

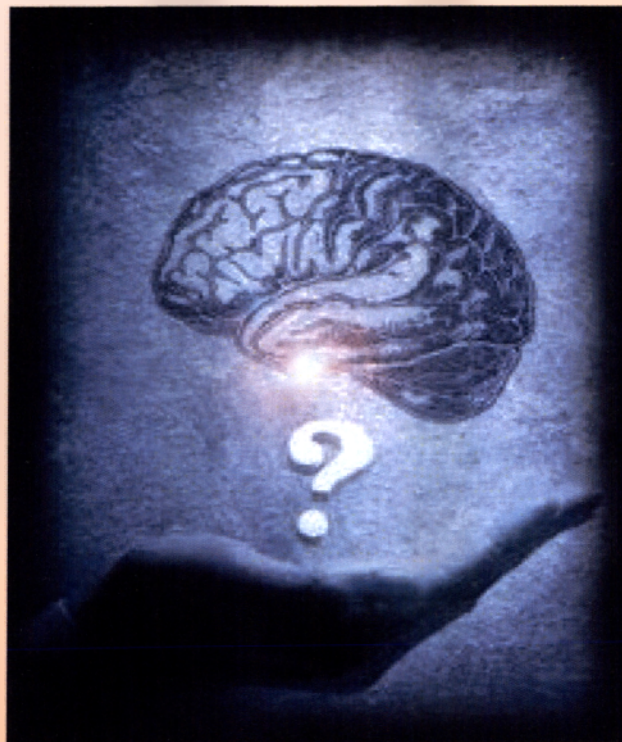


ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Είναι Υγιείς οι επαγγελματίες υγείας στο Αττικό Νοσοκομείο;»



Διοιήτρια: Χριστοδουλοπούλου Γεωργία

Επιμοπεύουσα Καθηγήτρια: Καστανιώτη Αικατερίνη

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2011-2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	σελ. 2
1. Υγεία- ψυχική υγεία.....	σελ. 3
2. Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	σελ. 10
2.1. Στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης.....	σελ. 11
2.2. Ενδείξεις και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	σελ. 14
2.3. Επιπτώσεις και μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	σελ. 15
2.4. Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης.....	σελ. 17
2.5. Μέτρα προφύλαξης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	σελ. 19
2.5.1. Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.....	σελ. 19
2.5.2. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο.....	σελ. 20
3. Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης.....	σελ. 21
4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	σελ. 24
4.1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση στο εξωτερικό.....	σελ. 24
4.2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση στον Ελλαδικό χώρο.....	σελ. 32
5. Επιδημιολογικά στοιχεία επαγγελματιών υγείας.....	σελ. 34
Βιβλιογραφία.....	σελ. 43

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), ως υγεία ορίζεται η κατάσταση της ολοκληρωμένης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας. Η συνεχής όμως και για μεγάλο διάστημα έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες μπορεί σταδιακά να επιφέρει ποικίλες συνέπειες στην προσωπική, κοινωνική, επαγγελματική ζωή ενός ανθρώπου, καθώς και στη σωματική του υγεία.

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) εμφανίζεται ολοένα και περισσότερο τόσο τα τελευταία χρόνια με σημαντικές επιπτώσεις σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα, σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών.

Από τις έρευνες που έχουν διενεργηθεί από πλήθος επιστημόνων, έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περισσότερο συχνό σε κάποια επαγγέλματα, όπως στους ιατρούς και τους νοσηλευτές λόγω των ιδιαίτερων σχέσεων φροντίδας και υπευθυνότητας που αναπτύσσονται στο χώρο της υγείας. (Jimmiesson, 2000).

Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας που βιώνουν σωματική, διανοητική ή/και συναισθηματική εξάντληση αισθάνονται συναισθηματικά «στεγνωμένοι» και απογοητευμένοι ως αποτέλεσμα έντονου και μακροχρόνιου στρες από τα περιστατικά της ημέρας (Burke & Greenglass, 2001). Το γεγονός αυτό έχει άμεση και ουσιαστική επίπτωση στην αποδοτικότητα του καθώς και στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας του Αττικού Νοσοκομείου.

ΥΓΕΙΑ-ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ο όρος «Υγεία» είναι από μόνος του ιδιαίτερα ανακριβής (Naidoo & Wills, 2000). Μπορεί να αναφέρεται ταυτόχρονα σε παρούσες ή απύσες καταστάσεις. Συνήθως χρησιμοποιείται για να ορίσει την απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας άλλα επίσης συχνά χρησιμοποιείται για να αναφερθεί σε μια κατάσταση ευεξίας και ικανότητας ή σε μια κατοχή προσωπικών πόρων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν όποτε υπάρξει ανάγκη (Naidoo & Wills, 2000). Άνθρωποι με διαφορετικά υπόβαθρα μπορεί να φέρουν διαφορετικές απόψεις στο θέμα της υγείας και το κάθε άτομο μπορεί να έχει διαφορετικές ιδέες για την έννοια της υγείας, ανάλογα με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εξετάζεται το θέμα. Το πιο κυρίαρχο μοντέλο της υγείας είναι το ιατρικό μοντέλο (Lupton, 1995; Naidoo & Wills, 2000). σύμφωνα με το οποίο: «η υγεία αποτελεί μια ιδιότητα των όντων που μπορεί να μειωθεί στα μικρότερα συστατικά του σώματος. Προσεγγίζει το σώμα και τα μέρη του σαν μια μηχανή που στην υγιή τους κατάσταση λειτουργεί όπως είναι σχεδιασμένη να λειτουργεί. Όταν το σώμα υπολειτουργεί το άτομο αρρωσταίνει, τα αίτια για την υπολειτουργικότητα εξετάζονται και εφαρμόζεται θεραπεία για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας. Οι πιο αντιφατικές προσπάθειες για τον ορισμό της υγείας είναι αυτές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Κατά την ίδρυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), το 1948, ως «Υγεία» ορίστηκε η κατάσταση της ολοκληρωμένης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (Tonnes and Tilford (2001). Στη συνέχεια το 1986, στο παράρτημα της Ottawa για την προαγωγή της υγείας, ο WHO δήλωσε πως η υγεία αποτελεί μέσο για την καθημερινή ζωή και όχι τον αντικειμενικό στόχο αυτής. Η υγεία αποτελεί θετική άποψη που δίνει έμφαση σε κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους καθώς επίσης σε «σωματικές ικανότητες» και αποκτάται μέσω ενός συνδυασμού φυσικών, ψυχικών και κοινωνικών στοιχείων τα οποία μαζί, αναφέρονται ως το «Τρίγωνο της Υγείας».

Η σωματική και ψυχική Υγεία συνδέονται στενά μέσω διαφόρων μηχανισμών όπως έχουν δείξει π.χ έρευνες που αναφέρονται στη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και των καρδιαγγειακών ασθενειών. Πολλαπλές μελέτες από το 1950 και μετά υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που πάσχουν από κάποια οργανική ασθένεια και παράλληλα διατηρούν ιδιαίτερα

αρνητικές συμπεριφορές, συνήθως έχουν χειρότερα αποτελέσματα σε σχέση με αυτούς που διατηρούν μια περισσότερο θετική συμπεριφορά. Πιο πρόσφατες μελέτες δηλώνουν ότι υγιείς άνθρωποι που παραμένουν αισιόδοξοι, εμφανίζουν χαμηλότερους ρυθμούς θανάτου σε σχέση με εκείνους που είναι απαισιόδοξοι. (Giltay et al., 2004). Η συσχέτιση της συναισθηματικής κατάστασης με την διατήρηση της καλής φυσικής υγείας και της ανάκαμψης από την φυσική ασθένεια είναι πολύ καλά τεκμηριωμένη. Η κακή σωματική υγεία λειτουργεί ανασταλτικά για την ψυχική υγεία όπως επίσης η κακή ψυχική υγεία συνεισφέρει αρνητικά στην σωματική υγεία. (Hertman & Jané-Llopis, in press). Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της κακής διατροφής των εμβρύων, που μπορεί να συνεισφέρει στην ανάπτυξη γνωστικών και κινητικών δυσλειτουργιών καθώς επίσης η καρδιακή ασθένεια και ο καρκίνος, που μπορεί να αυξήσουν τις πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης (Blane et al., 1996; Marmot & Wilkinson, 1999). Υπάρχουν πολύ ισχυρά δεδομένα που ενοχοποιούν την κατάθλιψη ως παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιακών ασθενειών. Επιπλέον ο χαμηλός έλεγχος κατά την εργασία και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη έχουν σημαντικές επιρροές τόσο στη σωματική (καρδιαγγειακά νοσήματα) όσο και στην ψυχική υγεία (κατάθλιψη) (Kopp, Skrabski & Szedmiák, 2000). Πολλοί από τους ανθρώπους που πάσχουν από AIDS καθώς επίσης και οι συγγενείς τους στιγματίζονται λόγω της ασθένειας και λαμβάνουν ένα είδος κοινωνικού ρατσισμού που τους οδηγεί στην κατάθλιψη και διάφορες άλλες ψυχικές διαταραχές.

Η έρευνα έχει υποδείξει δύο βασικά μονοπάτια μέσω των οποίων η ψυχική και φυσική υγεία ενός ατόμου αλληλοεπηρεάζονται μέσα στο χρόνο, αλληλεπιδρώντας παράλληλα με κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το πρώτο μονοπάτι περιλαμβάνει μόνο φυσιολογικά συστήματα όπως το «νευροενδοκρινές» και το «ανοσοποιητικό» σύστημα. Το δεύτερο είναι μέσω της «συμπεριφοράς υγείας» που αντιστοιχεί σε ένα εύρος δραστηριοτήτων όπως η σωστή διατροφή, η συχνή άσκηση, ο επαρκής ύπνος, η αποφυγή καπνίσματος και αλκοολ κ.α Τα φυσιολογικά και ψυχολογικά μονοπάτια παρά το γεγονός ότι φαίνονται απομακρυσμένα ωστόσο αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το κοινωνικό περιβάλλον. Σε ένα ολοκληρωμένο και τεκμηριωμένο μοντέλο για την υγεία, η «ψυχική υγεία» προκύπτει ως ένα καθοριστικός παράγοντας για την συνολική υγεία. Οι αγχώδεις και καταθλιπτικές συμπεριφορές, φαίνεται ότι ενεργοποιούν έναν καταρράκτη αλλαγών στις ενδοκρινείς και ανοσοποιητικές λειτουργίες και αυξάνουν την ευαισθησία σε ένα μεγάλο

αριθμό ασθενειών. Χαρακτηριστικά το στρες φαίνεται ότι σχετίζεται με την εκδήλωση του κοινού κρυολογήματος (Cohen, Tyrrell & Smith, 1991) και καθυστερεί την επούλωση των πληγών (Kielcot-Glaser et al., 1999).

Περιβαλλοντικές επιρροές όπως η φτώχεια ή κοινωνικά και πολιτιστικά πρότυπα, επηρεάζουν επίσης την «συμπεριφορά υγείας» σύμφωνα με τον WHO. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των καθοριστικών παραγόντων της υγείας, της συμπεριφοράς και της ψυχικής υγείας σε όλα τα στάδια της ζωής είναι ιδιαίτερα πολύπλοκες. Αρκετά δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την κακή ψυχική υγεία σχετίζονται ταυτόχρονα και με την κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών, την εγκληματικότητα και την αποχή από το σχολείο.

Είναι γεγονός πως για πολλά χρόνια δεν υπήρχε κάποιος συγκεκριμένος ορισμός για την «ψυχική υγεία». Οι πολιτισμικές διαφορές, οι υποκειμενικές απόψεις και οι ανταγωνιστικές θεωρίες των επαγγελματιών επηρέασαν τον ορισμό της «ψυχικής υγείας» (World Health Organization 2005). Ως «Ψυχική Υγεία» σήμερα, ορίζεται η κατάσταση που περιγράφει είτε ένα επίπεδο γνωστικής ή συναισθηματικής ευημερίας είτε την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής. Σύμφωνα με απόψεις της «Θετικής Ψυχολογίας» ή της «ολότητας», η «ψυχική υγεία» ενδεχομένως περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να απολαμβάνει τη ζωή και να διατηρεί μια ισορροπία ανάμεσα στις καθημερινές δραστηριότητες και την προσπάθεια να κατακτήσει «ψυχολογική ανθεκτικότητα». Η «ψυχική υγεία» αποτελεί έκφραση των συναισθημάτων μας και σηματοδοτεί μια επιτυχημένη προσαρμογή σε ένα μεγάλο εύρος απαιτήσεων. Ο WHO ορίζει την «ψυχική υγεία» ως «μια κατάσταση ευημερίας, στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητες του, μπορεί να αντιμετωπίσει τις καθημερινές καταστάσεις στρες, μπορεί να δουλέψει αποδοτικά και παραγωγικά και μπορεί να συνεισφέρει στην κοινωνία του» (World Health Organization 2005).

Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας έχουν αναφερθεί τα εξής βασικά κριτήρια:

1) Το στατιστικό κριτήριο - ή κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς. Με βάση αυτό το κριτήριο, ως μέτρο της ψυχικής ομαλότητας θεωρείται η συμπεριφορά του μέσου ανθρώπου. Βέβαια είναι δύσκολο να αξιολογηθούν επακριβώς τα όρια τού μέσου ανθρώπου.

2) *Το κριτήριο της απουσίας της ψυχικής νόσου ή κλινικό κριτήριο.* Σύμφωνα μ' αυτό το κριτήριο ψυχικά υγιές είναι εκείνος πού η συμπεριφορά του είναι τέτοια ώστε να μην εμπίπτει στα πλαίσια μιας γνωστής και καθιερωμένης ψυχικής νόσου.

3) *Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας.* Εδώ παθολογική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται εκείνη πού αποτελεί πηγή δυσφορίας για το άτομο πού την υιοθετεί. Πόσο άσχημα και "παθολογικά" αισθάνεται το ίδιο το άτομο ως υποκείμενο και πόσο αισθάνεται ότι υποφέρει από υποκειμενικής ή άλλου είδους δυσκολίες.

4) *Το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής ή της κοινωνικής συμπεριφοράς.* Σύμφωνα μ' αυτό το κριτήριο το άτομο θεωρείται υγιές όταν η συμπεριφορά του δεν εξέρχεται ή δεν

αποκλίνει από το πλαίσιο των κανόνων πού ισχύουν για τη κοινωνία μέσα στην οποία ζει. Φυσιολογικό θεωρείται το άτομο που η συμπεριφορά του είναι κοινωνικά αποδεκτή και δεν ενοχλεί τους συνανθρώπου του με ανάρμοστες συμπεριφορές

5) *Το κριτήριο της άριστης λειτουργικότητας.* Η οπτική αυτή περιγράφει ένα άτομο χωρίς ατέλειες που εξασφαλίζει σε όλες του τις δραστηριότητες άριστη λειτουργικότητα, κάτι δηλαδή που κινείται στη σφαίρα της ουτοπίας.

6) *Το αναπτυξιακό κριτήριο.* Μια άλλη προσέγγιση βασίζεται στην αναπτυξιακή διαχρονική εκτίμηση. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η φυσιολογικότητα εκτιμάται με κριτήριο το ομαλό πέρασμα από μια φάση ανάπτυξης της προσωπικότητας στην άλλη. Οι φάσεις αυτές μπορούν να διακριθούν στη Βρεφική, τη Νηπιακή, τη Προσχολική, τη Σχολική και τη φάση Μέσης ηλικίας (πρώιμη, μέση, όψιμη). Έτσι σύμφωνα με αυτό το κριτήριο φυσιολογικός θεωρείται ο άνθρωπος που διέρχεται ομαλά από όλα τα στάδια ανάπτυξης και ωρίμανσης της προσωπικότητάς του. Όπως είναι φανερό και τα έξι κριτήρια όχι μόνο δεν είναι απόλυτα, αλλά είναι δυνατόν ν' αποτελέσουν αφορμή για ατελείωτες συζητήσεις και αμφισβητήσεις και το καθένα ξεχωριστά δεν επαρκεί για να ορίσει τη ψυχική υγεία. Για το λόγο αυτό γίνεται μια προσπάθεια καθορισμού της ψυχικής υγείας με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά του συνολικού τρόπου ζωής του ατόμου, σε μία δεδομένη χρονική περίοδο και σ' ένα δεδομένο κοινωνικο-πολιτισμικό χώρο.

Τα βασικά ατομικά χαρακτηριστικά που συνθέτουν στη ψυχική υγεία συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα (World Health Organization 2005).

