους ασθενείς και από τους συγγενείς τους και από το να μένουν εκτός των αποφάσεων που λαμβάνονται στον εργασιακό τους χώρο (Tao et al. 2015).

Κεφάλαιο 5

Τρόποι αντιμετώπισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η παρουσία της επαγγελματικής εξουθένωσης ως ασθένεια είναι γεγονός, συνεπώς όχι μόνο για τον τομέα της υγείας αλλά και για οποιοδήποτε επάγγελμα θα πρέπει να βρεθεί και να συζητηθεί η λύση στο πρόβλημα. Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα προβλήματα που προκαλεί αυτή η «σύγχρονη» σχετικά ασθένεια καθώς και η ελλιπής γνώση ή ακόμα και η υποτίμηση της νόσου, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι πρέπει να εφαρμοστούν άμεσα οι τρόποι προστασίας από αυτή.

Γνωρίζοντας λοιπόν κάποιος τα συμπτώματα είναι ακόμα πιο εύκολο να μπορέσει να προβληματιστεί εάν παρατηρήσει κάποιο από αυτά και να προβεί στη συνέχεια στους ανάλογους τρόπους αντιμετώπισης. Οι περισσότεροι από τους τρόπους αντιμετώπισης χωρίζονται σε ατομικούς στους οποίους ο νοσηλευτής κάνει κάτι μόνος του και στους ομαδικούς όπου με τη μορφή group συντελούνται αντίστοιχες καταστάσεις.

Οι τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης θα μπορούσαν να χωριστούν και σε συγκεκριμένα επίπεδα για μεγαλύτερη διευκόλυνση. Αρχικά στρατηγικές σε προσωπικό επίπεδο. Η συγκεκριμένη προσέγγιση έχει ως στόχο την αυτό βελτίωση μέσω της γυμναστικής, της ξεκούρασης, της σωστής διατροφής, την ανέλιξη της προσωπικής υγείας αλλά και με τους γύρω (παιδιά, σύζυγος, φίλοι), hobbies όπως (μουσική, χορός, ζωγραφική, γράψιμο), το να θέτει το άτομο προσωπικούς στόχους όπως την ειλικρίνεια με τον εαυτό του, την συγχώρεση του εαυτού του και την αποφυγή της αυτό μαστίγωσης, την τήρηση προγράμματος). Επιπρόσθετα πρέπει να επιδιώκεται και η συζήτηση με άλλους ανθρώπους, ίσως πιο κοντινούς, μέσα στην οποία θα εκφράζονται όλες οι σκέψεις και οι αρνητικές και οι θετικές αποσκοπώντας στην αυτό βελτίωση και την προσωπική ευεξία.

Στρατηγικές σε επαγγελματικό επίπεδο αποτελούνται από συζητήσεις που γίνονται στον ίδιο τον εργασιακό χώρο, είτε με ανωτέρους είτε με συναδέλφους, αφιέρωση περισσότερου χρόνου ακούγοντας τα οποιαδήποτε παράπονα των ασθενών, συνεχή ενημέρωση, το να τιμάται εάν κάποιος ασθενής απεβίωσε καθώς και την συμμετοχή σε υποστηρικτικά δίκτυα.

Στρατηγικές σε οργανωτικό επίπεδο μέσω της αναγνώρισης της αξιότιμης και αξιολογής προσπάθειας και της επιβράβυσής της, την αναγνώριση του πόσο σημαντική είναι η συνεργασία σε γενικότερο επίπεδο, στην ακολουθία των χρονικών πλαισίων, την πλήρη κατανόηση των πρωτοκόλλων και την επικρότηση των σωστών τρόπων λειτουργίας θαλάμου. Οι προαναφερθείσες στρατηγικές σε συνδυασμό με το ομαδικό πνεύμα και την εξάλειψη των διαπροσωπικών αντεγκλήσεων πετυχαίνει τεράστια συνεισφορά στην παντελής διάλυση του συνδρόμου (Dobre et al. 2014).

5.1 Η αξία της εκτίμησης του εαυτού

Αρχικά ο κάθε επαγγελματίας υγείας πρέπει να σκέφτεται και να μην ξεχνάει τον ίδιο του τον εαυτό. Η Dockin (2015), παραθέτει ένα πολύ εύστοχο παράδειγμα σχετικά με αυτό: *“Είναι ακριβώς το ίδιο πράγμα με αυτό που κάνουν οι αεροσυνοδοί κατά τη διάρκεια μίας πτήσης. Πρώτα σου υποδεικνύουν να φορέσεις τη μάσκα του οξυγόνου σου και μετά να βοηθήσεις κάποιον άλλον”*. Σε ένα επάγγελμα λοιπόν στο οποίο η προτεραιότητα είναι το να βοηθάς τον άλλον, είναι πολύ εύκολο να ξεχάσεις τον ίδιο σου τον εαυτό. Συνεπώς το θεμέλιο για μια σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος που λέγεται επαγγελματική εξουθένωση είναι η φροντίδα του ίδιου μας του εαυτού (Dockin 2015).

Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο όμως οι θεσμοί που μεριμνούν για υποστηρικτικές και θετικές αλλαγές στον χώρο εργασίας των νοσηλευτών θα πρέπει να φροντίσουν να υπάρχει το κατάλληλο υπόβαθρο για την προαγωγή της υγείας του εαυτού μας και για τους τρόπους που μπορούμε να τον προστατέψουμε. Έρευνες έδειξαν ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι είναι ικανοί να διαχειρίζονται σωστά το άγχος τους, να μπορούν να ελέγξουν και να περιορίσουν εξωτερικούς αρνητικούς παράγοντες, να μπορούν να εντοπίσουν το πρόβλημα που τους απασχολεί και να εμβαθύνουν εσωτερικά, κάνοντας δηλαδή προσωπική συναισθηματική αναζήτηση του εαυτού τους, έχουν τη δυνατότητα να έρθουν αντιμέτωποι με πολύπλοκα κλινικά προβλήματα και διλήμματα με μεγαλύτερη συναισθηματική ελαστικότητα, έχοντας έτσι ως αποτέλεσμα την ποιοτικότερη περίθαλψη και φροντίδα του ασθενούς (Quinn 2014).

