



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Επείγουσα και Εντατική Φροντίδα Παιδών και Εφήβων

**Διερεύνηση Επαγγελματικής Εξουθένωσης
Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε
Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημιακού
Νοσοκομείου**

Άννα Βαρελίδου

Νοσηλεύτρια ΜΕΘ Παιδών

Επιβλέπων : Μπριασούλης Γ.

Συνεπιβλέπων : Βλασιάδης Κ.

Ηράκλειο 2018

Τριμελής επιτροπή : Μπριασούλης Γ.

Κονδύλη Ε.

Λιονής Χ.

**Στον Άρη και την Χάρις
για την υποστήριξη, την αγάπη και την κατανόηση...**

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στους επιβλέποντες της μελέτης
Μπριασούλη Γ. και Βλασιάδη Κ. Για τις συμβουλές και την καθοδήγησή τους.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΣΕΕ = Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης

ΕΕ = Επαγγελματική Εξουθένωση

Σ.Ε. = Συναισθηματική εξάντληση

Π.Ε. = Προσωπικά επιτεύγματα

ΜΕΘ = Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΜΕΝΝ = Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

ΜΕΘΠ = Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών

ΜΕΠΚ = Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών

BOS = Burnout Syndrome

MBI = Maslach Burnout Inventory

CCSC = Critical Care Societies Collaborative

Περίληψη

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει εξελιχθεί σε ένα παγκόσμια κοινό εργασιακό φαινόμενο. Την τελευταία δεκαετία αρκετές μελέτες έχουν υποδείξει υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ (1). Μια απλή αναζήτηση στην βιβλιογραφία με τους όρους « εργασιακή εξουθένωση » και « μονάδες εντατικής θεραπείας » αποδίδει εκατοντάδες αποτελέσματα. Η επαγγελματική εξουθένωση αφορά όλους τους επαγγελματίες υγείας όμως οι ιατροί και οι νοσηλεύτες των ΜΕΘ βρίσκονται ανάμεσα στους επαγγελματίες με τα υψηλότερα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης (1-3). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει περιγραφεί ως αδυναμία του ατόμου να διαχειρισθεί το προερχόμενο από την εργασία συναισθηματικό stress και έχει σχετισθεί με επιπτώσεις σε διάφορους τομείς όπως τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης ασθενών , χαμηλά επίπεδα προσφερόμενης φροντίδας και αυξημένα ποσοστά παραιτήσεων (3).

Abstract : Burnout syndrome (BOS) has evolved into a global common workplace phenomenon . In the last decade several studies have indicated high levels of burnout among ICU health professionals . A simple literature search on the terms “ burnout “ and “ intensive care unit ” returns hundreds of results. Burnout occurs in all type of health care professionals however doctors and nurses of ICU are among those with the highest rates of burnout . Burnout syndrome has been described as an inability to cope with emotional stress at work and has been associated with many consequences including reduced patient satisfaction, decreased quality of care and increased rates of job turnover

Σκοπός : σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλεύτες των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Επιχειρήθηκε συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με σωματικά συμπτώματα και δημογραφικούς παράγοντες. Τέλος πραγματοποιήθηκε σύγκριση ως προς τον βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης, ανάμεσα στις δύο

επαγγελματικές ομάδες αλλά και ανάμεσα στις διαφορετικές μονάδες εντατικής θεραπείας που συμμετείχαν στην μελέτη.

Aim : the aim of the present study, was to investigate the level of burnout syndrome among the physicians and nurses working in the intensive care units (ICU) of the university hospital of Heraklion in Crete. Attempted correlation of burnout and physical symptoms and demographic factors. Finally a comparison was made, in the level of burnout between the two professional groups and between the different ICU who participated in the study.

Μέθοδος και υλικό: το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 120 ιατροί και νοσηλευτές προερχόμενοι από τις 4 ΜΕΘ του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την συμπλήρωση ενός ειδικά διαμορφωμένου για τις ανάγκες της έρευνας ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά χαρακτηριστικά, σωματικά και ψυχικά συμπτώματα και τέλος το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI).