ΒΑΣΙΚΑ ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΣΥΝΘΕΤΟΥΝ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
▪ Ικανότητα προσαρμογής
▪ Επίγνωση εαυτού (προσωπική ταυτότητα), συνδυασμένη με αίσθημα αυτονομίας και ικανότητα ελέγχου της αντικειμενικής πραγματικότητας.
▪ Επίγνωση σκοπού της ζωής
▪ Επίγνωση των αναγκών τού συνανθρώπου σε συνδυασμό με ικανότητα συναισθηματικής συναλλαγής και ομαλών διαπροσωπικών σχέσεων.
▪ Επίγνωση τού κοινωνικού ρόλου συνδυασμένη με ικανότητα για υπεύθυνη ανάληψη επαγγελματικών, οικογενειακών, και ευρύτερων υποχρεώσεων.
▪ Ψυχική Αντοχή στις ψυχοπαιστικές συνθήκες τού περιβάλλοντος. Η αντοχή αυτή συνυφάινεται με την ισχύ τού Εγώ. Όσο ισχυρότερο το Εγώ τόσο ευρύτερα τα περιθώρια για θετική προσαρμογή στις στρεσογόνες αλλαγές τού περιβάλλοντος. Όπως είναι ευνόητο, σε έκτακτες ψυχοπαιστικές συνθήκες τα άτομα με μειωμένη ψυχική αντοχή είναι που θα λυγίσουν πρώτα και θα παρουσιάσουν ψυχοπαθολογικά συμπτώματα.

Συμπερασματικά η ψυχική υγεία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό τόσο από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, (ψυχολογικές πιέσεις, στρες, αρνητικά ή και θετικά γεγονότα ζωής), όσο και από εσωτερικούς (ενδοψυχικούς) ατομικούς παράγοντες πού συνήθως σχετίζονται με τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Εξαρτάται επίσης και από βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά από γεννήσεως. Σε ότι αφορά τούς ατομικούς ή προσωπικούς παράγοντες, τα πράγματα είναι κάπως πιο πολύπλοκα (Θεοφίλου και συν. 2009). Η εμφάνιση ή μη μιας ψυχικής διαταραχής σχετίζεται τόσο με τις ψυχοπαιστικές

καταστάσεις του περιβάλλοντος, όσο και με τις ψυχικές αντοχές της προσωπικότητας που έχει διαμορφώσει το νέο άτομο μέχρι τη στιγμή εκείνη. Σχετίζεται επίσης με τη κληρονομική προδιάθεση για εκδήλωση ψυχικής νόσου που είναι δυνατό να υπάρχει σε ορισμένα άτομα και η οποία μπορεί να είναι εμφανής ή να συνδέεται με κάποια διαταραγμένα στοιχεία της προσωπικότητας ή να μη σχετίζεται καθόλου με τη προσωπικότητα. Το πώς αντιμετωπίζει ένα άτομο διάφορα ψυχοπαιστικά προβλήματα ή στρες και με τι τρόπους ή στρατηγικές τα επιλύει σχετίζεται άμεσα με τη ψυχική του υγεία.

Αναλυτικότερα οι ψυχολογικές διαταραχές αποτελούν πρότυπα ψυχολογίας ή συμπεριφοράς που σχετίζονται με υποκειμενικές καταστάσεις άγχους-στρες ή ανικανότητας που παρατηρούνται σε κάποιο άτομο και δεν αποτελούν μέρος κάποιας φυσιολογικής ανάπτυξής ή κουλτούρας. Τα πρωτογενή αίτια των ψυχικών διαταραχών διαφέρουν ανάλογα με την πάθηση, όμως μια σειρά από κοινούς παράγοντες επιβαρύνει σημαντικά τους ασθενείς και καθυστερεί ή και αναστέλλει την ανάρρωσή τους:

- Έλλειψη πληροφόρησης και εκπαίδευσης για τις διαταραχές και τις επιπτώσεις στην περίπτωση «μη διάγνωσης» και «μη κατάλληλης θεραπείας».
- Προκαταλήψεις και στιγματισμός σαν αποτέλεσμα άγνοιας και φόβου γι' αυτούς που πάσχουν.
- Έλλειψη πολιτικής κατανόησης και βούλησης που θα βοηθήσει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαταραχών.
- Έλλειψη κατάλληλων πόρων ώστε να υπάρξει αποτελεσματική βοήθεια για πάσχοντες και οικογένειες μέσα στην κοινότητα.

Η ψυχική υγεία επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα στην οικογένεια, στο σχολείο, στους χώρους εργασίας και αναψυχής (World Health Organization 2005). Η καλή ψυχική υγεία συμβάλλει στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη καθώς και στην ευημερία του ανθρώπου. Η κακή ψυχική υγεία μπορεί να υποβαθμίσει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Η κατάσταση αυτή όχι μόνον αποτελεί πρόβλημα για τον τομέα της υγείας, αλλά συγκαταλέγεται ανάμεσα στους τρεις κυριότερους λόγους απουσίας από την εργασία, ενώ αποτελεί σημαντική αιτία για πρόωρη συνταξιοδότηση ή αναπηρική σύνταξη. Δημιουργεί επίσης σημαντικές δαπάνες που

επιβαρύνουν την κοινωνία και το οικονομικό, εκπαιδευτικό, ασφαλιστικό, ποινικό και δικαστικό σύστημα.

Για την Ευρώπη το οικονομικό κόστος από τη μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση ψυχικών ασθενειών είναι της τάξης των 240 δις ευρώ ανά έτος. Επιπροσθέτως, υπολογίζεται ότι στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι πολυδιάστατες επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στοιχίζουν περίπου το 3 με το 4% του ΑΕΠ. Επίσης, οι ψυχικές διαταραχές στο σύνολό τους αποτελούν την κύρια αιτία της πρόωρης συνταξιοδότησης και των συντάξεων αναπηρίας, ενώ το κοινωνικό κόστος (διάλυση οικογενειών, απώλεια εργασίας, ανεργία, αυτοκτονίες, πράξεις βίας κ.λπ.) δεν μπορεί να υπολογισθεί. Παρ' όλα αυτά, η ψυχική νόσος παραμένει ο φτωχός συγγενής των διαφόρων συστημάτων υγείας, έτσι ώστε να μην ικανοποιούνται ούτε στοιχειωδώς οι ανάγκες των πασχόντων και των οικογενειών τους.

Οι ψυχικές διαταραχές είναι στην πλειοψηφία τους αντιμετωπίσιμες, εφόσον γίνεται σωστή χρήση των διαθέσιμων θεραπειών. Ωστόσο, η αντιμετώπιση καθίσταται δύσκολη στις περιπτώσεις κατά τις οποίες είτε δεν γίνεται σωστή διάγνωση της σοβαρότητας της διαταραχής, είτε δεν κατανοούνται σωστά τα οφέλη που προκύπτουν από τις υπηρεσίες θεραπείας των ψυχικών ασθενειών. Έτσι, αν και αποτελούν αρκετά συχνό πρόβλημα (27% των ενηλίκων ευρωπαϊών πολιτών μια φορά τουλάχιστον στη ζωή τους υπέφεραν από κακή ψυχική υγεία), 60 -65% απ' αυτούς που υποφέρουν δεν λαμβάνουν ακριβή διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία. Στις περισσότερες χώρες, ιδιαίτερα σε εκείνες μέσου - χαμηλού εισοδήματος, οι υπηρεσίες υγείας υστερούν σε πόρους - τόσο ανθρώπινους όσο και οικονομικούς. Οι περισσότεροι από τους πόρους ξοδεύονται στη στοχευμένη αντιμετώπιση και φροντίδα των ψυχικά ασθενών, και σε μικρότερο βαθμό στην εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου συστήματος ψυχικής υγείας. Δυστυχώς, οι περισσότερες από τις χώρες αυτές επενδύουν μόνο το 1% του προϋπολογισμού τους για την υγεία στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Κατά συνέπεια, δεν δίδεται προτεραιότητα στις πολιτικές για την ψυχική υγεία, τη σχετιζόμενη νομοθεσία και τις μονάδες κοινοτικής φροντίδας και αντιμετώπισης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Παρά την πρόοδο που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα της Ιατρικής, στην επιφάνεια έχουν έρθει νέοι προβληματισμοί, οι οποίοι αφορούν όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους ανθρώπους που εργάζονται μέσα στους χώρους όπου παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Οι φόβοι απέναντι στη νόσο και στο θάνατο, τα προβλήματα στο χώρο εργασίας και η έλλειψη εκπαίδευσης του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού λειτουργούν σε δύο επίπεδα: Δυσχεραίνουν την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα πιέζουν τους πρώτους συναισθηματικά και δημιουργούν άγχος, προκαλώντας σημαντικές επιπτώσεις, όπως συστηματικές απουσίες, εντάσεις, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και κατάθλιψη.

Η ανταπόκριση του ατόμου στην ανισορροπία που προκαλεί το εργασιακό stress εκδηλώνεται είτε με τη χρησιμοποίηση κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισής του είτε με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (professional burnout), η οποία έχει ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας.

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (burn out) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberg για την περιγραφή των συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και, γενικότερα, σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους. Στα αγγλικά "burn out" σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των έδων μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Maslach & Jackson, 1984).

Το σύνδρομο αυτό δυναμικά μπορεί να επηρεάσει κάθε επαγγελματία υγείας, λόγω των ιδιαίτερων σχέσεων φροντίδας και υπευθυνότητας που αναπτύσσονται στο χώρο αυτό. Συνδέεται άμεσα με την αποδοτικότητά του καθώς και με την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας.

Πιο συγκεκριμένα, η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται μια μορφή χρόνιου και παρατεταμένου επαγγελματικού stress, όπου το άτομο προοδευτικά αποδυναμώνεται, ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται ότι τα ψυχικά αποθέματα που διαθέτει δεν επαρκούν για να

αντιμετωπίσει τους ιδιαίτερα έντονους πιεστικούς παράγοντες της εργασίας του. Αυτή η μακροχρόνια έκθεση και η εμπλοκή σε ιδιαίτερα απαιτητικές καταστάσεις συναισθηματικής συμμετοχής μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα σωματικής, συναισθηματικής αλλά και ψυχικής κόπωσης καθώς και αίσθημα αποτυχίας, κυρίως στα άτομα που θέτουν ανέφικτα ιδανικά πρότυπα παροχής υπηρεσιών, με συνέπεια να αποκτούν χαμηλή αυτοεκτίμηση, ειδικά όταν αποτυγχάνουν να φανούν αντάξιοι αυτών των προσδοκιών (Maslach et al., 2005). Αυτές οι ενδείξεις εξουθένωσης φαίνεται ότι δεν έχουν αντίκτυπο μόνο στην άσκηση της εργασίας, αλλά και στην προσωπική και την κοινωνική ζωή των επαγγελματιών υγείας. Στην προσπάθειά τους να συνοψίσουν αυτή την προοδευτική διαδικασία απο-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας, οι Maslach και Jackson περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον του για τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Η επαγγελματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις (Maslach et al., 2005), (Σταμάτη, 2004):

- Τη **συναισθηματική εξάντληση** (emotional exhaustion), που αναφέρεται στο αίσθημα ψυχικής και σωματικής κόπωσης και καθιστά τον επαγγελματία ανίκανο να συγκεντρωθεί στα εργασιακά του καθήκοντα λόγω απώλειας ενέργειας και διάθεσης.
- Την **αποπροσωποποίηση** (depersonalization), που αναφέρεται στην ανάπτυξη ουδέτερων ή ακόμη και επιθετικών, κυνικών σχέσεων και αρνητικών αισθημάτων και την απομάκρυνση και αποξένωση του επαγγελματία υγείας από τον ασθενή.
- Το **αίσθημα της έλλειψης της προσωπικής επίτευξης** (loss of personal accomplishment), που αναφέρεται στο μειωμένο επιθυμητό και επιδιωκόμενο αίσθημα ικανοποίησης του επαγγελματία από την εργασία του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσής του (Leiter & Maslach, 2005).

Στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα σημαντικότερα μοντέλα ερμηνείας της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα εξής:

Οι Edelwich & Brodsky (1980) περιέγραψαν μία σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του, και συγκεκριμένα:

- Στάδιο ενθουσιασμού. Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας υγείας είναι συνήθως στην αρχή της καριέρας του ή εισέρχεται για πρώτη φορά στο σύστημα υγείας. Έχει συχνά μη ρεαλιστικούς υψηλούς στόχους, προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση από την εργασία του αφιερώνοντας έτσι όλο το χρόνο και την ψυχή του και επενδύει υπερβολικά στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς ή τους συναδέλφους του.
- Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας. Στο δεύτερο αυτό στάδιο, ο επαγγελματίας διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται συνήθως ούτε στις προσδοκίες ούτε και στις ανάγκες του και απογοητεύεται. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Αρχικά, νομίζει ότι αν δουλέψει πιο εντατικά θα καλύψει αυτό το κενό κι έτσι αφιερώνει ακόμη περισσότερο χρόνο στη δουλειά του, παρακολουθώντας συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης. Παράλληλα, αρχίζει να ενοχλείται από πράγματα που στην αρχή δεν τον απασχολούσαν και να συνειδητοποιεί ότι η εργασία του δεν είναι ικανή να καλύψει τα κενά ούτε και της προσωπικής του ζωής. Έτσι, σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.
- Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης. Ο εργαζόμενος στο χώρο υγείας αισθάνεται ότι ο χώρος στον οποίο εργάζεται του δημιουργεί πολύ άγχος και πιστεύει ότι οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο, αφού οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και έτσι τελικά οδηγείται στην αποθάρρυνση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απογοήτευση και την αμφισβήτηση των προσωπικών του ικανοτήτων. Στο στάδιο αυτό ο επαγγελματίας υγείας, είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους, είτε απομακρύνεται προοδευτικά από τους ασθενείς και γενικά από το χώρο εργασίας του, από την πηγή δηλαδή του του προξενούν άγχος.

- Στάδιο απάθειας. Στο τελευταίο αυτό στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ο επαγγελματίας υγείας αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών του, επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα και ουσιαστικά διατηρεί τη θέση του καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, προσπαθώντας να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Το τελικό αποτέλεσμα είναι να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα του προσωπικού και του κοινωνικού του περιβάλλοντος και ταυτόχρονα να μη βρίσκει υποστηρικτικό πλαίσιο σε μια τόσο δύσκολη και αδιέξοδη φάση της ζωής του.

Σύμφωνα με τον C. Cherniss , η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

- I. Φάση του «εργασιακού στρες»: Πρόκειται για μία διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης αυτής στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου, η οποία δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.
- II. Φάση «εξάντλησης»: Πρόκειται για τη συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί για τον εργαζόμενο πηγή εξάντλησης, ενώ η προσοχή του στρέφεται περισσότερο σε γραφειοκρατικές πλευρές παρά σε κλινικές παραμέτρους. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μία κατάσταση συνεχούς έντασης που, αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.
- III. Φάση «αμυντικής κατάληξης»: Πρόκειται για το στάδιο όπου πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζόμενου, ο οποίος σταδιακά αποεπενδύει συναισθηματικά την εργασία του και εκδηλώνει κνισμό και απάθεια για τους άλλους. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στη

μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με την ελπίδα να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά.

Σύμφωνα με την Pines, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Ωστόσο, δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα την διερεύνησαν και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις (Pines & Aronson, 1996) και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993). Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συνεμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία.

Ενδείξεις και συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει αναγνωριστεί ως νόσημα με συγκεκριμένη συμπτωματολογία και έτσι εμφανίζει δυσκολία στην αναγνώρισή της (Maslach et al., 2005). Οριοθετείται μέσα από συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων, που συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα σε οργανικό, συναισθηματικό, γνωστικό επίπεδο ή και επίπεδο συμπεριφοράς. Χαρακτηριστικά της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης του επαγγελματία αποτελούν η έντονη αποθάρρυνσή του και η αίσθηση ότι δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών και τις δικές του προσδοκίες. Ο επαγγελματίας συχνά συμπεριφέρεται σαν να έχει απέναντί του ένα «περιστατικό» και όχι έναν ασθενή, εμφανίζεται πολυάσχολος και μη διαθέσιμος. Αποφεύγει το συναισθηματικό δέσιμο με τους

ασθενείς, γίνεται ψυχρός, τυπικός, απρόσωπος, αδιάφορος, απότομος και κάποτε επιθετικός (Maslach et al., 2005)

Παρουσιάζει υποτίμηση, έλλειψη φροντίδας και σεβασμού, συναισθηματική ανεπάρκεια ή εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων προς τους αρρώστους, τους συναδέλφους, αλλά και τον ίδιο του τον εαυτό. Εμφανίζει δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, έλλειψη παρατηρητικότητας και καλής μνήμης, επιρρέπεια σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη, απροσεξίες και ατυχήματα. Συχνά αργοπορεί, απουσιάζει ή συγκρούεται με συνεργάτες και μέλη της οικογένειάς του.