Αυτή λοιπόν η συναισθηματική ελαστικότητα μπορεί να επιτευχθεί με ασκήσεις που επικεντρώνονται στη σύνδεση μεταξύ μυαλού και σώματος σύμφωνα με την έρευνα του Smith (2014). Νοσηλευτές σε μια ευρεία κλίμακα ειδικοτήτων οι οποίοι υποδήλωναν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης και παρακολούθησαν τεχνικές μυαλού – σώματος έδειξαν ότι σε διάστημα δέκα εβδομάδων είχαν μειώσει κατά πολύ τα συμπτώματα της εξουθένωσης και μπορούσαν να ελέγχουν κατά πολύ περισσότερο τον ίδιο τους τον εαυτό, οδηγώντας έτσι αυτόματα στην βελτίωση και ανάκαμψη της υγείας και της περίθαλψης (Horner et al. 2014).

5.2 Yoga

Μια λοιπόν από αυτές τις ασκήσεις ή τεχνικές σώματος- μυαλού που επιτυγχάνει επιβεβαιωμένα την ανάκαμψη της εσωτερικής υγείας και της προσωπικής περίθαλψης είναι η Yoga (Kumar 2013).

Το δείγμα της παρακάτω έρευνας ήταν είκοσι νοσηλευτές οι οποίοι έλαβαν μέρος σε ένα πρόγραμμα Yoga διάρκειας 8 εβδομάδων καθοδηγούμενοι από έναν έμπειρο δάσκαλο Yoga, ο οποίος είναι και φυσικοθεραπευτής με ειδίκευση στις παθήσεις των οστών. Στόχος των μαθημάτων αυτών ήταν η μείωση του stress που προκαλείται από το σύνδρομο, μέσω συγκεκριμένων μεθόδων. Αυτές οι μέθοδοι είναι κατά κύριο λόγο η αντίληψη των απλών καθημερινών πραγμάτων τα οποία συμβαίνουν κατά κύριο λόγο υποσυνείδητα. Αυτά τα πράγματα όπως παραδείγματος χάρη η αναπνοή, ο τρόπος που μπορεί να κάθεται κανείς, να στέκεται κανείς ακόμα και το να σκέφτεται κανείς σύμφωνα με την έρευνα είναι ζωτικής σημασίας για την καταπολέμηση όχι μόνο του ψυχολογικού αλλά και του σωματοποιημένου stress.

Στην αρχή οι εθελοντές έμαθαν να αναπνέουν εκούσια. Έτσι μέσω της εισπνοής και της εκπνοής μπόρεσαν να φέρουν το σώμα τους σε κατάσταση ηρεμίας καταπολεμώντας τους αρνητικούς παράγοντες. Στη συνέχεια ο καθοδηγητής τους έδειξε τα βασικά για τη σωστή στάση του σώματος, τις βαθιές αναπνοές, και τον ήρεμο τρόπο σκέψης και λήψης αποφάσεων. Οι ασκήσεις ολοκληρώθηκαν με διάφορες κινήσεις οι οποίες δρουν θετικά στο μυοσκελετικό, νευρικό και κυκλοφορικό σύστημα καθώς επίσης και στα συναισθήματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μέσω της Yoga υπάρχει μεγάλη καταπολέμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και προαγωγή των ικανοτήτων αυτοσυντήρησης, αυτοελέγχου και ηρεμίας (Alexander et al. 2015).

5.3 Γνωστική ελαστικότητα και προσαρμοστικότητα

Μια ακόμα μέθοδος αντιμετώπισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης που προτείνεται είναι η εκμάθηση της ελαστικότητας απέναντι στις αντίξοες συνθήκες εργασίας του επαγγέλματος και η προσαρμοστικότητα που πρέπει να χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής. Αυτή η ελαστικότητα και η προσαρμοστικότητα μπορούν να γίνουν στοιχεία του χαρακτήρα ενός ανθρώπου σίγουρα όχι εύκολα, αλλά πολύ αποτελεσματικά. Ο βασικός παράγοντας απόκτησής τους είναι η γνωστική ευλυγισία. Όσο περισσότερα πράγματα γνωρίζει κάποιος για το επάγγελμα του τόσο εντείνεται η αυτοπεποίθηση και η αποφασιστικότητα του, σχετικά με τις αποφάσεις που θα πάρει. Επιπλέον όντας κάποιος γνώστης πολλών παραμέτρων σχετικά με τη νοσηλευτική μπορεί να αντιμετωπίσει πιο εύκολα μια δύσκολη κατάσταση και να τη φέρει εις πέρας πιο αποτελεσματικά (Smith & Pennebaker 2008).

5.4 Η καταγραφή σκέψεων σε χαρτί και ακουστική θεραπεία

Ένας ενδιαφέρον τρόπος αντιμετώπισης που σχετίζεται περισσότερο με τη ψυχολογική κατάσταση του νοσηλευτή είναι η αποτύπωση των συναισθημάτων σε χαρτί. Σύμφωνα με έρευνες το να γράφει κανείς όλα όσα τον προβληματίζουν, όπως διάφορες καταστάσεις ακραίου άγχους, stress, τραυματικές εμπειρίες και γεγονότα που μπορεί να έχουν συμβεί, έχουν ως αποτέλεσμα την βελτίωση τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής ευεξίας και υγείας (Gortner et al. 2006).

Επιπλέον μέσω της συγκεκριμένης θεραπείας της γραφής έχει επισημανθεί ότι υπάρχει σημαντική μείωση των συμπτωμάτων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής (PTSD) δίνοντας βάση μόνο στο πόσο σημαντικό είναι να κοιτάει κανείς κατάματα αυτές τις αναμνήσεις και όχι να τις αποφεύγει. Έτσι και στην επαγγελματική εξουθένωση όλοι οι αρνητικοί παράγοντες που συνεισφέρουν στη δημιουργία του άγχους θα πρέπει να μην αποφεύγονται αλλά να αντιμετωπίζονται πρόσωπο με πρόσωπο, ακόμα και μέσω της γραφής (Milne 2007).