Method and material : the sample of the study consisted of 120 physicians and nurses coming from the 4 different ICU of the university hospital of Heraklion. Data were collected by filling a specially designed, for the needs of the research, questionnaire, which included demographic characteristics, physical and mental health symptoms and finally the Maslach Burnout Inventory (MBI). Data analysis was conducted by the statistical package SPSS 23.00 and the statistical method was t-test and Anova.

Αποτελέσματα : το 78,6% του δείγματος της μελέτης ήταν γυναίκες, το 59,6% νοσηλευτές, το 45% ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 41-50 ετών, 39 άτομα προέρχονταν από την ΜΕΘ ενηλίκων, 35 από την ΜΕΘ καρδιοπαθών, 25 από την ΜΕΘ παιδών και 21 από την ΜΕΘ νεογνών. Το 35% των συμμετεχόντων ανέφερε 2 συμπτώματα ενώ κυρίαρχο σύμπτωμα αναδείχθηκε το άγχος (65%) το οποίο σχετίστηκε ισχυρά με τον βαθμό της Σ.Ε.. Η μέση τιμή βαθμολογίας των συμμετεχόντων για την συναισθηματική εξάντληση (Σ.Ε.) ήταν 23,8 για την αποπροσωποποίηση και 34 για τα προσωπικά επιτεύγματα. Το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση δεν σχετίστηκαν με το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά στην βαθμολογία της συναισθηματικής εξάντλησης από αυτή των ιατρών ενώ η ΜΕΝΝ παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά στην βαθμολογία της στα Π.Ε. από αυτή των άλλων ΜΕΘ.

Results: 78.6% of the study sample were women, 59.6% nurses, 45% belonged on the age group of 41-50 years, 39 person were coming from adults ICU, 35 from cardiac disease ICU, 25 from children ICU and 21 from neonates ICU. 35% of the participants reported 2 symptoms and stress emerged as the predominant symptom and strongly associated with level of E.E. The average value of the participants for the emotional exhaustion (E.E.) was 23, 8 for the depersonalization and 34 for the personal accomplishments. Gender and marital status were not associated with the level of BOS. The professional group of nurses showed statistically significant differences in their E.E. scores from those of doctors while neonates ICU showed statistically significant differences in their P.A. scores from those of the other ICU.

Συμπέρασμα : Η μελέτη επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα πολλών άλλων μελετών για υψηλά επίπεδα E.E. ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές των ΜΕΘ. Παρότι τα επίπεδα E.E. της έρευνας δεν ξεπερνούν τα κρισιμα βαθμολογικά όρια που τίθενται στην βιβλιογραφία, είναι αρκούντως υψηλά για να χαρακτηρισθούν επικίνδυνα. Κάθε μέλος μιας ομάδας ΜΕΘ βρίσκεται δυνητικά σε κίνδυνο για την ανάπτυξη E.E. Η επαγρύπνηση , η διδασκαλία και η εξάσκηση σε μεθόδους αναγνώρισης συμπτωμάτων και σημείων με σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου κρίνεται αναγκαία.

Conclusion: this study confirms the results of many other studies on high levels of BOS of ICU doctors and nurses. Although the levels of BOS on this study do not exceed the levels set by the bibliography , are quite high to be characterized as dangerous. Every member of an ICU team is at a potential risk for developing BOS. Awareness , teaching and exercising in methods of recognition and treatment considered necessary.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΣΕΕ), (Burnout Syndrome – BOS), έχει εξελιχθεί σε ένα πολύ συχνά συναντούμενο, παγκόσμιο επαγγελματικό φαινόμενο, που κυρίως αφορά εργαζόμενους που απασχολούνται σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών κοινής ωφέλειας (αστυνομικοί, δάσκαλοι, πυροσβέστες καθώς και όλων των ειδικοτήτων επαγγελματίες υγείας)(3).