Συχνά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, επιδεινούμενο, συνοδεύεται και από ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως χρόνια κόπωση, διαταραχές ύπνου και μυοσκελετικά προβλήματα, ή συμπτώματα αρτηριακής υπέρτασης, πεπτικού έλκους, ημικρανιών και κατάθλιψης (Τιτομιχαλάκη και συν, 2006). Καθότι όλα αυτά μπορεί να σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας των εργαζομένων ή με την ιδιαίτερη φύση της εργασίας τους, δεν είναι εύκολο να αποδοθούν στην επαγγελματική εξουθένωση. Η αναγνώριση της ύπαρξης του συνδρόμου γίνεται κυρίως με παρατήρηση της συμπεριφοράς των εργαζομένων και με προσωπικές συνεντεύξεις. Για τον αντικειμενικό προσδιορισμό και τη συστηματική καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης, όμως, απαιτείται μέτρηση του βαθμού της σε κάθε εργαζόμενο.

Επιπτώσεις και μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση και την ψυχική ισορροπία του επαγγελματία, αλλά και στη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην κοινωνική-προσωπική του ζωή. Επίσης, εμπλέκονται θέματα εργασιακής ασφάλειας, ικανοποίησης και στελέχωσης του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, καθώς επίσης θέματα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Συσχετίσεις έχουν γίνει με τη μειωμένη παραγωγικότητα

στο χώρο εργασίας, την αυξημένη συχνότητα λαθών και μετεγχειρητικών επιπλοκών, την αυξημένη θνητότητα χειρουργημένων ασθενών, την ανεπάρκεια στη στελέχωση, τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και την προσφορά χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών (Maslach et al., 2005). Οι πολλαπλές επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης αναδεικνύουν τις διαστάσεις αυτού του προβλήματος, ανάγοντάς το από το ατομικό επίπεδο σε ένα ιδιαίτερο οργανωτικό πρόβλημα, το οποίο χρειάζεται έγκυρη και έγκαιρη ορθή αξιολόγηση.

Η συστηματική μελέτη και καταγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης βασίζεται στη χρησιμοποίηση τυποποιημένων ερωτηματολογίων. Στην πλειοψηφία των μελετών, το φαινόμενο αξιολογείται με τη χρήση του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης του Maslach (Maslach burnout inventory, MBI), που μετράει τις τρεις χαρακτηριστικές διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, ή με την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης για το προσωπικό υγείας (staff burnout scale for health professionals, SBSHP), που μετράει τις ψυχολογικές εκδηλώσεις, τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς και τις οργανικές παραμέτρους του συνδρόμου (Μάρκου, 2005). Μέσω αυτών, ο βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτυπώνεται με συγκεκριμένες κλίμακες μέτρησης ή συσχετίζεται με άλλες παραμέτρους, όπως το εργασιακό άγχος, η ικανοποίηση, υποδεικνύοντας έτσι την επαγγελματική εξουθένωση.

Πίνακας 1: Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση/ κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/ έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/ χαμηλή

		εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία/παραίτηση
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιασμού
Γαστρεντερικά προβλήματα/έλκος	Χαμηλό «ηθικό»/αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/Ευερεθιστικότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	Στρες	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία

		καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	Εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης Αποφάσεων Καχυποψία Αισθήματα ενοχής/αποτυχίας Κατάθλιψη Υπερβολική αυτοπεποίθηση/λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων Αυξημένη ανησυχία	

Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι βασικότερες αιτίες που οδηγούν τον εργαζόμενο σε εξουθένωση είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η μη υποστήριξη του εργαζόμενου από το περιβάλλον του και η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών για προσωπική ανάπτυξη. Για τους επαγγελματίες υγείας, η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη και οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίζονται αυξημένες. Ιδιαίτερα όσοι απασχολούνται σε νοσοκομεία και κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων εργάζονται πέρα από το κανονικό ωράριο. Τα όρια μεταξύ προσωπικού και εργασιακού χρόνου είναι αρκετές φορές συγκεχυμένα καθώς στην περίπτωση ενός εκτάκτου περιστατικού, καλούνται να παρουσιαστούν στην εργασία τους. Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι επαγγελματίες δεν επιτυγχάνουν το στόχο τους, η κρίση δεν επιλύεται, ο ασθενής καταλήγει και τότε καλούνται να δεχτούν την κριτική από τους συναδέλφους.

Οι παράγοντες πρόκλησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης οι οποίοι οδηγούν σε μεταστροφή του δημιουργικού σε προβληματικό stress στο χώρο εργασίας, κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες (Micklevitz, 2001):

- Εργασιακοί παράγοντες. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας του επαγγελματία, όπως η ασάφεια του καθηκοντολογίου, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, το εξαντλητικό ωράριο, η έλλειψη προσωπικού και η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση. Η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης των εργαζομένων (από τους άμεσους προϊστάμενους, τους συνεργάτες, ειδικούς φορείς ή τη διοίκηση της μονάδας υγείας), οι αυξημένες απαιτήσεις των αρρώστων και των συγγενών τους, η συχνή έκθεση του επαγγελματία στο θάνατο και οι υψηλοί ρυθμοί εργασίας, θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου. Επιπρόσθετα, αθροίζονται και οι ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου εργασίας: αυξημένες ανάγκες των ασθενών ορισμένων τμημάτων, όπως οι ογκολογικές πτέρυγες, οι πτέρυγες με ασθενείς που πάσχουν από AIDS και οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Όλοι οι παράγοντες που σχετίζονται με τη δομή και την οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος καθώς και τα

ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στους υγειονομικούς χώρους της ελληνικής πραγματικότητας παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου.

- Ατομικοί παράγοντες. Πρόκειται για παράγοντες που ανήκουν και συσχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα. Ο τρόπος χειρισμού του άγχους, το είδος των προσδοκιών που έχει από τον εργασιακό του χώρο, η επάρκεια του μισθού, ακόμη και τα κίνητρα επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος, εντάσσονται στην κατηγορία αυτή. Η ανθεκτικότητα που εμφανίζουν ορισμένοι επαγγελματίες στο άγχος και η ικανότητα μετατροπής του σε πρόκληση, η αυξημένη αίσθηση ελέγχου και η ύπαρξη γνωστής εμπειρίας και δυνατότητας διαχείρισης του εργασιακού stress, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Απεναντίας, οι φόβοι των επαγγελματιών υγείας, είτε αυτοί που αναδύονται μέσα από την ίδια την ιατρική πράξη (φόβος πρόκλησης πόνου, θεραπευτικής αποτυχίας, κατηγορίας κ.ά.), είτε αυτοί που λειτουργούν σε ένα λιγότερο συνειδητό επίπεδο (φόβος θανάτου, αγνώστου, έκφρασης συναισθημάτων), σε συνδυασμό με την έλλειψη εκπαίδευσης, που συχνά έχει το ιατροφαρμακευτικό προσωπικό σε θέματα επικοινωνίας, δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την επικοινωνία με τους ασθενείς και προβληματίζει-πιέζει συναισθηματικά τους επαγγελματίες υγείας.

Μέτρα προφύλαξης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι παρεμβάσεις για τη στήριξη των επαγγελματιών υγείας και την αποφυγή- αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης εστιάζονται σε δύο επίπεδα:

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο.

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο αναφέρονται στις προσπάθειες που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας:

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων: Ο εργαζόμενος στο χώρο υγείας δεν πρέπει να αγνοήσει κάποιες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως οργανικά ή ψυχοκοινωνικά συμπτώματα.

- Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών:

Η επανεκτίμηση των στόχων, των προσδοκιών και των κινήτρων των επαγγελματιών βοηθάει στην αποφυγή του μόνιμου άγχους, στην αναγνώριση στοιχείων εγωισμού στα πλαίσια της εργασίας, στην επίτευξη των στόχων και στην αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία, καθώς και στην καλύτερη εδραίωση του επαγγελματία στον εργασιακό του χώρο.

- Αναζήτηση υποστήριξης: Είναι πολύ σημαντική η αναζήτηση βοήθειας στα προβλήματά του και υποστήριξης του επαγγελματία, είτε από φίλους και συνεργάτες, είτε από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Είναι φανερό ότι η υποστήριξη λειτουργεί θεραπευτικά μόνο για τα άτομα που την αποδέχονται, γι' αυτό και κρίνεται πολύ σημαντική η ίδια η αναγνώριση της ανάγκης βοήθειας του επαγγελματία. Η στήριξη μειώνει το εργασιακό άγχος και τις πιθανότητες να νοσήσει ο επαγγελματίας, ειδικά όταν εργάζεται σε ογκολογικές κλινικές, σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Για κάθε εργαζόμενο θα πρέπει να υπάρχει ένα ολοκληρωμένο υποστηρικτικό δίκτυο στο χώρο της δουλειάς του, που να δίνει δυνατότητες έκφρασης, υποστήριξης και αντιμετώπισης των επερχόμενων εργασιακών προβλημάτων.

- Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός εργασίας: Δίνει τη δυνατότητα εκτόνωσης του επαγγελματία και συνήθως προάγει την επικοινωνία.

- Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας: Αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και την αποφασιστικότητα του επαγγελματία.

- Επιλογή νέας θέσης εργασίας.

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο

Αναφέρονται σε ενέργειες, την ευθύνη των οποίων έχει η διοίκηση του νοσοκομείου ή μιας μονάδας υγείας:

- Δημιουργία ειδικών ομάδων με στόχο την εκπαίδευση των επαγγελματιών στην αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων με ψυχολογικές και σωματικές εκφάνσεις, τη βελτίωση της επικοινωνίας με τον ασθενή και την κατανόηση της σημασίας της συμπάθειας προς τους ασθενείς
- Οργάνωση σεμιναρίων-ημερίδων και παροχή δυνατοτήτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης-επιμόρφωσης, ειδικά σε θέματα αντιμετώπισης του εργασιακού stress
- Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο για τους επαγγελματίες, όσο και για τους συγγενείς τους
- Προώθηση των μεθόδων υποκίνησης των εργαζομένων
- Δημιουργία ειδικών τμημάτων και θέσεων εργασίας με εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί) για το συντονισμό και την επίλυση προβλημάτων επαγγελματικής εξουθένωσης
- Επίταση της προσοχής των φορέων για τα συμπτώματα του συνδρόμου, σε κάθε διοικητικό, νοσηλευτικό και ιατρικό υπεύθυνο των τμημάτων
- Καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας, με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες
- Ατομική και ομαδική εποπτεία των εργαζομένων
- Ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων και της συνεργασίας τους.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη. Σε αντίθεση με άλλες επαρκώς προσδιορισμένες ασθένειες δεν έχει συγκεκριμένη αιτία. Αρκετές πιθανές αιτίες για την εμφάνισή του έχουν προταθεί, όπως η κατάθλιψη, η αναιμία από την έλλειψη σιδήρου, η υπογλυκαιμία, το ιστορικό αλλεργιών, η μόλυνση από ιούς, π.χ. ιός Epstein-Barr, ή ανθρώπινος ερπητοϊός (Αντωνίου, 2005), δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, μεταβολές στα επίπεδα των υποθαλαμικών ορμονών, υπόταση. Παράγοντες, όπως νόσος εν εξελίξει, λοίμωξη, διαβήτης, ηπατίτιδα, καρκίνος- ευθύνονται για το ένα τρίτο των περιστατικών. Λοιμώδεις, ορμονικοί και νευροχημικοί παράγοντες εικάζεται ότι αλληλεπιδρούν. Λοιμώξεις οξείας έναρξης ή επανενεργοποίηση ιών, μείωση των κυκλοφορούντων κορτικοστεροειδών ή οιστρογόνων, η έλλειψη συστατικών του μεταβολισμού, χωρίς να προκαλούν εμφανή κυτταροπαθολογία, οδηγούν σε ήπια διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι ουσίες αυτές είναι γνωστό, ότι μπορούν να προκαλέσουν μία σειρά συμπτωμάτων, πολλά από τα οποία παρατηρούνται στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, (Wessely S., 1996), (Levy J, 1994). Λόγω αυτής της «υπεραντιδραστικότητας» του ανοσοποιητικού συστήματος έχει αναφερθεί ότι το σύνδρομο ομοιάζει με αυτοάνοση νόσο, έχει δε παρατηρηθεί υψηλό ποσοστό αλλεργικών αντιδράσεων σε τροφές, εισπνεόμενα σωματίδια ή φάρμακα στους ασθενείς αυτούς σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες (Rydstet et al., 1984). Εάν ένας ασθενής εμφανίζει κόπωση διάρκειας 6 μηνών ή και περισσότερο, η οποία δεν αντιμετωπίζεται με την ανάπαυση και συνοδεύεται από διάφορα μη ειδικά συμπτώματα όπως: εικόνα γριπώδους συνδρομής, γενικευμένο πόνο, διαταραχές μνήμης, ο γιατρός θα πρέπει να διερευνήσει την πιθανότητα ύπαρξης συνδρόμου χρόνιας κόπωσης. Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου είναι το γυναικείο φύλο (2-4 φορές μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους άνδρες) και ηλικία 40-50 ετών. Το σύνδρομο απαντάται σε άνδρες και γυναίκες ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης. Τα περισσότερα θύματα πάντως είναι γυναίκες, κυρίως νέες στην ηλικία που πρόσφατα έχουν αποκτήσει οικογένεια, ενώ συγχρόνως εργάζονται ή βρίσκονται στην περίοδο της εγκυμοσύνης, αλλά και γυναίκες μεγαλύτερες σε ηλικία. Η επαγγελματική υπερδραστηριότητα, οι ευθύνες του σπιτιού, η φροντίδα του παιδιού και οι κοινωνικές

υποχρεώσεις φορτίζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά το άτομο, με αποτέλεσμα ένας πολύ μεγάλος αριθμός γυναικών που βρίσκονται στην παραγωγική ηλικία να παρουσιάζουν αυτό το πρόβλημα. Η διάγνωση του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης βασίζεται στην αφαιρετική διαδικασία. Οι γιατροί συναντούν δυσκολίες στη διάγνωση του συνδρόμου, επειδή έχει αρκετά κοινά σημεία και συμπτώματα με αρκετές άλλες ασθένειες. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει κάποια διαγνωστική ή εργαστηριακή διαδικασία που να μπορεί να επιβεβαιώσει την παρουσία του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης, αλλά η διάγνωση βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια (πίν. 2). Από τους επαγγελματίες υγείας, οι νοσηλευτές είναι η εργασιακή ομάδα με τις μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξει συνδρόμου χρόνιας κόπωσης. (Buchwald D et al., 1995). Ειδικά για τους νοσηλευτές, η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη και οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίζονται αυξημένες. Όσοι εργάζονται σε νοσοκομεία, εκτός από το ασταθές ωράριο, σύμφωνα με το οποίο ο νοσηλευτής εργάζεται σε βάρδιες που απέχουν μεταξύ τους μόνο 8 ώρες έχουν να αντιμετωπίσουν επιπλέον σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως είναι οι αυξημένες ευθύνες της εργασίας, ο θάνατος ασθενούς, ο φόβος μόλυνσης με λοιμογόνους παράγοντες, η μειωμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η έλλειψη προσωπικού (ιδίως στα ελληνικά νοσοκομεία).

Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων, τα οποία δεν μπορούν να ενταχθούν σε κάποια άλλη νοσολογική οντότητα, μεμονωμένα όμως μπορεί να ανευρίσκονται σε διάφορες οργανικές παθήσεις, με την κόπωση να κυριαρχεί. Το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως «ασθένεια», αλλά ως μια κατάσταση που φαίνεται να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και περίπλοκους μηχανισμούς (Working group, 2002).

Χαρακτηρίζεται από επίμονη κόπωση για τουλάχιστον 6 μήνες, αρκετά ανεξήγητα συμπτώματα και πολλά λειτουργικά προβλήματα. Το ποσοστό του συνδρόμου κυμαίνεται από 0,2–0,5%. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι ισχυρότερες φυσικές αιτίες προκαλούν μεγαλύτερη διάρκεια των παραπόνων για κόπωση στους ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Καθώς τα παράπονα για κόπωση επιμένουν και δεν μπορεί να δοθεί κάποια ιατρική απάντηση, η ανάγκη για μια φυσική εξήγηση της αιτίας ενδυναμώνεται στους πάσχοντες από σύνδρομο χρόνιας κόπωσης.

Πίνακας 2. Μείζονα και ελάσσονα κριτήρια για τη διάγνωση του Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης.