Ένα ακουστικό πρόγραμμα μέσω ηχητικής καταγραφής μπόρεσε να επιτύχει σημαντική μείωση ενδείξεων του συνδρόμου σε νοσηλευτές. Μέσω του ήχου οι

εθελοντές άκουγαν ασκήσεις που εντείνουν την διανοητική ικανότητα με στόχο να μπορέσουν να ανεξαρτητοποιηθούν από παράγοντες που το ίδιο τους το μυαλό έχει αποτυπώσει ως πηγές άγχους. Πιο συγκεκριμένα ένας νοσηλευτής μπορεί να έχει συνδέσει τη νυχτερινή βάρδια με ένα τραυματικό γεγονός – περιστατικό που μπορεί να είχε συμβεί και πλέον οι νυχτερινές βάρδιες να αποτελούν μια έντονη πηγή άγχους και κατ' επέκταση επαγγελματικής εξουθένωσης. Έτσι μέσω των ηχητικών αυτών ασκήσεων ο νοσηλευτής μαθαίνει να ελέγχει ο ίδιος τη ροή της σκέψης του και έρχεται στο σημείο να διαχωρίζει το ένα μεμονωμένο άσχημο περιστατικό από τη καθημερινή ροή της νυχτερινής βάρδιας. Η διάρκεια του συγκεκριμένου προγράμματος ήταν για δέκα λεπτά τη μέρα, πέντε μέρες της εβδομάδας για τέσσερις εβδομάδες (Mackenzie et al. 2006).

5.5 Κατάλληλο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον

Επιπρόσθετα ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν σχεδόν καθολικά το αν ένας νοσηλευτής θα μπορέσει να ξεπεράσει το σύνδρομο στο χώρο εργασίας του και να το καταπολεμήσει με επιτυχία είναι το θετικό περιβάλλον. Ένα υγιές κοινωνικό δίκτυο περιλαμβάνει συνεργατικότητα, συναισθηματική υποστήριξη και επικοινωνία. Για να μπορέσει όμως αυτό να γίνει πραγματικότητα θα πρέπει να προϋπάρχει μια ισχυρή σχέση ανάμεσα σε οικογένεια, στο εργασιακό περιβάλλον και με τον ίδιο τον εαυτό του ίδιου του ατόμου (Mealer et al. 2012).

Συνεπώς για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί το σύνδρομο θα πρέπει να δημιουργηθεί και το κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον. Ένα αντίστοιχο πρόγραμμα το οποίο είχε στόχο να αναπτύξει καλές σχέσεις ανάμεσα σε ένα κοινό εργασιακό περιβάλλον έλαβαν μέρος νοσηλευτές με πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Το πρόγραμμα είχε διάρκεια μόλις δυο ημερών κατά τη διάρκεια των οποίων οι νοσηλευτές πραγματοποιούσαν συναντήσεις σε εκπαιδευτικά πλαίσια και συζητούσαν σχετικά με το τι τους προκαλεί άγχος ή stress συγκεκριμένα στον εργασιακό τους χώρο. Με τη συζήτηση αποδείχτηκε πως το δείγμα μοιραζόταν κοινά προβλήματα και πως σε γενικές γραμμές οι παράγοντες που τους επηρέαζαν αρνητικά ήταν κατά βάση οι ίδιοι. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι να νοιώσουν λιγότερο

απομονωμένοι και να διαμορφώσουν επαφές με τους συνεργάτες τους. Επιπλέον αυτή η δοκιμή έφερε με τη σειρά της ακόμα περισσότερες τέτοιου είδους συμβουλευτικές συνεδρίες με κοινό στόχο να ξεπεραστούν όλοι οι παράγοντες που επιφέρουν stress στη δουλειά και να κατορθώσουν να βλέπουν ευχάριστα κάτι που προηγουμένως το είχανε συσχετίσει, έστω και ακούσια, ως βάνανσο και άσχημο (Mealer et al. 2014).

5.6 Υγιής τρόπος ζωής και σχετικά προγράμματα

Το επόμενο μέτρο αντιμετώπισης έχει σχέση με την προσωπική υγεία του νοσηλευτή και έχει ως στόχο την υπογράμμιση του πόσο σημαντικός είναι ένας υγιής τρόπος ζωής και στο πόσα θετικά στοιχεία και αποτελέσματα έχει τελικά μια τέτοια επιλογή ζωής. Οι δυο κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τον υγιή τρόπο ζωής είναι η διατροφή και η άσκηση. Έχει μελετηθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση και το stress που προκαλείται από αυτή έχουν τρομερά αρνητικές συνέπειες στον τρόπο ζωής μας και μας κρατάνε μακριά από μια υγιή καθημερινότητα. Το χρόνιο stress οδηγεί σε απόκτηση βάρους, σε απόκτηση κοιλιακού λίπους καθώς και σε ανθυγιεινές συνήθειες διατροφής (υπερκατανάλωση ζάχαρης, λιπαρών και αλατιού). Κατά συνέπεια η απόκτηση βάρους λόγω του stress και η ελλιπής άσκηση μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα στη μέση και στο μυοσκελετικό σύστημα μη μπορώντας έτσι να αποδώσει ο νοσηλευτής στα καθήκοντά του. Η συγκεκριμένη έρευνα απέδειξε πως σε ένα δείγμα 1171 νοσηλευτών το ποσοστό το οποίο παρουσιάζει μυοσκελετικά προβλήματα είναι 71%, ενώ το 68% παρουσίασε και συμπτώματα κατάθλιψης λόγω του πόνου και της ανικανότητας να ανταπεξέλθει στη δουλειά του (Letvak et al. 2012).

Το προαναφερθέν λοιπόν πρόγραμμα έλαβε δράση για δώδεκα εβδομάδες και συμπεριελάμβανε ασκήσεις και διατροφικές συμβουλές ώστε να επιτευχθεί το δυνατότερο επιθυμητό αποτέλεσμα. Εν τέλει μέσω του προγράμματος οι νοσηλευτές μπόρεσαν να φτιάξουν τον τρόπο ζωής τους και να το βελτιώσουν σε πολύ μεγάλο βαθμό, επιτυγχάνοντας πνευματική και σωματική ευεξία, ενώ ακόμα και οι υπέρβαροι νοσηλευτές κατάφεραν να χάσουν βάρος. Το μόνο μειονέκτημα ήταν πως το συγκεκριμένο πρόγραμμα τερματίζοντας τη δωδέκατη εβδομάδα δεν έδωσε τη δυνατότητα να συνεχιστεί αυτή η θετική εξέλιξη που παρουσίαζαν οι εργαζόμενοι,

δείχνοντας όμως με αυτόν τον τρόπο ότι ο σωστός τρόπος ζωής πρέπει να είναι συνεχής χωρίς εκπτώσεις (Speroni et al. 2012).