Τις τελευταίες δεκαετίες, εμφανίζονται στην διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία, πληθώρα μελετών που αφορούν στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων. Ένα μεγάλο μέρος αυτών ασχολείται ιδιαιτέρως με την εμφάνιση του συνδρόμου αυτού ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στο πεδίο των μονάδων εντατικής θεραπείας.

Είναι σαφές ότι λόγω της έντονης ενασχόλησης των ερευνητών και κατ'επέκτασιν της διεθνούς βιβλιογραφίας με το θέμα, τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται υπερβολική χρήση του όρου εργασιακή εξουθένωση και Burnout. Ός εκ τούτου έχει προκύψει μια σύγχυση ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν τις έννοιες αυτές ως απάντηση στην κόπωση, την πίεση και το άγχος που αισθάνονται. Θα πρέπει να καταστεί ξεκάθαρο πως η Επαγγελματική Εξουθένωση δεν είναι συνώνυμο της κόπωσης (fatigue), της αποξένωσης (alientation) και του εργασιακού άγχους (job stress) (4).

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης περιγράφηκε για πρώτη φορά την δεκαετία του 1970. Παρά το γεγονός ότι αναφέρεται στις περισσότερες μελέτες για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, θα αποτελούσε σημαντική παράληψη να μην αναφερθεί στην παρούσα μελέτη το όνομα του Αμερικανού ψυχολόγου Freudenberger ο οποίος για πρώτη φορά όρισε και αναφέρθηκε στον όρο επαγγελματική εξουθένωση το 1974, τοποθετώντας τον θεμέλιο λίθο για τις επόμενες μελέτες πάνω στο θέμα αυτό. Σύμφωνα λοιπόν με τον Freudenberger η επαγγελματική εξουθένωση συνιστά αδυναμία ως προς τις επιδόσεις, εξουθένωση εξαιτίας υπερβολικών απαιτήσεων ενέργειας, δυνατοτήτων και δυνάμεων. Ο επαγγελματίας εμφανίζεται ανελαστικός και άκαμπτος και στέκεται εμπόδιο στις αλλαγές που αποσκοπούν στην πρόοδο του οργανισμού, λόγω του ότι οι αλλαγές αυτές απαιτούν εκ μέρους του επιπλέον προσπάθεια και προσαρμογή. Σκιαφράφησε τον «υπέρ-δεσμευμένο εργαζόμενο», εκείνον δηλαδή που δεν βρίσκει προσωπική

ικανοποίηση εκτός χώρου εργασίας, τον «αφοσιωμένο εργαζόμενο» ο οποίος συνήθως αναλαμβάνει υπερβολικά πολλά εργασιακά βάρη και τον «αυταρικό εργαζόμενο» ο οποίος έχει την αίσθηση πως κανείς άλλος εκτός από τον ίδιο δεν μπορεί να εκτελέσει μια εργασία με την ίδια αποτελεσματικότητα. (Freudenburger H.J. 1975) (5).

Σύμφωνα με τους Maslach και Leiter η εργασιακή εξουθένωση συνιστά μια άμεσα σχετιζόμενη με την εργασία, ομάδα συμπτωμάτων και σημείων, που συνηθέστερα εμφανίζεται ανάμεσα σε επαγγελματίες που δεν έχουν κάποιο ψυχολογικό ή ψυχιατρικό ιστορικό (6).

Οι Edelwich και Brodsky αναφέρουν πως η εργασιακή εξουθένωση εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της ανισορροπίας ανάμεσα στις προσδοκίες και τα ιδανικά του εργαζόμενου και στις πραγματικές απαιτήσεις της εργασίας του. Τα συμπτώματα της εργασιακής εξουθένωσης αναπτύσσονται σταδιακά και σπανίως συναντώνται σε έναν νέο, σε ο,τι αφορά στα έτη εργασίας, εργαζόμενο (7).