Μείζονα κριτήρια	<p>Χρόνια ή υποτροπιάζουσα κόπωση που διαρκεί 6 μήνες ή περισσότερο</p> <p>Δεν βελτιώνεται με την κατάκλιση και προκαλεί σημαντική μείωση των δραστηριοτήτων του ατόμου σε κοινω- νικό, πνευματικό και προσωπικό επίπεδο</p>
Ελάσσονα κριτήρια	<p>4 ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται πριν από την έναρξη της κόπωσης και διαρκούν 6 μήνες ή περισσότερο</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αδυναμία συγκέντρωσης της μνήμης - Μη εξιδρωματική φαρυγγίτιδα - Ευαίσθητοι τραχηλικοί ή μασχαλιαίοι λεμφαδένες - Μυαλγίες - Επώδυνες αρθρώσεις, χωρίς οίδημα ή σημεία φλεγμονής - Πρωτοεμφανιζόμενες γενικευμένες κρίσεις κεφαλαλγίας - Αίσθημα κόπωσης μετά από την αφύπνιση - Γενικευμένη κακουχία διάρκειας >24 ώρες

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

Όταν η κόπωση ανάμεσα στους εργαζομένους γίνεται σοβαρή και επίμονη, μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια αδυναμία και μειωμένη ικανότητα για εργασία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Παρά την πρόοδο που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα της Ιατρικής, στην επιφάνεια έχουν έρθει νέοι προβληματισμοί, οι οποίοι αφορούν όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους ανθρώπους που εργάζονται μέσα στους χώρους όπου παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Οι φόβοι απέναντι στη νόσο και στο θάνατο, τα προβλήματα στο χώρο εργασίας και η έλλειψη εκπαίδευσης του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού λειτουργούν σε δύο επίπεδα: Δυσχεραίνουν την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα πιέζουν τους πρώτους συναισθηματικά και δημιουργούν άγχος, προκαλώντας σημαντικές επιπτώσεις, όπως συστηματικές απουσίες, εντάσεις, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, κατάθλιψη. Η ανταπόκριση του ατόμου σε αυτή την ανισορροπία που προκαλεί το εργασιακό stress εκδηλώνεται είτε με τη χρησιμοποίηση κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισής του είτε με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (professional burnout), η οποία έχει ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας.

Το 1982, η Christine Maslach διατύπωσε έναν από τους πλέον αποδεκτούς ορισμούς, που περιγράφει ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, στο πλαίσιο του οποίου ο εργαζόμενος:

- Χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα για τους ασθενείς
- Παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία και την απόδοσή του
- Αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Οι περισσότεροι μελετητές συμφωνούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια μακροχρόνια και σταδιακή αντίδραση στο επαγγελματικό stress, ενώ κυρίως εμφανίζεται σε άτομα που ασκούν κοινωνικό λειτούργημα ή εργάζονται σε τομείς με υψηλές απαιτήσεις. Η συναισθηματική και η ψυχολογική επιβάρυνση που δέχονται αυτά τα άτομα οδηγεί στη γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών αποθεμάτων τους, στον επηρεασμό της σωματικής και της ψυχικής υγείας τους και, τελικά, στην εξάντληση. Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (professional burnout) εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία το 1974, όταν ο Freudenberger περιέγραψε σε ένα άρθρο του ένα σύνολο ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, που εμφανίστηκαν σε επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας. Από τότε, ένας σημαντικός αριθμός ερευνητών στις ΗΠΑ και την Ευρώπη (Maslach, Jackson, Pines, Aronson κ.ά.) μελετά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, ως προς τον ορισμό, την έναρξη και τη συνέχειά του, την αιτιοπαθογένεια, τις επιπτώσεις και τους τρόπους αντιμετώπισής του. Το 1980, οι Edelwich και Brodsky υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια προοδευτική διαδικασία και την κατηγοριοποιούν σε τέσσερα στάδια. Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν παγκοσμίως πάνω στο συγκεκριμένο θέμα είναι πολυάριθμες.

Σε ερευνητική μελέτη που στόχο είχε να εξετάσει το εύρος του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών του ινστιτούτου ογκολογίας και ραδιολογίας της Σερβίας, 16 διανεμήθηκαν 140 ερωτηματολόγια, σε γιατρούς και νοσηλευτές 4 τμημάτων (ογκολογικό, χειρουργείο, ραδιοθεραπεία και διαγνωστικό). Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε συμπτώματα του συνδρόμου και προτάσεις επίλυσης προβλημάτων, ενώ για τις απαντήσεις χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Likert. Ποσοστό 5,5% των συμμετεχόντων κατατάχθηκαν στην κατηγορία του μόνιμου stress, 1,6% στην

κατηγορία του υπερβολικού stress, 40,9% στην κατηγορία «stress ανάλογα με τις περιστάσεις και 52% στην κατηγορία «καθόλου stress». Στατιστικά σημαντική σχέση ($p<0,005$) παρατηρήθηκε ανάμεσα σε διευθυντικά στελέχη και μη. Στη μελέτη αυτή, φάνηκε ότι το stress ήταν αναπόφευκτο για το προσωπικό ογκολογικών τμημάτων, αν και θα πρέπει να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στο stress εξαιτίας υπερβολικής εργασίας και του stress από την έλλειψη κινήτρων.

Σε άλλη προοπτική έρευνα, που πραγματοποιήθηκε το 2004 σε ειδικό νοσοκομείο του Μεξικού, μετείχαν 236 νοσηλευτές, οι οποίοι επιλέχθηκαν τυχαία. Απάντησαν σε ερωτήσεις αναφορικά με τη συναισθηματική εξουθένωση, την έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία, τη διαδικασία αποπροσωποποίησης και την κόπωση γενικότερα. Από τους 236 συμμετέχοντες, το 94% ήταν γυναίκες ηλικίας 22–44 ετών και με χρόνια εργασίας 6–20. Ποσοστό 61% των νοσηλευτριών εμφάνιζαν χαμηλό κίνδυνο για σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, 38% μεσαίο κίνδυνο και μόνο ένα άτομο εμφάνισε υψηλό κίνδυνο του συνδρόμου. Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε στην ηλικία >33 ετών ($p=0,001$), στα χρόνια υπηρεσίας ($p=0,05$) και στο χώρο εργασίας ($p=0,05$), αλλά όχι στον τύπο της υπηρεσίας ($p=0,36$), στην καταγωγή ($p=0,92$), στην οικογενειακή κατάσταση ($p=0,46$), στις βάρδιες ($p=0,86$) και στην κατηγορία εργασίας ($p=0,96$). Ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ του επαγγέλματος και του εργασιακού περιβάλλοντος έδειξε υψηλή συσχέτιση ($r=0,738$), ενώ μεταξύ του επαγγέλματος και του τύπου της υπηρεσίας υπήρχε χαμηλός συντελεστής ($r=0,010$), καθώς και μεταξύ του επαγγέλματος και των κυλιόμενων ωραρίων εργασίας ($r=0,04$). Σύμφωνα με τη μελέτη, 40% των νοσηλευτών ήταν συναισθηματικά εξαντλημένοι, 32% βίωναν την αποπροσωποποίηση, 63% είχαν χάσει το ενδιαφέρον τους για εργασία και 50% ήταν γενικότερα εξαντλημένοι. Η νοσηλευτική κλινική και η πρακτική επιστήμη ήταν ιδιαίτερα στρεσογόνα ενώ οι νοσηλευτές βρίσκονταν σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, εξαιτίας της μακροχρόνιας έκθεσής τους σε στρεσογόνους παράγοντες. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, το νοσηλευτικό προσωπικό του μεξικανικού νοσοκομείου που συμμετείχε στη μελέτη, βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο, εξαιτίας ορισμένων επαγγελματικών μεταβλητών, όπως τα χρόνια προϋπηρεσίας και ο χώρος εργασίας. Αυτά τα αποτελέσματα είναι ανάλογα ευρημάτων άλλων ερευνών, αν και υπάρχουν μελέτες που υποδεικνύουν ότι τέτοιου είδους μεταβλητές, καθώς και η άσκηση της Ιατρικής γενικότερα δεν περιλαμβάνονται στα αίτια ανάπτυξης του συνδρόμου. Τα

ευρήματα δείχνουν ότι τα φυσικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να βελτιωθούν, ανάλογα με το κοινωνικό και το δημόσιο υποστηρικτικό σύστημα υγείας.

Τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης των χειρουργών κυμαίνονται από 30-38%. Οι χειρουργοί δουλεύουν σκληρά πολλές ώρες, ασχολούνται τακτικά με καταστάσεις ζωής και θανάτου με τους ασθενείς τους, και πραγματοποιούν ουσιαστικά προσωπικές θυσίες για να κάνουν πρακτική στον τομέα τους. Αυτές οι ιδιότητες της χειρουργικής, σε συνδυασμό με τις δυσκολίες και τη διάρκεια της εκπαίδευσης για το επάγγελμα αυτό, προσελκύουν άτομα ενός ιδιαίτερου χαρακτήρα και αποφασιστικότητας. Αυτά τα άτομα μοιράζονται έναν άγραφο αλλά κατανοητό κώδικα κανόνων και προσδοκιών. Ο κώδικας αυτός περιλαμβάνει ογκώδη δουλειά τις νύχτες και τα σαββατοκύριακα και επίσης οι εργαζόμενοι δεν διαμαρτύρονται ποτέ, και διατηρούν τα συναισθήματα τους ή τα προσωπικά τους προβλήματα μακριά από το χώρο του χειρουργείου. Αυτά είναι χαρακτηριστικά των αφιερωμένων στο επάγγελμά τους χειρουργών που πρέπει να ανταμείβονται. Ωστόσο, υπάρχει μια λεπτή γραμμή που χωρίζει την αφοσίωση από την υπερκόπωση. Αν η ανεξέλεγκτη, υπερκόπωση οδηγήσει σε αντιπαραγωγική, ανθυγιεινή, ή ακόμα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του εργαζομένου, αυτό μπορεί να επηρεάσει την περίθαλψη των ασθενών. Έρευνες δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό των χειρουργών έχουν εμπειρία υπερβολικού άγχους ή επαγγελματικής εξουθένωσης, συνθήκες δηλαδή οι οποίες μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις για τους ίδιους, τις οικογένειές τους, τους συναδέλφους τους και τους ασθενείς τους (Campbell DA Jr et al., 2001, Harms BA et al., 2005, Kuerer et al., 2007, Bertges HM et al., 2005, Benson S et al., 2007, Sharma A et al., 2008, Johnson JT et al., 1993).

Η δυσφορία που αναπτύσσεται στους χειρουργούς μπορεί να έχει σοβαρές εκδηλώσεις περιλαμβάνοντας άγχος, κατάθλιψη, διαζύγια και χωρισμοί, αλκοολισμός, κατάχρηση ουσιών και αυτοκτονία. Δυστυχώς, πολλά από τα προβλήματα αυτά είναι περισσότερο διαδεδομένα μεταξύ των χειρουργών και ιατρών σε σχέση με εκείνους που ασκούν κάποια άλλα επαγγέλματα. Οι τρέχουσες εκτιμήσεις είναι ότι περίπου το 15% όλων των γιατρών θα βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση σε κάποια στιγμή στη σταδιοδρομία τους και δεν θα είναι σε θέση να πληρούν τις επαγγελματικές ευθύνες λόγω της ψυχικής ασθένειας,

αλκοολισμού ή εξάρτηση από φάρμακα (Boisaubin EV et al., 2001). Αν και πολλοί χειρουργοί μπορεί να πιστεύουν ότι είναι πιο ανθεκτικοί σε σχέση με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν το χειρουργό (για παράδειγμα, δέσμευση και αυτοθυσία), καθώς και το χειρουργικό εργασιακό περιβάλλον μπορεί να θέσει τους χειρουργούς σε ιδιαίτερο κίνδυνο για υπερκόπωση και για έλλειψη ισορροπίας μεταξύ της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Σε μια μελέτη του Πανεπιστημίου Johns Hopkins πάνω από 1300 άνδρες γιατροί τα ποσοστά επικράτησης της σοβαρής κλινικά κατάθλιψης ήταν 12,8% (Ford DE et al., 1998). Σε μια μελέτη του Women Physicians' Health Study 4500 γυναίκες γιατροί εμφάνισαν ποσοστό 19,5% (Frank E et al., 1999). Σε μια άλλη μελέτη, (Schindler BA et al., 2006) το 20% περίπου των 2000 ερωτηθέντων οι οποίοι ήταν ακαδημαϊκοί ιατροί και μέλη ΔΕΠ, είχε αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, με υψηλότερα επίπεδα σε νεότερα μέλη του διδακτικού προσωπικού. Αν και τα ποσοστά διάρκειας της κατάθλιψης μεταξύ των γιατρών φαίνεται να είναι παρόμοια με αυτά του γενικού πληθυσμού, η αυτοκτονία αποτελεί ένα δυσανάλογα υψηλό αίτιο θνησιμότητας στους γιατρούς (Frank et al., 2000). Σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες, η αναλογία αυτοκτονίας ενός γιατρού άντρα είναι σχεδόν 1,5 σε 3,8 φορές υψηλότερη (Σχήμα) (Frank et al., 2000). Η διαφορά είναι ακόμη μεγαλύτερη μεταξύ των γυναικών γιατρών, οι οποίες έχουν 3,7 έως 4,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονία (Center C et al., 2003, Lindeman et al., 1996).

Χειρουργοί- Ογκολόγοι

Σε πρόσφατα δημοσιευμένη έρευνα (Kuerer et al., 2007) από τα 549 μέλη της Εταιρείας Χειρουργικής Ογκολογίας, το 28% των ερωτηθέντων πληρεί τα κριτήρια της

επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, περίπου το 30% των συμμετεχόντων εμφάνισε συμπτώματα κατάθλιψης. Η επαγγελματική εξουθένωση ήταν συχνότερη μεταξύ των ερωτηθέντων ηλικίας 50 ετών ή νεότεροι (31% έναντι 22%) και γυναικών (37% έναντι 26%). Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται άμεσα με την υπερκατανάλωση αλκοόλ (12,4% ιατρών που εμφάνισαν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης έναντι 4,6% που δεν εμφάνισαν) και με την μειωμένη ικανοποίηση απόδοσης. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των ιδιωτών και ακαδημαϊκών γιατρών στη συχνότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης, στα συμπτώματα της κατάθλιψης, στην κατάχρηση ουσιών και στην πνευματική και φυσική ποιότητα ζωής (Kuefer et al., 2007).

Οι περισσότερες έρευνες έχουν επικεντρωθεί σε υποκειμενικές εμπειρίες, αν και σε ορισμένες από αυτές εκτιμάται η σπουδαιότητα της απάντησης στο άγχος καθώς και οι δυσκολίες προσαρμογής και αντιμετώπισης προβλημάτων στο φυσικό εργασιακό περιβάλλον.

Σχετική έρευνα έκανε εκτίμηση της δράσης της κορτιζόλης κατά τη διάρκεια και μετά από τη φροντίδα ασθενών σε επείγουσες καταστάσεις και εκτίμησε τη διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών και το χρόνο. Για χρονικό διάστημα 3 μηνών, 20 Δανοί άνδρες, εργαζόμενοι στο τμήμα επειγόντων περιστατικών παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Τα επίπεδα κορτιζόλης μετρήθηκαν τη στιγμή της κλήσης για το επείγον περιστατικό, αμέσως μετά από τη μεταφορά του ασθενούς στο νοσοκομείο, και 15 και 30 min μετά από τη μεταφορά. Στην καταγραφή περιλαμβάνεται και η χρονική στιγμή της ημέρας που συνέβη το περιστατικό. Η τιμή της κορτιζόλης χαρακτηριζόταν «υψηλή κίρκαδική», όταν η μέτρηση γινόταν από τις 4-10 π.μ. και «χαμηλή κίρκαδική» όταν εντοπιζόταν εκτός αυτών των ορίων. Το πρωτόκολλο χαρακτηριζόταν «σοβαρό» όταν η ζωή του ασθενούς κινδύνευε άμεσα, μετά από καρδιακή ανακοπή, ατύχημα, πυροβολισμό. Από τα 33 πρωτόκολλα, κατηγοριοποιήθηκαν 16 ως «όχι σοβαρά κατά τη διάρκεια της χαμηλής κίρκαδικής περιόδου», 5 ως «όχι σοβαρά κατά τη διάρκεια της υψηλής κίρκαδικής περιόδου» και 7 ως «σοβαρά κατά τη διάρκεια της υψηλής κίρκαδικής περιόδου» και 5 ως «σοβαρά και κατά τη διάρκεια της χαμηλής κίρκαδικής περιόδου». Δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στα επίπεδα κορτιζόλης, στις παραπάνω κατηγορίες. Τόσο η σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών,

όσο και η χρονική στιγμή της ημέρας εμφανίζουν στατιστικά σημαντική επίδραση στη δραστηριότητα της κορτιζόλης ($p=0,00$ και $p=0,01$, αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε κάποια ενδοκρινική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια όχι σοβαρών περιστατικών, ανεξάρτητα από την ώρα της ημέρας που συνέβησαν. Κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας και μετά από αυτή (έλλειψη θεραπείας) επείγουσες σοβαρές καταστάσεις και ειδικότερα όσες συμβαίνουν τις πρωινές ώρες ενεργοποιούν την υπερβολική έκκριση κορτιζόλης. Από την παρούσα έρευνα φαίνεται ότι ευέλικτα διαλείμματα για το προσωπικό που ασχολείται με τη φροντίδα ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, κατά τη διάρκεια πρωινών ωρών, παρέχει το περιθώριο στο ενδοκρινικό σύστημα για ξεκούραση.