Άλλες προτάσεις οι οποίες τίθενται σχετικά με το τι δραστηριότητες μπορούν οι ανώτεροι να απασχολούν τους νοσηλευτές ώστε να μπορέσει να δουλέψει η ανοικοδόμηση της σωματικής και της πνευματικής υγείας του προσωπικού, εξαλείφοντας έτσι και το σύνδρομο είναι δραστηριότητες που λαμβάνουν μέρος στη φύση, καθώς είναι και πιο ελκυστικό (Mc Elligott et al. 2010). Επιπρόσθετες δραστηριότητες που προάγουν την υγεία μπορούν να γίνονται και στον ίδιο τον χώρο εργασίας, πριν, μετά ή κατά τη διάρκεια των βαρδιών τους. Το American Nurses Association πρωτοπόρησε δημιουργώντας μια ιστοσελίδα, η οποία παρέχει πληροφορίες σχετικά με την προαγωγή της υγείας συγκεκριμένα για τους νοσηλευτές σε κάθε τομέα (American Nurses Association 2015).

5.7 Ο συνδυασμός δουλειάς και νοσηλευτικής εκπαίδευσης συγκεκριμένα για την επαγγελματική εξουθένωση των φοιτητών

Στην προαναφερθείσα έρευνα του Chilleron et al. (2019), παρατηρήθηκε ένα πολύ ενδιαφέρον γεγονός σχετικά με τους φοιτητές. Το γεγονός αυτό είναι ότι όσοι φοιτητές εργάζονται ήδη και συνδυάζουν σπουδές με εργασία φαίνεται ότι παρουσιάζουν μικρότερα δείγματα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης είτε κατά τη διάρκεια των σπουδών τους είτε στη μελλοντική τους καριέρα ως νοσηλευτές. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται να επιβεβαιώσει και η ακόλουθη έρευνα. Το δείγμα ήταν 168 προπτυχιακοί φοιτητές ενός δημόσιου πανεπιστημίου της νότιας Βραζιλίας. Οι πλειοψηφία ήταν γυναίκες σε ποσοστό 92,9%. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν ότι από τους τομείς της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο υψηλότερος ήταν αυτός της συναισθηματικής εξάντλησης (emotional exhaustion), ο οποίος συσχετίζεται με τις ώρες μαθημάτων και την συχνότητα τους μέσα στην εβδομάδα. Συγκριτικά όμως με τους φοιτητές που εργάζονται ήδη το ποσοστό της συναισθηματικής εξάντλησης είναι χαμηλότερο από τους υπόλοιπους φοιτητές. Όσο και αν αυτό δείχνει "λάθος" και περίεργο καθώς δουλειά σημαίνει περισσότερο stress και άγχος, λιγότερος προσωπικός χρόνος και περισσότερη δυσκολία στην καθημερινότητα, φαίνεται ότι η δουλειά είναι ένα είδος αντίδοτου στο σύνδρομο. Οι

ερευνητές καταλήγουν στο ότι αυτό οφείλεται στη δημιουργία προσωπικότητας που συντελείται μέσω της εργασίας. Από τη στιγμή που οι φοιτητές έρχονται σε επαφή με δύσκολες συνθήκες σκληραίνουν και μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν πολύ καλύτερα και αποτελεσματικότερα τις δυσκολίες που συναντάνε και να ελίσσονται καλύτερα στον επαγγελματικό τους χώρο. Επιπρόσθετα είναι αξιοσημείωτο ότι οι φοιτητές που εργάζονται έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση και αυξημένο το αίσθημα της προσωπικής επιτυχίας (personal achievement) κάνοντάς τους έτσι λιγότερο επίφοβους στο να αναπτύξουν και το συγκεκριμένο τομέα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Εν κατακλείδι η εργασία εκτός των σπουδών φαίνεται ότι είναι ένα αποτελεσματικό μέσο αντιμετώπισης του συνδρόμου από όλες τις απόψεις εξαλείφοντας τους δύο από τους τρεις τομείς του, την συναισθηματική εξάντληση και το μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης (Barlem et al. 2014).

5.8 Η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης ως καταλύτης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Ανάμεσα στους παράγοντες για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι και συγκεκριμένες προσωπικές και εργασιακές παροχές οι οποίες έχουν ως στόχο την προσωπική ενδυνάμωση και βελτίωση των σχέσεων του ατόμου με τον ίδιο του τον εαυτό οδηγώντας έτσι και στη καλύτερη λειτουργία του νοσηλευτικού προσωπικού. Μια από αυτές τις παροχές είναι η παρουσία σωστής κοινωνικής υποστήριξης (social support). Γενικότερα από τη στιγμή που η κοινωνική υποστήριξη παρέχεται αναγκαστικά από τρίτους είναι κάτι πιο δύσκολο να επιτευχθεί όμως με τη σωστή υποστήριξη μπορεί να καταπολεμηθεί το σύνδρομο. Πιο συγκεκριμένα η ίδια η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να αναλυθεί από τέσσερα χαρακτηριστικά τα οποία είναι: η συναισθηματική υποστήριξη, η οποία σχετίζεται με την στοργή και συμπεριλαμβάνει συμπεριφορές όπως προσοχής, εμπιστοσύνης, συμπάθειας και ευγένειας. Την υποστήριξη (instrumental support) η οποία σχετίζεται με τη παροχή των χειροπιαστών αγαθών ή υπηρεσιών ή συγκεκριμένης βοήθειας. Την πληροφοριακή υποστήριξη όπου η πληροφορία παρέχεται σε περιόδους έντονου άγχους και stress και

τέλος την αξιολογητική υποστήριξη όπου η πληροφορία παρέχεται με στόχο την ενεργοποίηση της αυτοαξιολόγησης όποτε και αν αυτή χρειάζεται (Shirey, 2004).