Η αίσθηση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι «μια προοδευτική διαργασία απομυθοποίησης της πραγματικότητας και διακρίνεται σε τέσσερα στάδια» (Μισουρίδου Ε.) (8). Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky

- Στάδιο ενθουσιασμού: Ο εργαζόμενος είναι νέος χωρίς μεγάλη επαγγελματική εμπειρία, υπερβολικά υψηλούς στόχους, μη ρεαλιστικές προσδοκίες και υπερεπένδυνε στις σχέσεις με τους ασθενείς και τους συναδέλφους του.
- Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας : ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να αισθάνεται ότι ενώ προσφέρει πολλά, το παραχθέν του έργο δεν ανταποκρίνεται στις βαθύτερες ανάγκες και προσδοκίες του. Αρχίζει να αντιδρά με άσχημο τρόπο σε πράγματα που στο παρελθόν δεν τον ενοχλούσαν και αφιερώνει περισσότερο χρόνο στην εργασία του με την ελπίδα ότι έτσι θα βελτιώσει την ποιότητα των αποτελεσμάτων της δουλειάς του.
- Στάδιο απογοήτευσης και ματαιώσης : ο επαγγελματίας αισθάνεται απογοήτευση, αποθαρρύνεται και συχνά οδηγείται σε καταθλιπτικά συναισθήματα.
- Στάδιο απάθειας : ο επαγγελματίας αισθάνεται κενός και στο τέλος της ημέρας απαθής, αποθαρρυσμένος, επενδύει το ελάχιστο από την ενέργειά του στα καθήκοντά του, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθει ενοχές, δέχεται επικρίσεις, καταφεύγει σε συγκρούσεις ή στην απομόνωση.(7)

Έχουν γίνει αρκετές, με διαφορετικές προσεγγίσεις και αξιόλογες προσπάθειες να προσεγγισθεί εννοιολογικά το σύνδρομο με επικρατέστερη αυτή των Maslach & Jackson το 1986, οι οποίες κατάληξαν έπειτα απο την μελέτη τους οτι η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται απο στρες και εκδηλώνεται σε τρία πεδία : την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και το μειωμένο συναίσθημα για προσωπικά επιτεύματα.

Αναλυτικότερα σε ο,τι αφορά την πρώτη διάσταση, η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί την πιο βαρυσήμαντη απο τις τρεις διαστάσεις. Αφορά στα συναισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, την απώλεια διάθεσης και ενέργειας, και την μείωση των συναισθηματικών αποθεμάτων του ατόμου (Cordes & Dougherty 1993) (9). Αναφέρεται στα αισθήματα που τρέφει το άτομο σαν αποτέλεσμα της συναισθηματικής υπερ-επένδυσης στην επαφή με τους άλλους. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ένας επαγγελματίας : «δεν είναι πως δεν θέλω να βοηθήσω, αλλά δεν μπορώ, φαίνεται πως έχω κουραστεί να συμπάσχω» (Firth – Cozens and Payne, 1999) (10) αφορά στο αίσθημα της ψυχικής κόπωσης, το οποίο καθιστά τον επαγγελματία ανίκανο να επικεντρωθεί στα εργασιακά του καθήκοντα και την «αποστράγγιση» των συναισθημάτων του εργαζομένου που έρχεται σε επαφή με άλλους ανθρώπους στον χώρο εργασίας του (Leitter & Maslach 1988) (11).

Η εξάντληση είναι μια γενικευμένη κόπωση η οποία θα μπορούσε να σχετισθεί με τον υπερβολικά εκτεταμένο χρόνο που αφιερώνει ο επαγγελματίας σε κάποιο έργο που έχει πολύ λίγες πιθανότητες να στευθεί με επιτυχία. Η συνεχιζόμενη και πλήρης φροντίδα, για παράδειγμα, ασθενών που έχουν πολύ μικρό ποσοστό να αναρρώσουν ή έστω να βελτιωθεί η υγεία τους είναι δυνατόν να προκαλέσει συναισθηματική εξάντληση στον επαγγελματία που παρέχει την φροντίδα αυτήν (3).