Ανάλογες έρευνες στις οποίες μελετήθηκε η επίδραση των ορμονών, έχουν διενεργηθεί και για το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Πρόσφατες, άλλωστε, έρευνες έδειξαν ότι ορισμένες ανωμαλίες του άξονα υπόφυσης, υποθαλάμου και επινεφριδίων που ρυθμίζουν τις ορμόνες του stress, σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου. Σε ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, τα επίπεδα της ορμόνης ACTH που απελευθερώνεται από την υπόφυση του εγκεφάλου κατά τις καταστάσεις σωματικού, ψυχολογικού και χημικού stress είναι χαμηλότερα από εκείνα των υγιών εθελοντών. Οι διαπιστώσεις αυτές είναι σημαντικές επειδή παρέχουν μια οργανική και βιολογική εξήγηση για το τι προκαλεί και τι συμβαίνει στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης ενώ πρέπει να ενταχθούν μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της αντιμετώπισης της πάθησης. Τα προβλήματα που οδηγούν στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, άρχισαν να συσχετίζονται σε επιστημονικές μελέτες και με άλλες σοβαρές σωματικές ασθένειες. Το εργασιακό stress έχει σχετιστεί με την αύξηση της συχνότητας παθήσεων της καρδιάς, της γρίπης, του μεταβολικού συνδρόμου και της αρτηριακής υπέρτασης. Το stress μπορεί να εξουδετερώσει τις ωφέλιμες για την καρδιά δράσεις ενός επαγγέλματος το οποίο απαιτεί σωματική δραστηριότητα. Έτσι, προκαλεί μεγαλύτερο βαθμό αθηροσκλήρυνσης στους εργαζόμενους με stress απ' ό,τι σε αυτούς που δεν έχουν stress, παρά το γεγονός ότι και οι δύο ομάδες εργαζομένων είχαν του ίδιου τύπου σωματικά υγιή επαγγελματική απασχόληση.

ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Burn-out syndrome among medical staff in the Institute for Oncology and Radiology of Serbia (Tomasic Z et al 2000)	140 ιατροί και νοσηλεύτες τεσσάρων τμημάτων στη Σερβία	Μόνιμο stress: 5,5%, Υπερβολικό stress: 1,6% Περιστασιακό stress: 42,9% Καθόλου stress: 57%. Στατιστικά σημαντική σχέση ($p < 0,005$) ανάμεσα σε διευθυντικά στελέχη και μη
Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff (Cabrera S et al 2005)	236 νοσηλεύτες στο Μεξικό	61% εμφανίζουν χαμηλό κίνδυνο για σύνδρομο επαγγελματικής εξοθυθένωσης 38% μεσαίο κίνδυνο Στατιστικά σημαντική σχέση στην ηλικία >33 ετών, χρόνια υπηρεσίας και εργασιακό περιβάλλον 40% των νοσηλευτών είναι συναισθηματικά εξαντλημένοι 32% βιώνουν αποπροσωποποίηση

		<p>63% έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για εργασία</p> <p>50% είναι γενικότερα εξαντλημένοι</p>
<p>Medical staff in emergency situations: Severity of patient status predicts stress hormone reactivity and recovery (Sluiter K et al 2003)</p>	<p>20 Δανοί άνδρες εργαζόμενοι σε μονάδα επείγουσας φροντίδας</p>	<p>Η τιμή της κορτιζόλης χαρακτηριζόταν «υψηλή κίρκαδική» όταν η μέτρηση γινόταν από τις 4–10 π.μ. και «χαμηλή κίρκαδική» εκτός αυτών των ορίων</p> <p>Τόσο η σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών, όσο και η χρονική στιγμή της ημέρας εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική επίδραση της δραστηριότητας της κορτιζόλης</p> <p>Δεν παρατηρήθηκε κάποια ενδοκρινική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια όχι σοβαρών</p>

		περιστατικών
--	--	--------------

Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο, τα τελευταία χρόνια, σε ερευνητικό επίπεδο παρατηρείται ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για το εργασιακό stress και την επαγγελματική εξουθένωση σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς. Αναλυτικότερα, ο Κουλιεράκης μελέτησε το ιδιαίτερο εργασιακό περιβάλλον της φυλακής οι Βελονάκης και συν. εργαζόμενους σε επιχειρήσεις τροφίμων και η Μαγγιάρου την επαγγελματική εξουθένωση του Έλληνα αστυνομικού. Στον τομέα της υγείας ξεχωρίζουν οι εργασίες των Αντωνίου και συν για τη μελέτη της ψυχοσωματικής ισορροπίας των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία, που συνέδεσε τα υψηλά επίπεδα εργασιακού stress με τη σωματική και τη συναισθηματική δυσλειτουργία κυρίως σε εργαζόμενους μικρότερων ηλικιών (Αντωνίου Α, Τζαβάρα Χ. 2005). , και η εργασία των Σιουρούνη και συν για την επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού νοσοκομείου της Τρίπολης, που παρατηρεί υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικής εξάντλησης και αίσθησης αποπροσωποποίησης σε άτομα που εργάζονται σε χώρους όπου έχουν ως κύριο σκοπό τη θεραπεία, συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται σε τμήματα αποκατάστασης (Σιουρούνη και συν. 2006). Οι Καρύδας και συν μελέτησαν το βαθμό ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των κατηγοριών των νοσοκομείων των νησιών του Αιγαίου, με επίκεντρο τα θέματα της σπουδαιότητας της εκπαίδευσης, της αυτονομίας των νοσηλευτών και της ισότητας στις ευκαιρίες ανέλιξης στον εργασιακό χώρο. Συμπεριέλαβαν όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον της εργασίας και μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Καρύδα και συν. 2004). Σημαντική θεωρείται και η εργασία των Σταύρου και συν για την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) της επαρχίας και την ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών, που ανέδειξε ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει όλες τις κλίμακες για τους παράγοντες ποιότητας ζωής του ερωτηματολογίου SF-36 και τον εργαζόμενο στην εργασιακή του απόδοση. Η αποπροσωποποίηση επηρεάζει τη

συμπεριφορά των πληρωμάτων απέναντι στους ασθενείς, αλλά και την επικοινωνία με τον ιατρό υποδοχής και αμβλύνει τη νευρικότητα μεταξύ τους, ενώ η συνύπαρξη των τριών διαστάσεων της εξουθένωσης στους διασώστες συνεπάγεται μειωμένη ικανοποίηση για τους διακομιζόμενους ασθενείς (Σταύρου και Αναγνωστόπουλος 2005). Με τη μελέτη της Καδδά για τους τρόπους διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας σε 42 δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής, διαπιστώνεται η ύπαρξη του stress κυρίως στα ογκολογικά και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, η αναγκαιότητα διαχείρισής του και τα θετικά αποτελέσματα στα λίγα νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει οργανωμένες παρεμβάσεις διαχείρισης, κυρίως μέσω της συζήτησης με ειδικούς επιστήμονες, τη δημιουργία ομάδων εργασίας και την υλοποίηση σεμιναρίων και ημερίδων (Καδδάς 2005). Η ανάλυση των δεδομένων της εργασίας των Παπαδοπούλου και συν στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις», γενικά, έδειξε θετικά αποτελέσματα σχετικά με τις δυσκολίες, το stress και τις ανάγκες υποστήριξης των εργαζομένων. Ανέδειξε ως παράγοντες την υποστήριξη του προσωπικού με καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας και με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες, την εποπτεία των εργαζομένων (ατομική-ομαδική), την ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, τη συνεργασία και την ενίσχυση των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης (Παπαδοπούλου και συν. 1997). Τους κυριότερους παράγοντες που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) μελέτησε η Μιχαλοπούλου και τόνισε τη σημαντικότητα της διδασκαλίας τρόπων μείωσης του άγχους, προκειμένου να αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση (Μιχαλοπούλου 2003). Τη σημαντικότητα του φαινομένου ανέδειξε πριν από δύο χρόνια και η Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας (ΓΣΕΕ) και η Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων (ΑΔΕΔΥ) με τη διοργάνωση της ημερίδας, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, «Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης: Μια πρόκληση για τον κόσμο της εργασίας», στην οποία παρουσιάστηκαν ενδιαφέρουσες απόψεις και θέσεις για την εξουθένωση των εργαζομένων (Σταμάτη 2004).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για την έρευνα της υγείας των επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομεία όπως προαναφέρθηκε είναι πολυάριθμες. Τα επιδημιολογικά στοιχεία που προκύπτουν από τις συγκεκριμένες αναλύσεις παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω.

Στην έρευνα του 2009 των Διλιντά και συνεργατών που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης διερευνήθηκε το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, η συσχέτισή της με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους και με τους εργασιακούς και τους διοικητικούς παράγοντες του νοσοκομείου, καθώς και η πρόταση των αναγκαίων παρεμβάσεων στήριξης του προσωπικού.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η επαγγελματική εξουθένωση κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα και για τις τρεις διαστάσεις της (Πίνακας 3). Στη συναισθηματική εξάντληση και στην αποπροσωποποίηση, το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε σημαντικά υψηλότερες τιμές από τους υπόλοιπους εργαζόμενους (Πίνακας 4). Η αποπροσωποποίηση βρέθηκε ότι σχετιζόταν με την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η προϋπηρεσία και η σχέση εργασίας δεν σχετιζόνταν σημαντικά με τα επίπεδα εξουθένωσης. Αρκετά στοιχεία του εργασιακού και του διοικητικού οργανωτικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου φάνηκε να επιδρούν θετικά ή αρνητικά- στις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου. Επίσης, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι περίπου ο ένας στους 4 εργαζόμενους του ΠαΓνΗ (ποσοστό 25,2%) παρουσίαζε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση όσον αφορά και στους τρεις παράγοντες του συνδρόμου (συναισθηματική εξάντληση, έλλειψη επιτευγμάτων και αποπροσωποποίηση) (Πίνακας 4,5). Παρόμοιο ποσοστό υψηλής εξουθένωσης έχει διαπιστωθεί και σε άλλες έρευνες, ελληνικές και ξένες.(Τσάκωνας και συν. 2005, Firth -Cozens J, Payne R 1999). Επιπλέον, υπάρχουν μελέτες που υπολογίζουν την επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας με ακόμη μεγαλύτερη συχνότητα, που κυμαίνεται από 25–60%.(Shanafelt et al 2002, Embriac 2007)

Πίνακας 3: Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) των 218 εργαζόμενων

	Συναισθηματική εξάντληση	Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	Απόπροσωποποίηση
Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)			
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ Burn- out	1 3,1 (1,8)	4 4,5 (1,6)	5 1,3 (1,6)
	2 1,7 (1,8)	4,8 (1,3)	10 2,1 (2,1)
	3 2,8 (1,9)	9 4,4 (1,6)	11 2,3 (2,1)
	6 1,6 (1,7)	12 3,8 (1,6)	15 (0,9) (1,4)
	8 3,3 (1,8)	17 4,6 (1,5)	22 1,5 (1,6)
	13 2,2 (1,9)	18 4,2 (1,5)	
	14 4,6 (1,6)	19 4,3 (1,5)	
	16 1,4 (1,6)	21 4,2 (1,5)	
	20 2,1 (1,9)		
Σύνολο	22,8 (11,0)	34,8 (7,2)	8,1 (5,8)

Πίνακας 4: Τιμές συνιστωσών επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τις κατηγορίες προσωπικού

Κατηγορίες Προσωπικού	Συναισθηματική εξάντληση	Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	Απόπροσωποποίηση

Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)			
Ιατρικό	21,9 (10,0)	34,8 (6,9)	8,3 (5,4)
Νοσηλευτικό	25,4 (11,8)	34,8 (6,9)	9,8 (6,5)
Διοικητικό, Τεχνικό, επιστημονικό	20,9 (10,5)	34,8 (7,8)	6,4 (5,0)
Τιμή P	0,041	0,966	0,002

Πίνακας 5: Κατηγορίες προσωπικού και επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης

Προσωπικό	ΕΘ*	Σύνολο				Τιμή p
		Ιατρικό	Νοσηλευτικό	Διοικητικό		
		n (%)				
Συναισθηματική εξάντληση	Χαμηλή	55 (25,2)	15 (24,2)	13 (16,7)	27 (34,6)	0,051
	Μέτρια	108 (49,6)	35 (56,5)	39 (50,0)	34 (43,6)	
	Υψηλή	55 (25,2)	12 (19,4)	26 (33,3)	17 (21,8)	
Έλλειψη προσωπικών επεξεργασιών	Χαμηλή	55 (25,2)	14 (22,6)	23 (29,5)	18 (23,1)	0,850
	Μέτρια	108 (49,6)	33 (53,2)	36 (46,2)	39 (50,0)	
	Υψηλή	55 (25,2)	15 (24,2)	19 (24,4)	21 (26,9)	
Αποπροσωποποίηση	Χαμηλή	55 (25,2)	12 (19,4)	17 (21,8)	26 (33,3)	0,005
	Μέτρια	108 (49,6)	37 (59,7)	31 (39,7)	40 (51,3)	
	Υψηλή	55 (25,2)	13 (21,0)	30 (38,5)	12 (15,4)	

* Εκατοστιαία θέση (ΕΘ): Χαμηλή ≤ 25 ΕΘ, μέτρια 25–75 ΕΘ, υψηλή ≥ 75 ΕΘ

Διεθνείς μελέτες έχουν διερευνήσει τους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με το νοσηλευτικό επάγγελμα, και ιδιαίτερα με τον τομέα της επείγουσας και εντατικής φροντίδας. (Verhaeghe et al 2008). Μάλιστα, υπάρχουν δεδομένα που συσχετίζουν το εργασιακό stress και την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας, με την παρουσία ήπιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων (Alexy & Hutchins 2005) Στη διεθνή βιβλιογραφία, η μελέτη του Kawano σε ένα δείγμα 1.551 νοσηλευτών στην Ιαπωνία

κατέδειξε το εργασιακό stress ως σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση αγχώδους διάθεσης στους εργαζόμενους των

Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (Kawano Y. 2008). Οι Mealer et al, σε ένα δείγμα 351 νοσηλευτών γενικών τμημάτων και 140 νοσηλευτών εντατικής φροντίδας των ΗΠΑ μελέτησαν την παρουσία ήπιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων που αφορούσαν σε Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Stress (ΔΜΤΣ). Τα ευρήματά τους κατέληξαν σε θετική συσχέτιση μεταξύ της εργασίας σε ΜΕΘ και ήπιας ψυχιατρικής νοσηρότητας, καθώς και με τη ΔΜΤΣ (Mealer et al 2007). Ωστόσο, οι μελέτες αναφορικά με την εμφάνιση ήπιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων και συγκεκριμένα συμπτωμάτων άγχους μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ είναι περιορισμένες (Lai 2008, 5, Yang et al 2004) Ειδικότερα στον ελληνικό χώρο, δεν έχει διερευνηθεί ευρέως, η φύση και η ένταση συμπτωμάτων άγχους μεταξύ των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας. Το άγχος αφορά σε μια συναισθηματική κατάσταση έντονου και απροσδιόριστου φόβου, που συνοδεύεται από σωματικά ενοχλήματα λόγω υπερδραστηριότητας του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ), όπως αίσθημα παλμών ή εφίδρωση (Sadock &, Sadock 1984) (Πίνακας 6). Συνολικά, φαίνεται να εκφράζει αντίδραση σε μια άγνωστη, ασαφή και συγκρουσιακή απειλή, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζει την αντίληψη και τη γνωστική ικανότητα του ατόμου (Sadock &, Sadock 1984). Η έννοια του άγχους, συχνά συγχέεται και λανθασμένα αλληλοκαλύπτεται από εκείνη του stress. Σε αντίθεση με το άγχος, το stress συνιστά μια προσαρμοστική αντίδραση του ατόμου απέναντι σε οποιαδήποτε κατάσταση που βιώνεται ως απειλητική και για την αντιμετώπιση της οποίας απαιτείται η ενεργοποίηση του ανθρώπινου οργανισμού για την εκδήλωση συμπεριφοράς μάχης ή φυγής (Lazarus & Folkman 1984, Selye 1985).