Με βάση την κοινωνική υποστήριξη η παρακάτω έρευνα στοχεύει στο να αποδείξει το πόσο σημαντική είναι και ιδιαίτερα στην καταπολέμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η συγκεκριμένη έρευνα περιέχει 19 μελέτες συγκεντρωτικά οδηγώντας σε ένα δείγμα 6.927 νοσηλευτών. Η πρώτη συσχέτιση γενικότερα όπου παρατηρήθηκε πως η κοινωνική υποστήριξη έχει τη δυνατότητα να μειώνει αποτελεσματικά το Burnout ήταν το 1997 από τον Melchior ενώ το 2014 ο Fradelos έκανε τη συσχέτιση πως η κοινωνική υποστήριξη δίνει ένα αίσθημα ασφάλειας και αυτοπεποίθησης. Το πιο ενδιαφέρον κομμάτι των ερευνών αυτών είναι ότι βρέθηκε και το πόσο συνεισφέρει η κοινωνική υποστήριξη και ανεξάρτητα στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του συνδρόμου την συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), την αποπροσωποποίηση (depersonalization) και τη αίσθηση προσωπικού επιτεύγματος (personal achievement). Βρέθηκε λοιπόν πως όταν υπάρχει κοινωνική υποστήριξη τα επίπεδα του προσωπικού επιτεύγματος τείνουν να αυξάνονται κατακόρυφα σε πολύ μεγάλο βαθμό ενώ οι άλλες δυο ενότητες φαίνεται να μειώνονται εξίσου σημαντικά (Hamaideh 2011; Jenknins & Elliot 2004). Τέλος οι Garsia & Rios (2012), έρχονται για να επιβεβαιώσουν πως η απουσία της κοινωνικής υποστήριξης αποτελεί έναν από τους πιο βασικούς κινδύνους για τη δημιουργία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές.

Σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη εντός του εργασιακού περιβάλλοντος οι συγκεκριμένες μελέτες ασχολήθηκαν με την συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης, που παρέχεται από τους συναδέλφους νοσηλευτές, και της αποπροσωποποίησης μαζί με την συναισθηματική εξάντληση. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όσο υψηλότερα είναι τα νούμερα της κοινωνικής υποστήριξης μέσω των συναδέλφων τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης αντίστοιχα. Καμία συσχέτιση δεν βρέθηκε για την αίσθηση προσωπικού επιτεύγματος μέσω της κοινωνικής υποστήριξης εφόσον αυτή προέρχεται από συναδέλφους. Ο Nicholson (2014), σε μια από τις έρευνες του σύγκρινε την συσχέτιση ανάμεσα στην αποπροσωποποίηση και τους καλούς τρόπους και της ευγένειας από τους συναδέλφους καθώς επίσης και την αποπροσωποποίηση με τις σχέσεις αυτοπεποίθησης. Η συγκεκριμένη έρευνα κατέληξε πως ακόμα και αν η αυτοπεποίθηση προερχόταν από

συναδέλφους δεν φάνηκε να επηρεάζεται καθόλου το επίπεδο της αποπροσωποποίησης ενώ όσο μεγαλύτερη ήταν η ευγένεια τους και η καλοπροαίρετη προσέγγιση τους (κοινωνική υποστήριξη) τόσο μειωνόταν και το επίπεδο της αποπροσωποποίησης.

Η κοινωνική υποστήριξη εντέλει αποδεικνύεται πως είναι η πιο σημαντική άμυνα που μπορεί να αναπτυχθεί έναντι στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η πιο δυνατή μορφή της φαίνεται να είναι η εργασιακή που συντελείται από τους ανωτέρους (Huang et al. 2015), και από τους συναδέλφους (Whitebird et al. 2013), μέσα στον εργασιακό χώρο. Έτσι από τη στιγμή που το σύνδρομο δημιουργείται κατά κύριο λόγο εκεί, στον ίδιο χώρο μπορεί και να εξαλείφεται πιο εύκολα.

Οι παρακάτω έρευνες δείχνουν τα αποτελέσματα όπου έχει η κοινωνική υποστήριξη στις διαφορετικές κατηγορίες του συνδρόμου (αποπροσωποποίηση, συναισθηματική εξάντληση και μειωμένη αίσθηση προσωπικού επιτεύγματος).

Συγγραφέας και χρονολογία	Χώρα	Δείγμα	Αποτελέσματα
Bruyneel (2017)	Βέλγιο	292	Η κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται από τους ανωτέρους και τους συναδέλφους έχει θετικό αντίκτυπο στο αίσθημα προσωπικού επιτεύγματος και στην συναισθηματική εξάντληση.
Garcia & Sierra, (2016).	Ισπανία	100	Η κοινωνική υποστήριξη είναι καταλυτική στη καταπολέμηση της εξάντλησης όπως αποτυπώνεται στο (MBI).
Goong, (2016).	Κορέα	286	Η κοινωνική υποστήριξη αποδεικνύεται ότι έχει θετικό αντίκτυπο σε όλες τις κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης χωρίς εξαίρεση.
Woodhead (2016).	Η.Π.Α.	250	Οι νοσηλευτές όπου εργάζονται σε εργασιακό περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης έχουν μειωμένες όλες τις κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης.
Fradelos, (2014).	Ελλάδα.	139	Η κοινωνική υποστήριξη μειώνει σημαντικά τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης κατεβάζοντας κατά πολύ τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης (emotional exhaustion) και της αποπροσωποποίησης (depersonalization) ενώ αυξάνει σημαντικά την αίσθηση προσωπικού επιτεύγματος (personal achievement).