Η διάσταση της αποπροσωποποίησης χαρακτηρίζεται απο μια αδιάφορη στάση του επαγγελματία απέναντι στην εργασία του και κατ'επέκτασιν απέναντι στους ασθενείς του οι οποίοι είναι και οι τελικοί παραλήπτες της παρεχόμενης φροντίδας ανεξαρτήτου ποιότητας. Ο επαγγελματίας στην προσπάθειά του να αμυνθεί στον συναισθηματικό φόρτο της εργασίας του αναπτύσσει, ως μηχανισμό άμυνας, μια απρόσωπη σχέση με τον ασθενη. Συχνά το βίωμα αυτό εκφράζεται με μη επαγγελματικά σχόλια προς τους συνεργάτες και ασθενείς, έλλειψη ευαισθησίας, ακατάλληλη συμπεριφορά, αγένεια προς ασθενείς και συνεργάτες, αδυναμία έκφρασης συμπόνοιας ή θλίψης όταν κάποιος άσθενής αποβιώσει, επίρριψη ευθυνών στον ίδιο τον ασθενή για την κατάσταση

της υγείας του, γεγονότα που οδηγούν τον επαγγελματία σε απομόνωση και τελικώς σε απόσυρση.

Η διάσταση της μειωμένης αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων «αναφέρεται στα χαμηλά σε επίπεδο συναισθήματα που έχει ο εργαζόμενος για τις ικανότητές του, την παραγωγικότητά του και την αποτελεσματικότητά του» (Leiter & Maslach 1988, Maslach & Goldberg 1998)(11,12) . Τα άτομα έχουν την τάση να υποτιμούν τις όποιες επιτυχίες τους, θεωρούν τους εαυτούς τους ανίκανους να αλλάξουν τα δεδομένα της εργασίας τους και παρουσιάζουν συναισθήματα ανεπάρκειας (6).

Επιπτώσεις

Οι επιπτώσεις της ύπαρξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, μελετώνται τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο οργανισμών υγείας. Απο τις μελέτες φυσικά δεν εξαιρούνται οι επιπτώσεις στα άτομα που δέχονται τις φροντίδες υγείας των οργανισμών και ο κοινωνικός αντίκτυπος εν γένει σε ο,τι αφορά την υγεία σε επίπεδο κοινοτήτων.

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επίπεδο ατόμου και προσωπικότητας, είναι δυνατόν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ατόμων, την σωματική και ψυχική τους υγεία, την κοινωνική τους υπόσταση, την αξιοπιστία τους ως επαγγελματίες, την οικονομική τους κατάσταση, ακόμη και την διατήρηση ή όχι της ζωής τους σε κάποιες περιπτώσεις. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως σύμφωνα με την μελέτη του Baker και των συνεργατών του, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μεταδοτικό (13). Στον πίνακα που ενσωματώνει στην πρόσφατη δημοσίευσή της η CCSC (Critical Care Societies Callaborative) (3) αναφέρονται συνοπτικά τα πιο σημαντικά και συχνά συναντώμενα συμπτώματα ψυχικά, συμπεριφορικά καθώς και σωματικά, τα οποία κρίνονται κρίσιμα για την ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

ΨΥΧΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Απογοήτευση, εκνευρισμός	Εξάντληση
Θυμός	Αυπνία
Φόβος	Μυϊκή ένταση
Άγχος, ανησυχία	Πονοκέφαλος
Ανικανότητα να βιώσει χαρά	Γαστρεντερικές διαταραχές
Απογοήτευση, διάψευση προσδοκιών	
Ανεπαγγελματισμός	
Απελπισία	

έλλειψη ενσυναίσθησης	
Αίσθημα ανεπάρκειας στην εργασία	

(Mark Moss et al , Chest 2016 ; 150(1))

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επίπεδο οργανισμού, μεταφράζονται σε μείωση του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επαναλαμβανόμενες απουσίες, μειωμένη απόδοση, αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης έργου, παραιτήσεις απο το επάγγελμα και μεγάλα κόστη αντικατάστασης (Maslach C. et al 2001)(14).