Πίνακας 6: Κλίμακα αξιολόγησης συμπτωμάτων άγχους Hamilton (1959)

Συμπτώματα

Αίσθημα ανησυχίας, αναμονή επικείμενης συμφοράς, ακαθόριστοι φόβοι, ευερεθιστότητα

Αίσθημα έντασης και αδυναμίας παραμονής στην ίδια θέση, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, ξάφνιασμα-τρόμος, εκρήξεις κλάματος

Φόβος για το πλήθος, το σκοτάδι, τα μεγάλα ζώα, τη μοναξιά, την πολυκοσμία, τις νόσους

Δυσκολία έλευσης ύπνου, διακεκομμένος-ανήσυχος ύπνος, εφιάλτες, ξάφνιασμα-τίναγμα στον ύπνο, έγερση με αίσθημα κόπωσης

Δυσκολία συγκέντρωσης, κενά μνήμης

Απώλεια ενδιαφερόντων, απουσία ευχαρίστησης στα χόμπι, μελαγχολική διάθεση, πρώιμη αφύπνιση

Μυϊκοί πόνοι, δυσκαμψία, αναγωγές πινάγματα, τριγμός δοντιών, ασταθής φωνή

Εμβοές ώτων, θάμβος όρασης, μούδιασμα άκρων, κνησμός, δερμογραφισμός, εκζέματα, ερύθημα

Ταχυκαρδίες, αίσθημα παλμών, προκάρδια άλγη, έκτακτες συστολές, τάση λιποθυμίας

Δύσπνοια, αίσθημα πνιγμού, αίσθημα πίεσης στο θώρακα

Δυσκαταποσία, κοιλιακά άλγη, δυσκοιλιότητα, διαρροϊκά επεισόδια, ναυτίες, έμετοι, δυσπείψια, απώλεια βάρους, αίσθημα καύσου, αναγωγές

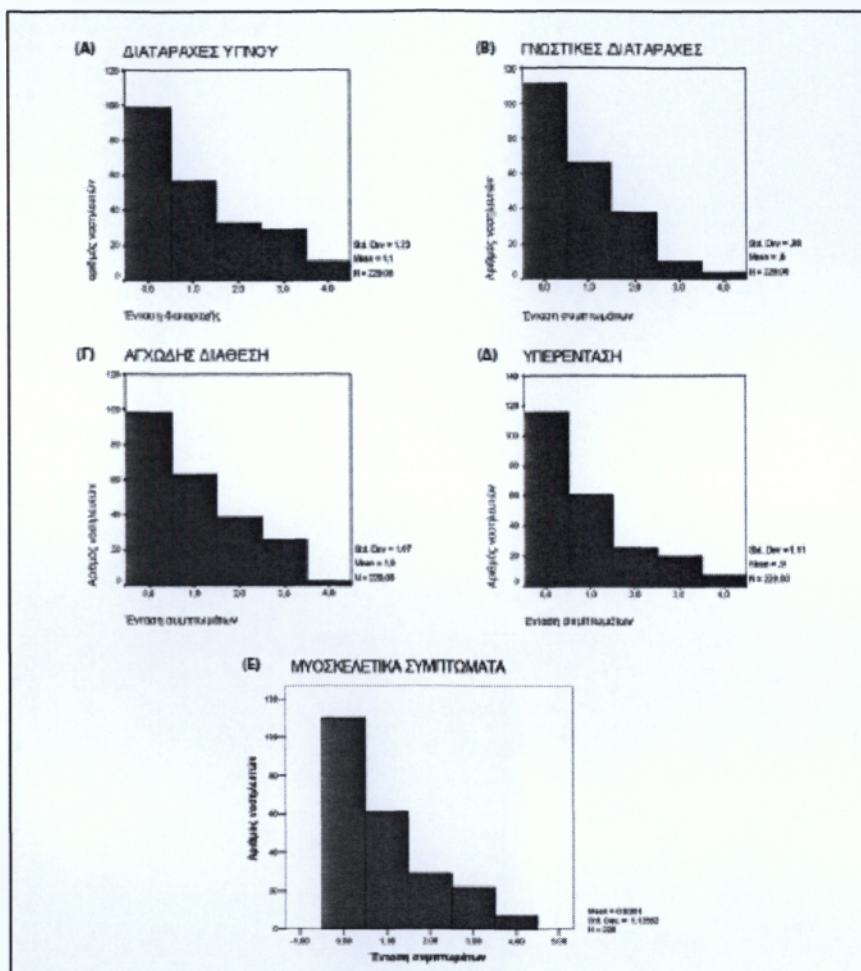
Συχνουρία, έπειξη ούρησης, διαταραχές έμμηνης ρύσης, δυσμηνόρροια, αμηνόρροια, πολυουρία, μειωμένη libido, πρώιμη εκπεριμάτωση, ανικανότητα, διαταραχές στύσης

Ξηροστομία, εξάψεις ίλιγγοι, ζαλάδες, κεφαλαλγία, εφιδρώσεις

Πίνακας 7: Μέσες τιμές συμπτωμάτων άγχους στη κλίμακα Hamilton

Συμπτώματα	Μέση	TA(±)
Αγχώδης διάθεση	1,0	1,07
Υπερένταση	0,9	1,1
Φοβίες	0,33	0,76
Διαταραχές ύπνου	1,1	1,2
Γνωστικές διαταραχές	0,82	0,97
Καταθλιπτική διάθεση	0,65	0,97
Μυοσκελετικά συμπτώματα	0,93	1,1
Αισθητηριακά συμπτώματα	0,64	0,98
Καρδιαγγειακά συμπτώματα	0,77	1,00
Αναπνευστικά συμπτώματα	0,31	0,69
Γαστρεντερικά συμπτώματα	0,58	0,96
Ουρογεννητικά συμπτώματα	0,47	0,94
Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος	0,67	0,99

TA: τυπική απόκλιση



Εικόνα 1: Κατανομή δείγματος ανά ένταση συμπτωμάτων α) διαταραχής ύπνου, β) γνωστικών διαταραχών, γ) αγχώδους διάθεσης, δ) υπέρτασης και ε) μυοσκελετικού συστήματος στη κλίμακα Hamilton

Αντιπροσωπευτική είναι η μελέτη των Καρανικόλα και συν που δημοσιεύτηκε το 2009 και εστίασε στη διερεύνηση της έντασης των συμπτωμάτων άγχους, καθώς και τη σχέση των συμπτωμάτων αυτών με δημογραφικούς, εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς παράγοντες στα μέλη νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε ΜΕΘ στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η ένταση των συμπτωμάτων άγχους αντιστοιχούσε συνολικά σε ήπια διαταραχή, με ποσοστό συμμετεχόντων 19,9% να βιώνει μέτρια διαταραχή και ποσοστό 3,9% σοβαρή διαταραχή. Τα συμπτώματα με τις υψηλότερες καταγραφές ήταν

διαταραχές ύπνου, αγχώδης διάθεση, διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας και υπερένταση. Επίσης, στο 50% των συμμετεχόντων παρατηρήθηκαν ήπια έως σοβαρά μυοσκελετικά συμπτώματα. Οι γυναίκες (MW-U, $p = 0,006$) και το προσωπικό των ΜΕΘ δημόσιων νοσοκομείων (MW-U, $p=0,01$) εμφάνισαν υψηλότερη ένταση συνολικού άγχους. Η προϋπηρεσία σε ΜΕΘ βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τη συνολική ένταση του άγχους ($\tau=0,043$, $p=0,004$) και ο συνολικός αριθμός κλινών της ΜΕΘ με την εμφάνιση αγχώδους διάθεσης ($\tau=0,186$, $p<0,0001$).

Τα αποτελέσματα της έρευνας για την ποσοστιαία κατανομή των επιπέδων άγχους ανάλογα με τη βαρύτητα της διαταραχής καταγράφονται στον πίνακα 2. Στον πίνακα 3 αναφέρονται οι μέσες αθροιστικές τιμές για τα επιμέρους συμπτώματα ενώ η ποσοστιαία κατανομή της βαθμολογίας στην κλίμακα Hamilton για τα τέσσερα συμπτώματα με τις υψηλότερες καταγραφές φαίνονται στην εικόνα 1. Ποσοστό 27% του νοσηλευτικού προσωπικού αναφέρει ήπια έως πολύ σοβαρή διαταραχή ύπνου, 30% μέτρια έως σοβαρή αγχώδη διάθεση, 17% μέτρια διαταραχή της γνωστικής λειτουργίας και 19% μέτριου έως σοβαρού βαθμού υπερένταση. Τέλος, 50% του νοσηλευτικού προσωπικού εντατικής φροντίδας αναφέρει ήπια έως σοβαρά μυοσκελετικά συμπτώματα.

Πίνακας 8: Ποσοστιαία κατανομή επιπέδων άγχους ανάλογα με τη βαρύτητα της διαταραχής

Διαβάθμιση	0 έως 1	1>έως<2	2>έως<3	3>έως<4
Βαθμός διαταραχής	Ηπια	Μετρια	Σοβαρή	Πολύ Σοβαρή
Ποσοστό	74,4 %	19,9 %	3,9 %	1,8 %

Σε έρευνα που έγινε το 2003 στο Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, στόχος ήταν η διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και την ψυχική τους υγεία. Το δείγμα αποτελείται από ιατρικό (19 άτομα) και νοσηλευτικό (70 άτομα) προσωπικό κλινικών που αντιμετώπιζαν

περιστατικά με υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας (π.χ. ογκολογικές, εντατική), κλινικών με περιστατικά χαμηλού κινδύνου θνησιμότητας (π.χ. μαιευτική, οφθαλμολογική) και προσωπικό της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου (4 άτομα), ενώ σε καθεμιά από τις κατηγορίες αυτές χρησιμοποιήθηκε διαφορετικό ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με τη μελέτη, οι εργαζόμενοι σε κλινικές με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας εμφάνιζαν σε μεγαλύτερο βαθμό συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, η διάρκεια απασχόλησης του προσωπικού στις κλινικές δεν επηρέαζε την εμφάνιση του συνδρόμου και το σύνδρομο φαίνεται ότι δεν επηρέαζε σημαντικά την ψυχική υγεία του ατόμου.

ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΑΘΥΣΜΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.</p> <p>Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο</p>	<p>19 ιατροί και 70 νοσηλεύτες από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Οι εργαζόμενοι σε κλινικές με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης • Η διάρκεια απασχόλησης του προσωπικού δεν επηρεάζει την εμφάνιση του συνδρόμου • το σύνδρομο δεν επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία του ατόμου

Αντωνίου ΑΣ, 2005.

Μελέτες για τη ψυχοσωματική ισορροπία των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία, απέδειξε ότι τα υψηλά επίπεδα εργασιακού stress σχετίζονται άμεσα με τη σωματική και τη συναισθηματική δυσλειτουργία κυρίως σε εργαζόμενους μικρότερων ηλικιών (Αντωνίου και συν, 2005) και στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού νοσοκομείου της Τρίπολης

παρατηρήθηκαν υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικής εξάντλησης και αίσθησης αποπροσωποποίησης σε άτομα που εργάζονται σε χώρους όπου έχουν ως κύριο σκοπό τη θεραπεία, συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται σε τμήματα αποκατάστασης (Σιουρούνη και συν, 2006). Οι Καρύδας και συν μελέτησαν το βαθμό ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των κατηγοριών των νοσοκομείων των νησιών του Αιγαίου, με επίκεντρο τα θέματα της σπουδαιότητας της εκπαίδευσης, της αυτονομίας των νοσηλευτών και της ισότητας στις ευκαιρίες ανέλιξης στον εργασιακό χώρο. Συμπεριέλαβαν όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον της εργασίας και μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Καρύδας και συν, 2004). Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) της επαρχίας σε μία μελέτη, έδειξε ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει όλες τις κλίμακες για τους παράγοντες ποιότητας ζωής του ερωτηματολογίου SF-36 και τον εργαζόμενο στην εργασιακή του απόδοση. Η αποπροσωποποίηση επηρεάζει τη συμπεριφορά των πληρωμάτων απέναντι στους ασθενείς, αλλά και την επικοινωνία με τον ιατρό υποδοχής και αμβλύνει τη νευρική μεταξύ τους, ενώ η συνύπαρξη των τριών διαστάσεων της εξουθένωσης στους διασώστες συνεπάγεται μειωμένη ικανοποίηση για τους διακομιζόμενους ασθενείς (Σταύρου και συν, 2005). Επίσης, έρευνα που διεξάγη σε 42 δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής, διαπιστώθηκε η ύπαρξη του stress κυρίως στα ογκολογικά και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, η αναγκαιότητα διαχείρισής του και τα θετικά αποτελέσματα στα λίγα νοσοκομεία που έχουν αναπτύξει οργανωμένες παρεμβάσεις διαχείρισης, κυρίως μέσω της συζήτησης με ειδικούς επιστήμονες, τη δημιουργία ομάδων εργασίας και την υλοποίηση σεμιναρίων και ημερίδων (Καδδά, 2005). Έρευνα που διεξάγη στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις», γενικά, έδειξε θετικά αποτελέσματα σχετικά με τις δυσκολίες, το stress και τις ανάγκες υποστήριξης των εργαζομένων. Ανέδειξε ως παράγοντες την υποστήριξη του προσωπικού με καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας και με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες, την εποπτεία των εργαζομένων (ατομική-ομαδική), την ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, τη συνεργασία και την ενίσχυση των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης (Παπαδοπούλου και συν, 1997). Σε έρευνα που μελετήθηκαν οι κυριότεροι παράγοντες που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές των Τμημάτων Επειγόντων

Περιστατικών (ΤΕΠ), δόθηκε έμφαση στη σημαντικότητα της διδασκαλίας τρόπων μείωσης του άγχους, με σκοπό την αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μιχαλοπούλου, 2

Πίνακας 9: Τομείς λειτουργικότητας του ατόμου που επηρεάζονται από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Figley).

Γνωσιακός τομέας	Έκπτωση στη συγκέντρωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απάθεια, έλλειψη ευελιξίας, αποπροσανατολισμός, τελειομανία, ενασχόληση με τραυματικές εμπειρίες και ιδέες αυτοκαταστροφής
Συναισθηματικό επίπεδο	Αισθήματα αδυναμίας, ενοχής, θυμού, φόβου, θλίψης, κατάθλιψης
Επίπεδο συμπεριφοράς	Ανυπομονησία, κοινωνική απόσυρση, παλινδρομήσεις σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, διατροφικές διαταραχές, εγρήγορση, επιρρέπεια στα ατυχήματα
Πνευματικό-θρησκευτικό επίπεδο	Υπαρξιακοί προβληματισμοί
Διαπροσωπικές σχέσεις	Απομόνωση, θυμός και ενοχές, διαπροσωπικές συγκρούσεις
ψυχοσωματικός τομέας	Έντονη εφίδρωση, ταχύπνοια, αύξηση της ταχύτητας σφυγμού, δύσπνοια, μυϊκοί

	πόννοι, ίλιγγος, αποπροσανατολισμός
Εργασιακός τομέας	Χαμηλό ηθικό, χαμηλή αποδοτικότητα, ευερεθιστότητα, διαπληκτισμοί

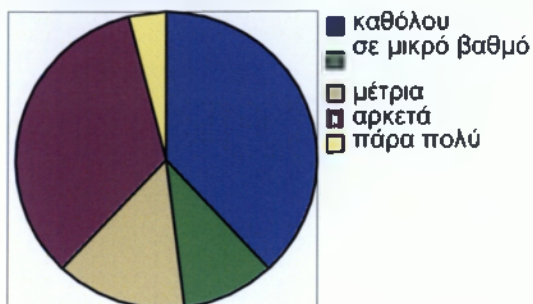
Αντωνίου ΑΣ, 2005.

Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης χειρουργών ιατρών

Μεγάλη διάρκεια εκπαίδευσης
Περιορισμένος έλεγχος στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών
Πολλές ώρες εργασίας και φόρτος ευθυνών
Ανισορροπία μεταξύ οικογένειας και καριέρας
Απομόνωση, έλλειψη δημιουργίας σχέσεων με συναδέλφους
Μη ρεαλιστικοί στόχοι και προσδοκίες
Ανεπαρκές περιβάλλον εργασίας
Οικονομικά ζητήματα (μισθός, υπερωρίες)
Θλίψη και ενοχή σχετικά με το θάνατο ασθενών ή μη ικανοποιητική έκβαση μιας επέμβασης

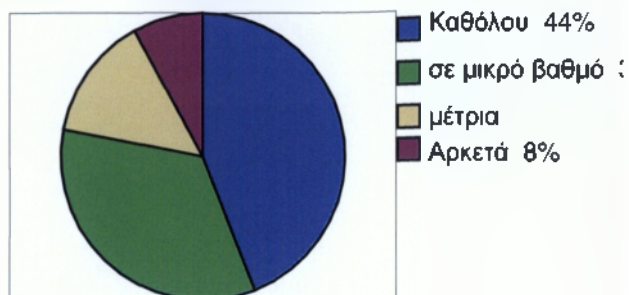
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΜΑΤΑΙΟ ΜΕΛΛΟΝ



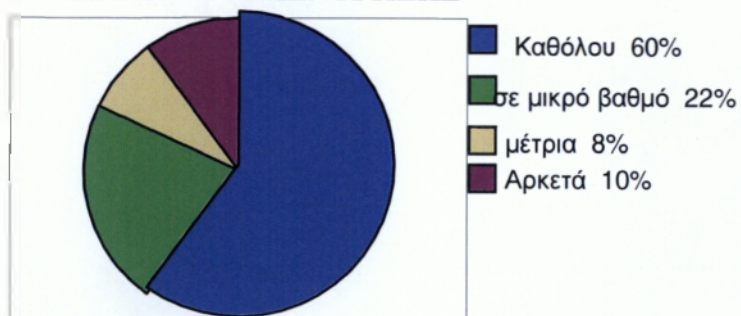
Γράφημα 1.