Nicholson, (2014).	Καναδάς	323	Τα χαμηλά επίπεδα ευγένειας και κοινωνικής υποστήριξης ανάμεσα σε συναδέλφους είναι ένας κύριος παράγοντας δημιουργίας κυνικότητας στους εργαζομένους μέσα σε μόλις ένα χρόνο.
Davis, (2013).	Η.Π.Α.	74	Η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ότι είναι ο κύριος παράγοντας και η σωστή στρατηγική για την αποφυγή της συναισθηματικής εξάντλησης (emotional exhaustion) και της αποπροσωποποίησης (depersonalization).
Garcia & Rios, (2012).	Ισπανία	191	Η έλλειψη της κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται άμεσα με τις κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Υπάρχει μια θετική συσχέτιση με τον κυνισμό και την εξάντληση και μια αρνητική με την προσωπική αποτελεσματικότητα.
Hamaideh, (2011).	Ιορδανία.	18	Η κοινωνική υποστήριξη είχε θετικά αποτελέσματα σχετικά με τις κλίμακες επαγγελματικής εξουθένωσης και συγκεκριμένα με την συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) και την αποπροσωποποίηση (depersonalization).
Pisanti, (2011).	Ιταλία και Ολλανδία	1.482	Τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από τους ανωτέρους έχουν άμεση επίπτωση στη συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) και τη μειωμένη αίσθηση προσωπικού επιτεύγματος (reduced personal achievement) των εργαζομένων.
Sundin, (2011).	Σουηδία	775	Τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από τους συναδέλφους σχετίζονται με τη δημιουργία της αποπροσωποποίησης (depersonalization).
Jenkins & Elliot, (2004).	Ηνωμένο Βασίλειο	57	Η παρουσία υψηλών επιπέδων κοινωνικής υποστήριξης από τους συναδέλφους έχει άμεση θετική συσχέτιση με την καταπολέμηση της συναισθηματικής εξάντλησης (emotional exhaustion).
Tummers, (2002).	Ολλανδία	1.204	Η ομαλή λειτουργία από τους ανωτέρους φαίνεται ότι έχει και άμεσο αποτέλεσμα στην αύξηση των επιπέδων της κοινωνικής υποστήριξης.
Melchior, (1997).	Ολλανδία	361	Τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολύ πιο χαμηλά στους εργαζομένους, οι οποίοι έχουν βιώσει μορφή κοινωνικής υποστήριξης, σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν.
Lee & Henderson, (1996).	Η.Π.Α.	78	Τα υψηλά επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης (emotional exhaustion) φαίνεται ότι σχετίζονται άμεσα με την παρουσία μηδαμινής κοινωνικής υποστήριξης.
Molassiotis & Haberman, (1996).	Η.Π.Α.	40	Δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την κοινωνική υποστήριξη, όμως τα επίπεδα του συνδρόμου είναι χαμηλότερα όταν υπάρχει κάποια μορφή υποστηρικτικού προγράμματος.

Hiscott & Connop, (1990).	Καναδάς	41	Η δημιουργία ομάδων που προάγουν την κοινωνική υποστήριξη έχει μεγάλο και θετικό αντίκτυπο στην καταπολέμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης.
Leiter, (1988).	Καναδάς	906	Η κοινωνική υποστήριξη είναι κύριος παράγοντας διαμόρφωσης του εργασιακού περιβάλλοντος όπως επίσης και η κοινωνική υποστήριξη από τους ανωτέρους και τους συναδέλφους μειώνει σημαντικά την παρουσία της επαγγελματικής εξουθένωσης.
Constable & Russel, (1986).	Η.Π.Α.	310	Τα κύρια αίτια δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η μεγάλη εργασιακή πίεση και η ταυτόχρονη έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.

Συμπερασματικά από τις παραπάνω έρευνες αντιλαμβάνεται κανείς πως η κοινωνική υποστήριξη έχει άμεση σχέση και με τις τρεις ενότητες της επαγγελματικής εξουθένωσης δηλαδή και την αποπροσωποποίηση και την συναισθηματική εξάντληση και την αίσθηση προσωπικού επιτεύγματος. Επιπλέον είναι σαφές πως στον εργασιακό χώρο η κοινωνική υποστήριξη που προέρχεται από τους ανωτέρους και από τους συναδέλφους είναι εξ' ίσου σημαντικός παράγοντας, ο οποίος ταυτόχρονα με την μείωση του συνδρόμου επιτυγχάνει και την γενικότερη βελτίωση λειτουργίας του θαλάμου (Huang 2015; Whitebird 2013). Καταλήγοντας η κοινωνική υποστήριξη είναι μια μεγάλη βοήθεια στη καταπολέμηση του συνδρόμου καθώς συνεισφέρει στην παροχή συναισθηματικής και υποστηρικτικής βοήθειας μειώνοντας έτσι το άγχος και τους παράγοντες stress αποτρέποντας έτσι τη δημιουργία της εξουθένωσης. Συνεπώς αυτό που πρέπει να γίνει είναι να επικεντρωθεί το άτομο όχι μόνο στους παράγοντες δημιουργίας του άγχους όπως η υπερφόρτωση εργασίας αλλά να αρχίζει να λαμβάνει υπόψιν και τους προσωπικούς παράγοντες και το τι μπορεί να κάνει για να βελτιώσει τον εαυτό του αλλά και τους γύρω του (Soriano et al. 2019).

Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι κάτι το πραγματικό και κατ' επέκταση μέρος της κοινωνίας μας, το οποίο επηρεάζει αρνητικά όχι μόνο το επάγγελμα της νοσηλευτικής αλλά τα περισσότερα από τα επαγγέλματα. Αυτό που πρέπει να καταστεί σαφές είναι ότι από τη στιγμή που έχει προσδιοριστεί και έχει αναγνωριστεί το συγκεκριμένο σύνδρομο, το κύριο μέλημα του ατόμου και της κοινωνίας είναι ο αγώνας και η προσπάθεια εξάλειψής του. Μέσω των τρόπων αντιμετώπισης και της γνώσης που έχει αποκτηθεί είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί σε πολύ μεγάλο βαθμό. Ο κυριότερος λόγος για τον οποίο πρέπει να τεθεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό έλεγχο είναι κυρίως γιατί αλλοιώνει το επάγγελμα της νοσηλευτικής δημιουργώντας πολλά εσωτερικά προβλήματα στους ίδιους τους εργαζομένους, τους ασθενείς και συνεπώς και στο εργασιακό περιβάλλον.