Ποικίλλοι παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στην απόφαση ενός επαγγελματία υγείας να εγκαταλείψει την εργασία του και να αλλάξει επαγγελματική κατεύθυνση. έχει φανεί όμως, ότι η παρουσία της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά την απόφαση του ατόμου να παραιτηθεί – αποσυρθεί απο το επάγγελμά του (15). Η αύξηση της συχνότητας των πρόωρων αποχωρήσεων μπορεί να επηρεάσει έναν οργανισμό με πικοίλλους τρόπους. Αρχικά επιδεινώνοντας το ήδη υπάρχον ζήτημα της έλλειψης προσωπικού , μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο το επίπεδο παροχής υπηρεσιών(Aiken et al 2002) (16), αυξάνοντας πιθανόν τον κίνδυνο για την εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων που αφορούν την υγεία και την ζωή των ασθενών (17) αλλά και μειώνοντας την παραγωγικότητα, το ηθικό των εργαζομένων και επιβαρύνοντας τον οργανισμό με υψηλά κόστη αντικατάστασης. Η παραίτηση απο το επάγγελμα συναντάται πολύ συχνά σε νοσηλευτές Μονάδων Εντατικής Θεραπείας στις Η.Π.Α. με το ετήσιο ποσοστό να κυμαίνεται μεταξύ του 13% και 20% (18,19), όταν το 2013 το ποσοστό των παραιτήσεων για όλους τους τύπους επαγγελμάτων έφτανε στο 10,4%. Στην μελέτη των Aiken και των συνεργατών, φάνηκε πως απο τους νοσηλευτές που συμμετείχαν το 41% δήλωσε έλλειψη ικανοποίησης απο το επάγγελμα και το 22% σχεδίαζε να εγκαταλείψει το επάγγελμά του, ενώ το 56% απο αυτούς απάντησε ότι επιθυμεί μια λιγότερο στρεσογόνα εργασία (20).

Βάσει στοιχείων που έχει δώσει η Αμερικανική στατιστική υπηρεσία το συνολικό κόστος αντικατάστασης ενός νοσηλευτή μονάδας εντατικής θεραπείας έχει υπολογισθεί πάνω απο 65,000\$ (60). Στις Η.Π.Α. επίσης έχει υπολογισθεί ότι το κόστος αντικατάστασης ενός ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας φτάνει κατά ελάχιστο στα 250,000\$, πιθανότατα αυτό να είναι αρκετά υψηλότερο στην περίπτωση αντικατάστασης ενός ιατρού ΜΕΘ (21). Αντίστοιχες μελέτες για τα ελληνικά δεδομένα δεν βρέθηκαν στην βιβλιογραφία.

Σε επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η επαγγελματική εξουθένωση έχει σχετισθεί με την μείωση της αποδοτικότητας και τις αποτελεσματικότητας των ενεργειών προς τον ασθενή. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι νοσηλευτές με σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

έχουν σχετισθεί με υψηλότερες συχνότητες ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (22).

Σε μελέτη των Leiter και συνεργατών η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών συνδέθηκε με την ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με την φροντίδα που έλαβαν. Εξετάσθηκαν τέσσερις διαστάσεις: η νοσηλευτική φροντίδα, η ιατρική φροντίδα, ο συντονισμός φροντίδας και η διαθεσιμότητα και πληρότητα πληροφοριών. Φάνηκε πως η ικανοποίηση των ασθενών που νοσηλευονταν σε τμήματα όπου οι νοσηλευτές ένιωθαν περισσότερο εξαντλημένοι, κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα (23).

Υπάρχει ισχυρή σύνδεση μεταξύ της ύπαρξης της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εμφάνισης ιατρικών λαθών. Μετά το λάθος οι ιατροί είναι πιθανόν να βιώσουν μια ακολουθία συναισθημάτων, κατ.α βάση άγχος που σχετίζεται με την εργασία, άγχος για πιθανά επόμενα λάθη, απώλεια αυτοπεποίθησης, δυσκολίες στον ύπνο και απώλεια ικανοποίησης από την εργασία (24). Στην μελέτη τους ο Shanafelt και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι οι «εξουθενωμένοι» ιατροί ήταν πολύ πιθανότερο να ανφερθούν σε «μη ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας ασθενών» όπως λάθη στην φαρμακευτική αγωγή, απρεπή συμπεριφορά, ελλείψεις στην διαγνωστική διαδικασία σε μηνιαία ή εβδομαδιαία βάση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν πληρούσαν τα κριτήρια για την επαγγελματική εξουθένωση (25)

ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Η CCSC (Critical Care Society Collaboration) το 2016 δημοσίευσε μια έκκληση για δράση προς τους παρόχους εξειδικευμένης φροντίδας καθώς και τις διοικήσεις των νοσοκομείων, να αναγνωρίσουν την διάχυτη παρουσία της επαγγελματικής εξουθένωσης στο πεδίο των μονάδων εντατικής θεραπείας. Αυτή η έκκληση για δράση αναφέρει ότι θα πρέπει να στρέψουμε την προσοχή μας στις αιτίες και τις επιπτώσεις της εργασιακής εξουθένωσης και να εστιάσουμε εξίσου και στους επαγγελματίες υγείας αλλά και στους οργανισμούς υγείας (26). Σκοπός αυτής της έκκλησης ήταν να εγείρει την ευαισθητοποίηση των μελών της κοινότητας των ΜΕΘ για την επαγγελματική εξουθένωση και να πληροφορήσει τα διάφορα εμπλεκόμενα μέλη για τον ρόλο που θα μπορούσαν να διαδραματίσουν στην μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και των επιβλαβών της επιπτώσεων στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς τους που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση.

Η εργασία σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας αποτελεί εξ ορισμού μια αγχογόνα κατάσταση εξαιτίας της θνησιμότητας και της υψηλού βαθμού

νοσηρότητας και επικινδυνότητας των ασθενών, της συνεχόμενης ανάγκης για ετοιμότητα στο επείγον, της επιτακτικής ανάγκης για πνευματική διαύγεια, της καθημερινής ανάγκης ο εργαζόμενος να μπορεί να ανταπεξέλθει σε υψηλής επικινδυνότητας για τον ασθενή εργασίες ρουτίνας, η τακτική επαφή με ζητήματα ηθικής, η συνεργασία με άτομα που πιθανόν δεν είναι κατάλληλα να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις, η συνεργασία με άτομα που πιθανόν δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στις ΜΕΘ είναι υπεύθυνο για ασθενείς εξαιρετικά ασταθείς, που βρίσκονται σε κίνδυνο για την διατήρηση της ζωής τους, είναι να διεξάγουν συγκεκριμένες διαδικασίες με ακρίβεια και να αντιδρούν άμεσα σε εξαιρετικά επείγοντα θέματα. Τέτοιες συνθήκες εργασίας αποτελούν γόνιμο έδαφος για να αναπτυχθεί η εργασιακή εξουθένωση.

Η εισαγωγή ενός νέου ασθενή σε μια ΜΕΘ είναι πάντοτε μια επείγουσα και απρογραμμάτιστη διαδικασία, κατά την διάρκεια της οποίας οι επαγγελματίες καλούνται να δράσουν άμεσα και αποτελεσματικά σε καταστάσεις πολύπλοκες χωρίς εξασφαλισμένο αποτέλεσμα. Το προσωπικό μιας ΜΕΘ βρίσκεται εμπλεγμένο σε μια κατάσταση κρίσιμων ιατρικών αποφάσεων, συναισθημάτων έντασης και αγωνίας και έντονου αισθήματος ευθύνης απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του. Η κατάσταση αυτή επιτείνεται επιπλέον καθώς το περιβάλλον εργασίας μιας ΜΕΘ αυξάνει ολοένα και περισσότερο τις απαιτήσεις του σε προχωρημένες τεχνικές δεξιότητες σε ο,τι αφορά τις θεραπείες για την διατήρηση της ζωής (27)

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, κατέχουν ένα απο τα υψηλότερα σκόρ (> 50%) που αφορούν στο επίπεδο του συνδρόμου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (59).