ΑΔΡΑΝΕΙΑ



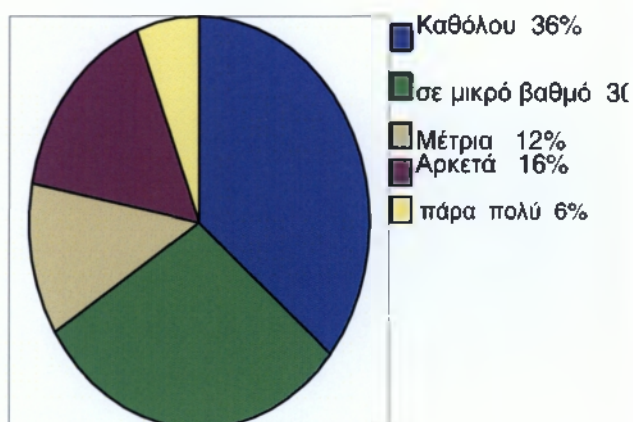
Γράφημα 2.

ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ



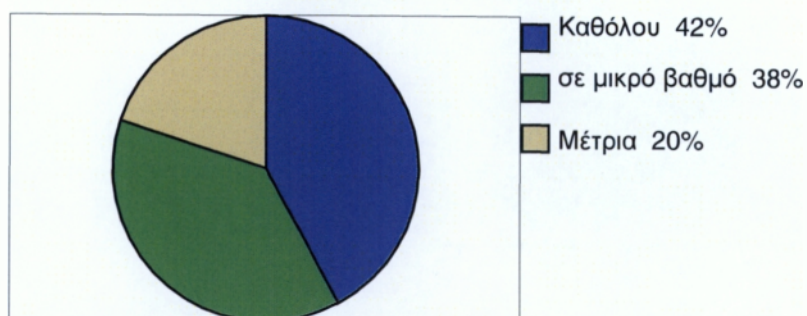
Γράφημα 3.

ΥΠΑΡΞΗ ΧΑΡΑΣ



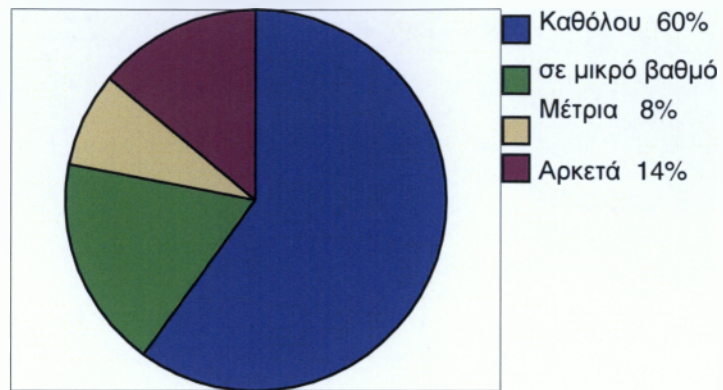
Γράφημα 4.

ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ



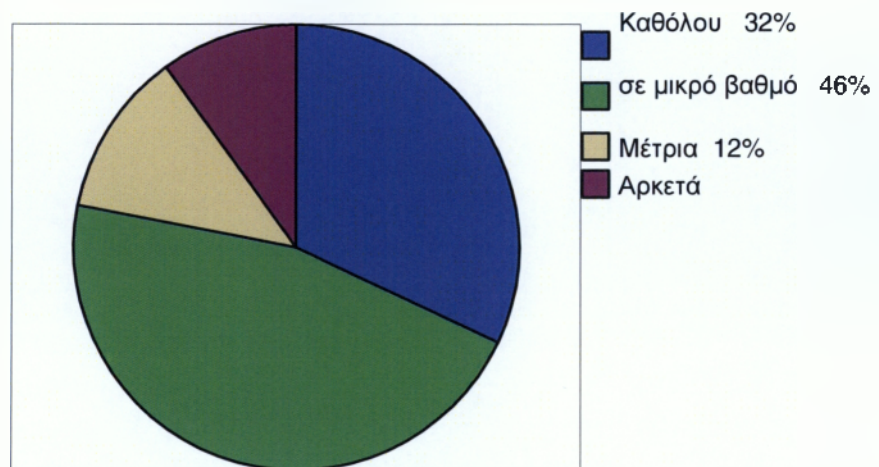
Γράφημα 5.

ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ



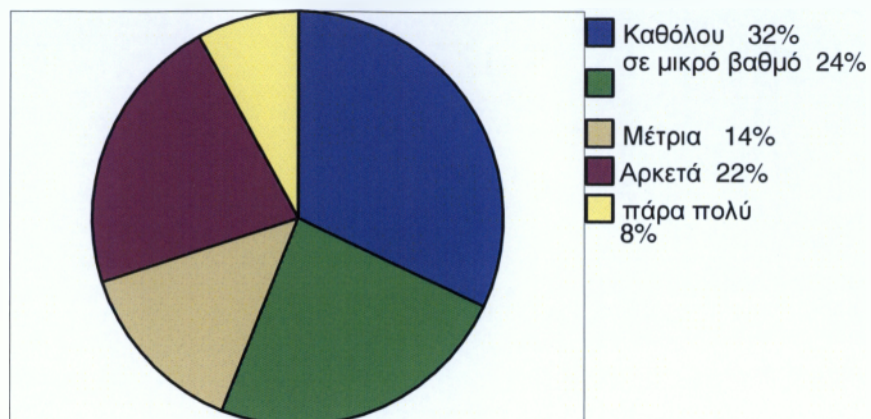
Γράφημα 6.

ΘΛΙΨΗ



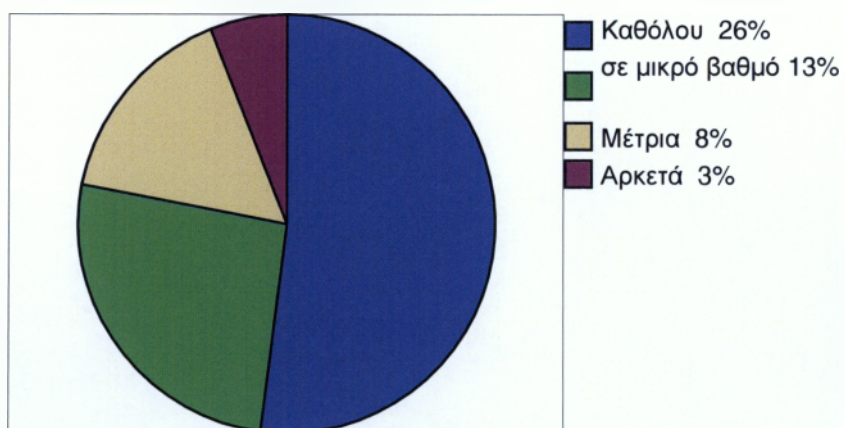
Γράφημα 7.

ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ



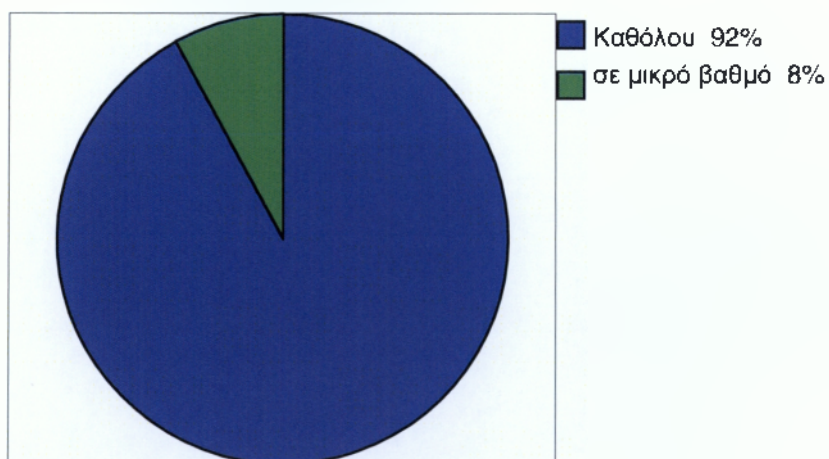
Γράφημα 8.

ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΓΙΑ ΑΠΛΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ



Γράφημα 9.

ΑΙΣΘΗΜΑ ΕΝΟΧΗΣ



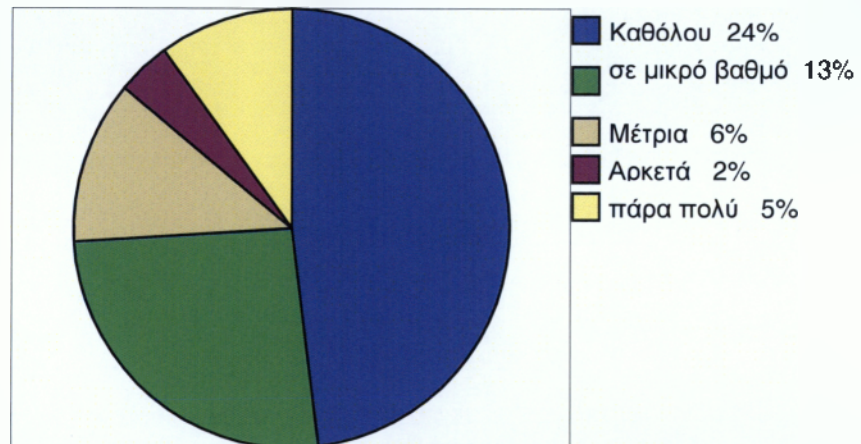
Γράφημα 10.

ΑΙΣΘΗΣΗ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ



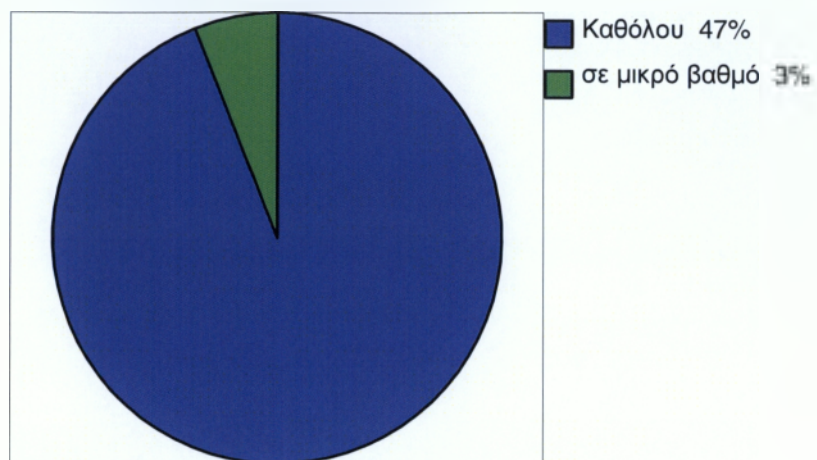
Γράφημα 11.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ



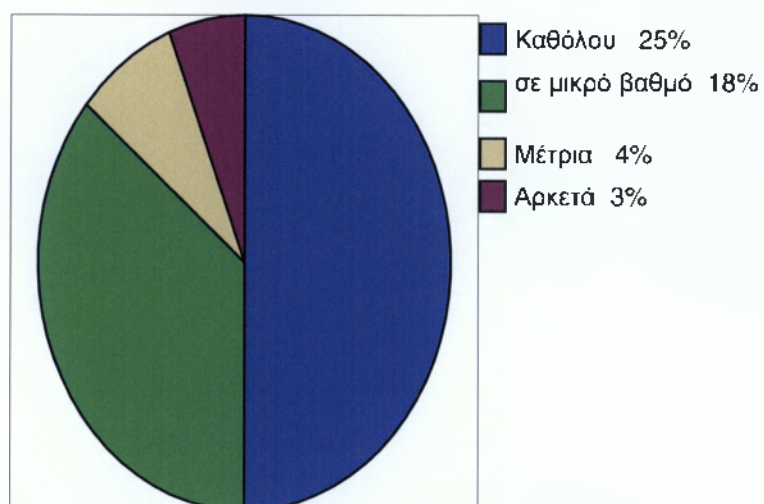
Γράφημα 12.

ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ



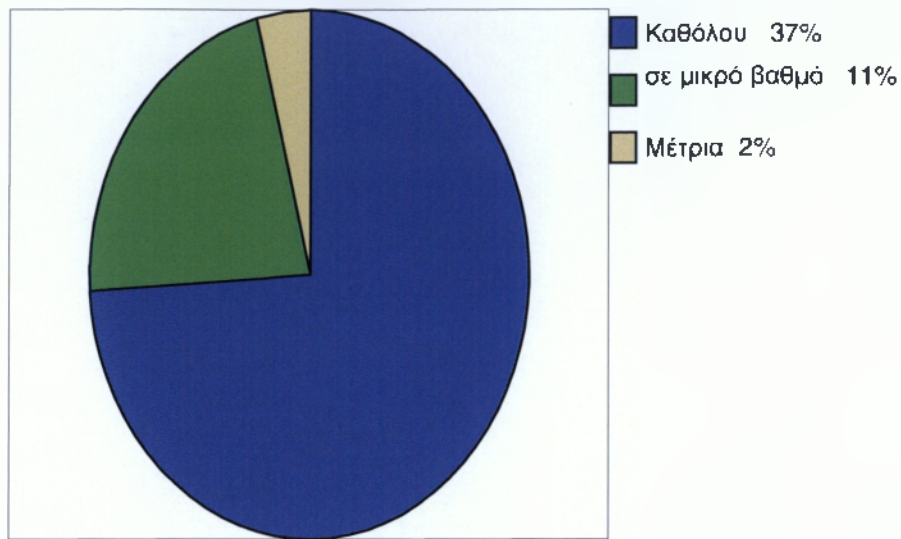
Γράφημα 13.

ΑΙΣΘΗΣΗ ΠΑΓΙΔΕΥΣΗΣ



Γράφημα 14.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ



Γράφημα 15.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 50 επαγγελματίες υγείας του Αττικού Νοσοκομείου οι οποίοι χρησιμοποίησαν ένα ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις της κλίμακας Maslach η οποία περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες που αξιολογούν την συναισθηματική εξάντληση, τα προσωπικά επιτεύγματα και την αποπροσωποποίηση και την κλίμακα General Satisfaction Scale.

Όπως φαίνεται στο πρώτο γράφημα, η πλειοψηφία των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας συγκεντρώνεται σε δύο άκρα, καθώς το 38% υποστηρίζει πως δεν βλέπει το μέλλον μάταιο, σε αντίθεση με το 34% που το βλέπει αρκετά μάταιο. Όσον αφορά στη δεύτερη ερώτηση, το 44% απάντησε πως δεν κάνει πράγματα με αργούς ρυθμούς και ούτε είναι αδρανείς ενώ ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 34% σε μικρό βαθμό. Επιπλέον, το 14% των ερωτηθέντων παρουσιάζει όμως μετρίου βαθμού αδράνεια και κόπωση (γράφημα 2). Όπως φαίνεται στο γράφημα 3, ένα πολύ μεγάλο μέρος των απαντήσεων (60%) συγκεντρώνεται στο ότι δεν τους είναι καθόλου δύσκολο να συγκεντρωθούν στη δουλειά τους και μόνο το 18% απάντησε πως έχει κάποια δυσκολία, είτε μικρή είτε αρκετή, στην συγκέντρωσή τους. Στην επόμενη ερώτηση του ερωτηματολογίου το 36% των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως η χαρά και η ικανοποίηση δεν υπάρχουν στη ζωή τους, και το 30% πως

υπάρχουν αλλά σε μικρό βαθμό (γράφημα 4). Όσον αφορά στη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων επομένως και στην εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, σχεδόν οι μισοί (42%) απάντησαν πως δεν εμφανίζουν καμία δυσκολία, ενώ το 38% δυσκολεύεται σε μικρό βαθμό (γράφημα 5). Επιπρόσθετα, η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας (60%) υποστηρίζει ότι δεν έχει χάσει καθόλου το ενδιαφέρον για πτυχές της ζωής, ενώ το υπόλοιπο 40% υποστηρίζει ότι το έχει χάσει αλλά όχι σε πολύ μεγάλο βαθμό (γράφημα 6). Το 46% αισθάνεται σε μικρό βαθμό λύπη και δυστυχία, ενώ το 32% καθόλου. Υπάρχει βέβαια, και ένα 22% που νοιώθει αυτά τα συναισθήματα κάπως πιο έντονα (γράφημα 7). Το εύρημα αυτό βρίσκει συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, στη μελέτη της Ruggiero, 32% των νοσηλευτών φαίνεται ότι βίωναν μέτρια επίπεδα άγχους, ενώ ένα πέμπτο των νοσηλευτών της ίδιας μελέτης βρέθηκε ότι πληρούσε τα κριτήρια για ήπια, μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη (Ruggiero, 2003).