Συμπερασματικά, εφόσον η επαγγελματική εξουθένωση βρέθηκε υπαίτια για πολλά και μείζον προβλήματα εντός του νοσοκομειακού χώρου (λοιμώξεις) η μείωση της και η εξάλειψη της θα πρέπει να είναι ο κυριότερος στόχος των επαγγελματιών υγείας.

Βιβλιογραφία

Abushaikha, L. & Saca-Hazboun H. (2009). Job Satisfaction and Burnout among Palestinian Nurses. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15, 190-197.

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. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 23–30.

Alexander G.K., Rollins K., Walker D., Wong L., Pennings J. (2015). Yoga for SelfCare and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace Health Safety*, 63(10), 462– 471.

American Journal of Epidemiology. (2007). 165 (11).

Anderson J.G., Anderson M.M., Suito J.J. Abrahamson K., Pillemer K. (2010). The cumulative influence of conflict on nursing home staff. *Res Gerontology Nurses*, 3(1), 39–48.

Arrogante O., Aparicio-Zaldivar E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive Critical Care Nursing*, 42, 110-115.

Awajeh A.M., Issa M.R., Rasheed A.M., Amirah M.F. (2018) Burnout among Critical Care Nurses in King Saud Medical City (KSMC). *Journal of Nursing Care* 7, 450.

Bakker A.B., & Demerouti E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309–328.

Balsanelli, Pazetto A. & Isabel Cristina Kowal Olm C. (2014). The work environment and leadership in nursing: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 938-943.

Casey S., Avalos G. (2018). Critical care nurses' knowledge of alarm fatigue and practices towards alarms: A multicentre study. *Maura Dowling Intensive Critical Care Nurse*, 48, 36-41.

Celik S.S., Celik Y., Ağırbaş I., Uğurluoğlu O. (2007). Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54(4), 359–366.

Chernomas W.M., Shapiro C. (2013). Stress, depression, and anxiety among undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 255-266.

Cimiotti J.P., Aiken L.H., Sloane D.M., Wu E.S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control*, 40(6), 486–490.

Clinical Infectious Diseases, 47(7), 937–944.

Critical care rotation impact on pediatric resident mental health and burnout Wolfe K.K., Unti S.M. (2017). Critical care rotation impact on pediatric resident mental health and burnout. *BMC Medical Education*, 17 (1), 181.

Elshaer N.S.M., Moustafa M.S.A., Aiad M.W., Ibrahim M., Ramadan E. (2018). Job Stress and Burnout Syndrome among Critical Care Healthcare Workers. *Alexandria Journal of Medicine*, 54 (3), 273-277.

Exploring the boundary conditions of expressive writing: In search of the right recipe. Smyth J.M., Pennebaker J.W. (2008). Exploring the boundary conditions of expressive writing: In search of the right recipe. *British Journal of Health Psychology*, 13 (1), 1–7.

Farber B. A. (1983). *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. Pergamon Press – Burn Out (Psychology), New York.

Fortunatti C.P., Palmeiro-Silva Y.K. (2017). Effort-Reward Imbalance and Burnout Among ICU Nursing Staff: A Cross-Sectional Study. *Nurs Res.* 66 (5), 410–416.

Freudenberger H.J., (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30: 159-165.

Galletta M., Portoghese I., D'Aloja E., Mereu A., Contu P., Coppola R.C., Finco G., Campagna M. (2016). Relationship between job burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units. *Intensive Crit Care Nurs*, 34, 51–58.

Garcia-Rio F., Rojo B., Casitas R., Lores V., Madero R., Romero D., Galera R., Villasante C. (2012). Chest, Prognostic value of the objective measurement of daily physical activity in patients with COPD. 142(2), 338–346.

Gasparino R.C. (2011). Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index Revised (B-NWI-R). *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 23-24.

Gómez-Urquiza J.L., Emilia I. De la Fuente-Solana, Albendín-García L., VargasPecino C., Ortega-Campos E.M., Cañadas-De la Fuente G.A. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), 1-9.

Gortner E.A., Rude S.S., Pennebaker J.W. (2006). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavioral Therapy*, 37(3), 292–303.

Guillermo A., Cañadas-De la Fuente, Vargas C., San Luis C., García I., Cañadas G.R., De la Fuente E.I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1): 240–249.

Hamaideh S.H. (2011). Stressors and reactions to stressors among university students. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1) 69–80.

Horner J.K., Piercy B.S., Eure L., Woodard E.K. (2014). A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied Nursing Research*, 27(3), 198–201.

Hugonne S., Chevrolet J.C., Pittet D. (2007). The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 35(1), 76–81.

Hui-Ying H., Kun-Shan W., Mei-Ling W. & Pao-Shang T. (2015) Moderating the Effect of Supervisor Support on Work-to-Family Conflict and Burnout Relationship, *Studies on Ethno-Medicine*, 9 (2), 263-278,

Iglesias M.E.L., Vallejo R.B.B., Fuentes P.S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 30–37.

Jenkins R., Elliott P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*. 48(6), 622–631.

Kelly D., Kutney-Lee A., Lake E.T., Aiken L.H. (2013). The Critical Care Work Environment and Nurse-Reported Health Care–Associated Infections. *American Journal of Critical Care*, 22(6), 482–488.

Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E. & Christensen K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207.

Letvak S.A., Ruhm C.J., Gupta S.N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *American Journal of Nursing*, 112(2), 30-8.

Luther, L., Gearhart T., Fukui S., Morse G., Rollins A.L., Salyers M.P. (2017). Working Overtime in Community Mental Health: Associations with Clinician Burnout and Perceived Quality of Care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(2): 252–259.

Mackenzie, C.S., Poulin P.A., Seidman-Carlson R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res.* 19(2), 105–109.

Malaquin S., Mahjoub Y., Musi A., Zogheib E., Salomon A., Guilbart M., Dupont H. (2016). Burnout syndrome in critical care team members: A monocentric cross sectional survey. *Anaesthetic Critical Care Pain Medicine*, 36(4), 223-228.

Maslach C., & Jackson S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.

Maslach C., & Leiter M. P. (2005). Stress and burnout: the critical research, in Cooper, C.L. (Ed.), *Handbook of Stress Medicine and Health*, CRC Press, Lancaster, 155-72.