Οι απαντήσεις στην ερώτηση 8 παρουσιάζουν μεγαλύτερη διασπορά, από ότι κάποιες άλλες, καθώς το 32% υποστηρίζει πως δεν νοιώθει καμία εξάντληση, το 24% τη νοιώθει σε μικρό βαθμό και το 22% αρκετά πιο έντονα (γράφημα 8). Όσον αφορά στην ερώτηση 9, οι παραπάνω από τις μισές απαντήσεις βρίσκονται στο ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν χρειάζονται μεγάλη προσπάθεια για να κάνουν απλά πράγματα, ενώ το 26% χρειάζεται μία μικρή προσπάθεια και το 16% μία μέτρια (γράφημα 9). Αξιοσημείωτο και άκρως ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι σχεδόν η απόλυτη πλειοψηφία, σε ποσοστό 92% πιστεύει πως δεν αξίζει τιμωρίας καθώς δεν υπάρχει το αίσθημα των ενοχών, ενώ το υπόλοιπο 8% νοιώθει ενοχές αλλά σε μικρό βαθμό (γράφημα 10). Το αποτέλεσμα αυτό ενισχύεται και από τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 13, στην οποία σχεδόν ολόκληρο το δείγμα υποστήριξε πως δεν σπαταλά τον χρόνο του σκεπτόμενο τρόπους αυτοκτονίας, αλλά μόνο το 6% έχει κάνει τέτοιου είδους σκέψεις και μάλιστα σε μικρό βαθμό (γράφημα 13). Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από την ερώτηση σχετικά με την αίσθηση της αποτυχίας. Το 90% του δείγματος δεν αισθάνονται αποτυχημένοι, ενώ στο υπόλοιπο 10% υπάρχει αυτή η αίσθηση αλλά σε μικρό και μέτριο βαθμό (γράφημα 11). Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες στην έρευνα υποστήριξαν ότι δεν εμφανίζουν διαταραχές στον ύπνο τους, σε ποσοστό 48%, ενώ οι υπόλοιποι υποστήριξαν πως εμφανίζουν ακόμα και σε πολύ μεγάλο βαθμό (γράφημα 12). Είναι γνωστό ότι ο ταχύς και έντονος ρυθμός εργασίας επηρεάζει την ποιότητα του ύπνου και παρεμποδίζει την ανάπαυση, με αποτέλεσμα την κόπωση των επαγγελματιών

υγείας. Βέβαια, η ένταση των διαταραχών ύπνου αποτελεί ιδιαίτερα ανησυχητικό εύρημα, δεδομένου ότι η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας σχετίζεται με τη διάπραξη λαθών κατά τη χορήγηση φαρμάκων, με λανθασμένο χειρισμό εξοπλισμού και με τρυπήματα από βελόνα (Suzuki et al., 2005).

Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, αλλά και άλλες μελέτες που συνδέουν διαταραχές της ψυχικής υγείας με λάθη και παραλείψεις σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα, αναδεικνύεται η αναγκαιότητα σχεδιασμού και εφαρμογής παρεμβάσεων σχετικά με τον έλεγχο των συνθηκών που προκαλούν ένταση στους χώρους αυτούς.

Οι επαγγελματίες υγείας που βιώνουν συναισθηματική εξάντληση αισθάνονται συναισθηματικά «στεγνωμένοι» και απογοητευμένοι από τα περιστατικά της ημέρας (Burke & Greenglass, 2001). Καθώς κάθε πρωί αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως αναπόφευκτο κακό από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν, πολλές φορές είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη. Αντί για αυτό, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησής τους. Στη συγκεκριμένη έρευνα, το μισό δείγμα υποστήριξε πως δεν αισθάνεται καθόλου παγιδευμένο, ενώ το υπόλοιπο νιώθει παγιδευμένο σε μικρό βαθμό, μέτριο αλλά και λίγο πιο έντονο (γράφημα 14). Τέλος, το 74% των ερωτηθέντων υποστήριξε πως δεν αισθάνεται καθόλου θλίψη, και κυρίως όταν συμβαίνουν καλά πράγματα, ενώ το υπόλοιπο 26% αισθάνεται ακόμα και τότε θλίψη αλλά σε μικρό και μέτριο βαθμό (γράφημα 15).

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι στις περισσότερες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου λιγότεροι από τους μισούς επαγγελματίες υγείας του Αττικού Νοσοκομείου εμφανίζουν κάποια από τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το γεγονός αυτό πιθανόν οφείλεται στην αποτελεσματική διοίκηση της νοσηλευτικής και ιατρικής υπηρεσίας, στην επαρκή επικοινωνία και στήριξη τους από τη διεύθυνση και τους συναδέλφους τους, στο κύρος και στην ικανοποίηση που αντλούν από την εργασία τους, αλλά και στην αναγνώριση του δύσκολου έργου τους από το υπόλοιπο προσωπικό και τους ασθενείς. Περαιτέρω, έχει βρεθεί ότι οι εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και συγκεκριμένα, μεγαλύτερης έντασης φοβίες, υπερένταση, διαταραχές ύπνου, κόπωση και

εξάντληση συγκριτικά με τους εργαζόμενους των ιδιωτικών θεραπευτηρίων. Η διαφοροποίηση αυτή εγείρει ερωτήματα αναφορικά με την πολιτική υγείας, το σύστημα διοίκησης και τις συνθήκες εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία.

Η επαγγελματική εξουθένωση όμως δεν παύει να αποτελεί ένα πρόβλημα υπαρκτό, στο οποίο πρέπει να βρεθούν και να εφαρμοστούν τα πλέον αποτελεσματικά και ταυτόχρονα εφικτά μέτρα, ώστε να έχουμε επαγγελματίες ικανοποιημένους και όχι εξουθενωμένους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΜΑΤΑΙΟ ΜΕΛΛΟΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	19	38.0	38.0	38.0
σε μικρό βαθμό	5	10.0	10.0	48.0
μέτρια	7	14.0	14.0	62.0
αρκετά	17	34.0	34.0	96.0
πάρα πολύ	2	4.0	4.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΑΔΡΑΝΕΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	22	44.0	44.0	44.0
σε μικρό βαθμό	17	34.0	34.0	78.0
μέτρια	7	14.0	14.0	92.0
αρκετά	4	8.0	8.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	30	60.0	60.0	60.0

σε μικρό βαθμό	11	22.0	22.0	82.0
μέτρια	4	8.0	8.0	90.0
αρκετά	5	10.0	10.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΥΠΑΡΞΗ ΧΑΡΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	18	36.0	36.0	36.0
σε μικρό βαθμό	15	30.0	30.0	66.0
μέτρια	6	12.0	12.0	78.0
αρκετά	8	16.0	16.0	94.0
πάρα πολύ	3	6.0	6.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	21	42.0	42.0	42.0
σε μικρό βαθμό	19	38.0	38.0	80.0
μέτρια	10	20.0	20.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	30	60.0	60.0	60.0
σε μικρό βαθμό	9	18.0	18.0	78.0
μέτρια	4	8.0	8.0	86.0
αρκετά	7	14.0	14.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΘΛΙΨΗ

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	16	32.0	32.0	32.0
σε μικρό βαθμό	23	46.0	46.0	78.0
μέτρια	6	12.0	12.0	90.0
αρκετά	5	10.0	10.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	16	32.0	32.0	32.0
σε μικρό βαθμό	12	24.0	24.0	56.0
μέτρια	7	14.0	14.0	70.0
αρκετά	11	22.0	22.0	92.0
πάρα πολύ	4	8.0	8.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΓΙΑ ΑΛΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	26	52.0	52.0	52.0
σε μικρό βαθμό	13	26.0	26.0	78.0
μέτρια	8	16.0	16.0	94.0
αρκετά	3	6.0	6.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΑΙΣΘΗΜΑ ΕΝΟΧΗΣ

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	46	92.0	92.0	92.0
σε μικρό βαθμό	4	8.0	8.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΑΙΣΘΗΣΗ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	45	90.0	90.0	90.0
σε μικρό βαθμό	3	6.0	6.0	96.0
μέτρια	2	4.0	4.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	24	48.0	48.0	48.0
σε μικρό βαθμό	13	26.0	26.0	74.0
μέτρια	6	12.0	12.0	86.0
αρκετά	2	4.0	4.0	90.0
πάρα πολύ	5	10.0	10.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	47	94.0	94.0	94.0
σε μικρό βαθμό	3	6.0	6.0	100.0
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΑΙΣΘΗΣΗ ΠΑΓΙΔΕΥΣΗΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	25	50.0	50.0	50.0
σε μικρό	18	36.0	36.0	86.0
βαθμό	4	8.0	8.0	94.0
μέτρια	3	6.0	6.0	100.0
αρκετά				
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid καθόλου	37	74.0	74.0	74.0
σε μικρό	11	22.0	22.0	96.0
βαθμό	2	4.0	4.0	100.0
μέτρια				
Σύνολο	50	100.0	100.0	

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αντωνίου ΑΣ, (2005). Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης «ψυχαργώς – β΄ Φάση. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, ψυχιατρική Κλινική. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ). Όμιλος Μελετών και Αναπτυξιακού Σχεδιασμού. Αθήνα, 2005:1–54

Αντωνίου Α, Τζαβάρα Χ. (2005). Ψυχοσωματική υγεία και εργασιακό stress των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. *Νέα Υγεία*, 47:8

Βελονάκης Ε, Λαμπροπούλου Ε. (1999). Πηγές και εκδηλώσεις stress σε Έλληνες εργαζόμενους. *Νέα Υγεία* 1999, 24:7

Αντωνίου Α, Τζαβάρα Χ. (2005). Ψυχοσωματική υγεία και εργασιακό stress των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. *Νέα Υγεία*, 47:8

Θεοφίλου και συν. 2009. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας

Καδδά Α (2005). Τρόποι διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16:23–26

Καρύδα Σ, Χατζόπουλος Π, Γιοβά νη Μ. (2004). Βαθμός ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού. *Επιθεώρηση Υγείας*, 15:23–28

Κουλιεράκης Γ, Μεταλληνού Ο., Παντζου Π. (2000). Συμπεριφορές υγείας. Πρότυπα και μεταβολές. ΕΑΠ, Πάτρα

Μαγγιωρου Β. (2006). Η επαγγελματική εξουθένωση του Έλληνα αστυνομικού. Ινστιτούτο Αστυνομικών Μελετών Επιμόρφωσης και Τεκμηρίωσης, www.inamete.gr.

Μάρκου Π. (2005) Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16:21–25

- Μιχαλοπούλου Α (2003).** Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. *Νοσηλευτική*, 42:293–298
- Παπαδοπούλου Κ, Χριστογιώργος Σ, Ζαχαριάς Β, Τσιάντης Ι. (1997)** Ανάγκες υποστήριξης και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού. Η εμπειρία των εργαζομένων στο Κοινοτικό Σπίτι, Η Θέτις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 57:84–89
- Σιουρούνη Ε, Θεοδώρου Μ, Χόνδρος Π. (2006).** Διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού νοσοκομείου Τρίπολης. *Επιθεώρηση Υγείας*, 17:31–35
- Σταμάτη Α. (2004)** Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης: Μια πρόκληση για τον κόσμο της εργασίας. Ημερίδα, Αθήνα, , Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Εργασιακών Σχέσεων – European Industrial Relations Observatory
- Σταύρου Σ, Αναγνωστόπουλος Φ. (2005).** Επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του ΕΚΑΒ και ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16:11–25
- Τιτομιχαλάκη Μ, Καφετζάκης Β, Καραμαλάκη Μ, Χανιωτάκης Α. (2006).** Κόπωση επαγγελματιών υγείας. *Ιατρικά Χρονικά*, 29:242–248
- Alexy EM, Hutchins JA. (2005).** Workplace violence: A primer for critical care nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 18:305–312
- Benson S, Truskett PG, Findlay B. (2007)** The relationship between burnout and emotional intelligence in Australian surgeons and surgical trainees. *ANZ J Surg*;77(suppl 1):A79.
- Bertges Yost W, Eshelman A, Raoufi M, Abouljoud MS. (2005).** A national study of burnout among American transplant surgeons. *Transplant Proc*.;37(2):1399-1401.
- Boisubain EV, Levine RE. (2001)** Identifying and assisting the impaired physician. *Am J Med Sci*.;322(1):31-36

Buchwald D, Umali P, Umali J, Kith P, Pearlman T, Komarof A. Chronic fatigue and the chronic fatigue syndrome. Prevalence in a Pacific Northwest health care system. *Ann Intern Med* 1995, 123:81–88

Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. (2001) Burnout among American surgeons. *Surgery*.;130(4):696-705.

Center C, Davis M, Detre T; et al. (2003) Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*.;289(23):3161-3166.

Clinical practice guidelines Chronic fatigue syndrome. Produced by a Working Group convened under the auspices of the Royal Australasian College of Physicians. *MJA* 2002, 176(Suppl 8): S17–S55

Embriac o N, Azoulay E, Barra u K, Kentish N, Pochard F, Loundou et al. (2007). High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*, 175:686–692

Firth -Cozens J, Payne R. *Stress in health professionals: Psychological and organizational causes and interventions.* John Willey & Sons Ltd, UK, 1999

Ford DE, Mead LA, Chang PP, Cooper-Patrick L, Wang NY, Klag MJ. (1998) Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study. *Arch Intern Med*.;158(13):1422-1426.

Frank E, Biola H, Burnett CA.(2000) Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Am J Prev Med*.;19(3):155-159

Frank E, McMurray JE, Linzer M, Elon L, (1999) Society of General Internal Medicine Career Satisfaction Study Group. Career satisfaction of US women physicians: results from the Women Physicians' Health Study. *Arch Intern Med*.;159(13):1417-1426.

Giltay EJ et al. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, 61:1126–1135

Harms BA, Heise CP, Gould JC, Starling JR. (2005) A 25-year single institution analysis of health, practice, and fate of general surgeons. *Ann Surg.*;242(4):520-529

Herrman H, Jané-Llopis E (in press). Mental health promotion in public health. In: Jané-Llopis E, ed. What works in mental health promotion. *Promotion and Education. Special Issue.*

Johnson JT, Wagner RL, Rueger RM, Goepfert H. (1993) Professional burnout among head and neck surgeons: results of a survey. *Head Neck.*;15(6):557-560.

Kawano Y. (2008). Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: Effect of departmental environment in acute care hospitals. *J Occup Health*, 50:79–85

Kielcot-Glaser JK et al. (1999). Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, 53:120–128

Kopp MS, Skrabski A, Szedmak S (2000). Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science and Medicine*, 51:1351–1361.

Kuerer HM, Eberlein TJ, Pollock RE; et al. (2007) Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology. *Ann Surg Oncol.*;14(11):3043-3053.

Lai HL, Lin YP, Chang HK, Wang SC, Liu YL, Lee HC et al. (2004). Intensive care unit nurses: Predicting factors for career decisions. *J Clin Nurs* 2008, 17:1886–1896

Lazarus R, Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping.* SpringerVerlag, New York,

Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. (1996) A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry.*;168(3):274-279.

- Lupton D (1995).** *The imperative of health. Public health and the regulated body.* London, Sage Publications
- Marmot M, Wilkinson R, eds (1999).** *The social determinants of health.* Oxford, Oxford University Press.
- Maslach C, Shaufeli B, Leiter P. (2001)** Job burnout. *Annu Rev Psychol* , 52:397–422
- Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M. (2007).** Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med*, 175:693–697
- Micklevitz S. (2001).** Professional burnout in the park and recreation profession. Illinois: Illinois Periodicals online
- Naidoo J, Wills J (2000).** *Health promotion: foundations for practice.* Edinburgh, Harcourt Publishers.
- Potter B.** Job burnout: What it is and what you can do about it? Available from: <http://www.docpotter.com>
- Ruggiero JS.** Correlates of fatigue in critical care nurses. *Res NursHealth* 2003, 26:434–444
- Rydstet I, Strannegard I, Strannegard O. (1984)** Increased serum levels of antibodies to Epstein-Barr virus in adults with history of atopic dermatitis. *IntArchAllergy ApplImmunol*, 75:179–183.
- Sadock BJ, Sadock VA. (2005).** *Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry.* 4th ed. Lippincott, Williams & Wilkins, NY.
- Schindler BA, Novack DH, Cohen DG; et al. (2006)** The impact of the changing health care environment on the health and well-being of faculty at four medical schools. *Acad Med*.;81(1):27-34.
- Selye H. (1985).** The nature of stress. *Basal Facts*, 7:3–11

Shanafelt DT, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and selfreported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002, 136:358–367

Sharma A, Sharp DM, Walker LG; et al. (2008) Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psychooncology*.;17(6):570-576

Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokohama E, Uchiyama M. Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *J Adv Nurs* 2005, 52:445–453

Tones K, Tilford S (2001). *Health promotion: effectiveness, efficiency and equity.* Cheltenham, Nelson Thornes Ltd

Verhaeghe R, Vlerick R, De Backer G, Van Maele G, Gemmel P. (2008). Recurrent changes in the work environment, job resources and distress among nurses: A comparative cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 45:382–392

World Health Organization (2005). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization. Geneva.

Wessely S. (1996) Chronic fatigue syndrome: Summary report of a joint committee of the Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists and General Practitioners. *JCol Physicians Lond*, 30:497–504

Yang MS, Pan SM, Yang MJ. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58:636–641