Maslach C., Jackson E.S., Leiter P.M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. 3rd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

McElligott D., Capitulo K.L., Morris D.L., Click E.R. (2010). The effect of a holistic program on health-promoting behaviors in hospital registered nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 28(3), 175–185.

McHugh M.D., Kutney-Lee A., Cimiotti J.P., Sloane D.M., Aiken L.H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs (Millwood)*, 30(2), 202–210.

Mealer M., Conrad D., Evans J., Jooste K., Solyntjes J., Rothbaum B., Moss M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), 97–105.

Mealer M., Jones J., Moss M, (2012). A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Med*, 38(9), 1445–1451.

Meltzer L.S., Huckabay L.M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 202–208.

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

Milne, D. (2007) An Empirical Definition of Clinical Supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 437-447.

Moghaddasi J., Mehralian H., Aslani, Y., Masoodi R., Amiri M. (2013). Burnout among nurses working in medical and educational centers in Shahrekord, Iran. *Iran Journal of Nursing Midwifery Res.* 18(4): 294–297.

Monsalve-Reyes C.S., San Luis-Costas C., Gómez-Urquiza J.L., Albendín-García L., Aguayo R., Cañadas-De la Fuente G.A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 19 (1), 59.

Moreno-Jimenez B., Garrosa-Hernandez E., Gálvez M., González J.L. (2002). *Psicologia em estudo*, Maringá 7 (1), 11-19.

Nantsupawat A., Kunaviktikul W., Nantsupawat R., Wichaikhum O.A., Thienthong H., Poghosyan L. (2016). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Council of Nurses Review*, 24(5), 656-657.

Nantsupawat A., Nantsupawat R., Kunaviktikul W., Turale S., Poghosyan L. (2016). Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 83–90.

Njim T., Mbang C., Mouemba D., Makebe H., Toukam L., Kika B., Mulango I. (2018). Determinants of burnout syndrome among nursing students in Cameroon: cross-sectional study. *BMC Res Notes.*, 11 (1), 450.

Nogueira, Lilia de Souza, Sousa, Cardoso R.M., Guedes, Erika de Souza, Santos, Mariana Alvina dos, Turrini, Teresa R.N. & Cruz Diná de Almeida Lopes Monteiro da. (2018). Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 336-342.

Nurs J.C. (2008). Poor Work Environments and Nurse Inexperience Are Associated with Burnout, Job Dissatisfaction, and Quality Deficits in Japanese Hospitals. *Journal of Clinical Nurses*, 17(24): 3324–3329.

Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. Panunto M.R., Edinéis de Brito Guirardello. (2013). Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 21(3), 765–772.

Perinatol J.J. (2017). Burnout in the neonatal intensive care unit and its relation to healthcare-associated infections. *Profit*, 37(3), 315–320.

Poghosyan L., Clarke S.P., Finlayson M., Aiken L.H. (2010). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries, *Res Nurs Health*. 33(4), 288–298.

Poncet M.C., Toullic P., Papazian L., Kentish-Barnes N., Timsit J.F., Pochard F., Chevret S., Schlemmer B., Azoulay E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 175(7): 698–704.

Purbaugh T. (2014). Alarm fatigue: a roadmap for mitigating the cacophony of beeps. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(1), 4–7.

Quinn-Lee L., Olson-McBride L. & Unterberger. A (2014) Burnout and Death Anxiety in Hospice Social Workers. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 10 (3), 219-239.

Radu P., Laura E., Ana R., Giselle O., Karen H., Vikramjit M. (2019). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 47 (1), 34.

Rogers A.E., Hwang W.T., Scott, L.D., Aiken L.H., Dinges D.F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Aff (Millwood)* 23(4): 202–212.

Rowe M.M., Sherlock H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young, *Journal of Nursing Management*, 13(3), 242–248.

Schaufeli W., & Greenglass E. (2001). Introduction to Special Issue on Burnout and Health. *Psychology and Health*, 16, 501-510.

Speroni K.G., Earley C., Seibert D., Kassem M., Shorter G., Ware C.C., Kosak E., Atherton M. (2012). Effect of Nurses Living Fit exercise and nutrition intervention on body mass index in nurses. *Journal of Nursing Administration*, 42(4), 231–238.

Stone P.W., Pogorzelska M., Kunches L., Hirschhorn L.R. (2008). Hospital Staffing and Health Care–Associated Infections: A Systematic Review of the Literature. *Clinical Infection Diseases*, 47(7), 937-944.

Sutherland S., (2017). Survey Finds Nearly Half of Nurses Considering Leaving the Profession. *Nurse Survey Finds Half of Nurses Consider Quitting*. <https://rnnetwork.com/blog/rnnetwork-nurse-survey>, February 28, 2017.

Tawfik D.S., Sexton J.B., Kan P., Sharek P.J., Nisbet C.C., Rigdon J., Lee H.C., Telles, S., Singh, N., Bhardwaj, A.K. et al. (2013). Effect of yoga or physical exercise on physical, cognitive and emotional measures in children: a randomized controlled trial. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 7, 37.

Tomaschewski-Barlem J.G., Lunardi V.L., Lunardi G.L., Barlem E.L., da Silveira R. S., & Vidal D. A. (2014). Burnout syndrome among undergraduate nursing students at a public university. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(6), 934–941.

Valero-Chillerón M.J., González-Chordá V.M., López-Peña N., Cervera-Gasch A., Suárez-Alcázar, M.P., Mena-Tudela D. (2019). Burnout syndrome in nursing students: An observational study. *Nurse Educ Today*, 76 (1), 38–43.

Velando-Soriano A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J.L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, EI, Cañadas-De La Fuente G.A. (2019). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1).

Wang L., Tao H., Ellenbecker C.H., Liu X. (2012). Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 539–549.

Weber A., Jaekel-Reinhard A. (2007). Burnout syndrome: a disease of modern societies. *Occupational Medicine (London)* 50 (7), 512–517.

Whitebird R.R., Asche S.E., Thompson G.L., Rossom R., Heinrich R. (2013). Stress, burnout, compassion fatigue, and mental health in hospice workers in Minnesota. *Journal of Palliative Medicine*, 16(12), 1534–1539.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Μονάδα παρακολούθησης και υποστήριξης Ψυχαργώς – Β φάση (2005), Αθήνα.