Η εργασιακή εξουθένωση των νοσηλευτών στις ΜΕΘ, είναι ένα μεταδοτικό φαινόμενο, μεταδίδεται απο τον ένα επαγγελματία στον άλλο και δεν αφορά συνήθως μεμονομένες περιπτώσεις αλλά ομάδες ατόμων που εργάζονται στον ίδιο χώρο. Στην βιβλιογραφία υπάρχει ο όρος «συναισθηματική μόλυνση» που έχει οριστεί ως « η τάση των ατόμων να μιμούνται αυτόματα και να συγχρονίζουν τις εκφράσεις του προσώπου, λεκτικές εκφράσεις, στάση σώματος και κινήσεις και συνεπώς να συγκλίνουν συναισθηματικά»(28). Υπάρχει το αποτέλεσμα του «συναισθηματικού συντονισμού » που στην περίπτωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού μιας ΜΕΘ μπορεί να δράσει σε δύο επίπεδα. Αφ'ενός σαν παράγοντας ανάπτυξης συνδρόμου στην προσπάθεια να φανταστούν πως νιωθούν οι άλλοι, να βρεθούν στην θέση τους και ως συνεπεια να βιώσουν τα ίδια συναισθήματα (29). Αυτό θα

συμβεί και με την επαφή με άτομα που έχουν ανατύξει ΕΕ αλλά και απο την συνεχή επαφή με ασθενείς και οικογένειες σε κρίσιμη κατάσταση ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη.

Πρόσφατη έρευνα που συμπεριλάμβανε 2100 νοσηλευτές και ιατρούς σε 55 ΜΕΘ τις Ελβετίας, έδειξε ότι οι συναισθηματικά εξανλημένοι επαγγελματίες ήταν λιγότερο διατεθειμένοι να προωθήσουν και να συμμετέχουν με αποτελεσματικό τρόπο σε μια ομαδική εργασία – στόχο, γεγονός που αποδεικνύεται κρίσιμο για την διατήρηση της ασφάλειας των ασθενών(11). Ακόμη και σε περιβάλλοντα υψηλής τεχνολογίας όπως αυτά των ΜΕΘ, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η καλή επικοινωνία, κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικές για την ομαδική εργασία, τον καθορισμό κοινών στόχων, προτεραιοτήτων και τον συντονισμό ενεργειών (30).

Στο περιβάλλον μιας ΜΕΘ, κάποιες συναισθηματικές καταστάσεις είναι πιθανό να εμπλέκονται, να αλληλοκαλύπτουν ή να επιβαρύνουν την επαγγελματική εξουθένωση. Μια τέτοια είναι η ηθική καταπόνηση (Moral Distress) . Επί παραδείγματι μια συχνή κατάσταση η οποία οδηγεί τον επαγγελματία σε MD είναι η διαπίστωση ότι δεν έχει δοθεί η κατάλληλη φροντίδα (ίσως περισσότερη, ίσως λιγότερη) όπως επίσης και η κούραση που προκύπτει απο την συνεχή συμπίνα (9,15-19).

Η ηθική καταπόνηση εμφανίζεται όταν ο επαγγελματίας γνωρίζει ποιά είναι η κατάλληλη και ηθικά ορθή ενέργεια που θα πρέπει να εκτελέσει αλλά αισθάνεται περιορισμένος απο το να προβεί στην πραγματοποίηση της ενέργειας αυτής. Η ηθική καταπόνηση μπορεί να σχετισθεί με εσωτερικούς περιορισμούς όπως : αυτο-αμφιβολία, αγωνία για την πιθανότητα δημιουργίας κάποιας σύγκρουσης και την έλλειψη αυτοπεποίθησης, αλλά και με εξωγενής παράγοντες όπως η ανισότητα, η ανισορροπία σχετικά με τις αντιλήψεις περί εξουσίας, ανεπαρκείς στρατηγικές επικοινωνίας, πίεση για την μείωση του κόστους ή για την αποφυγή νομικών προεκτάσεων (3).

Οι κλινικοί ιατροί θεωρούν μια φροντίδα μη κατάλληλη όταν αυτή δεν ευθυγραμμίζεται με τις επαγγελματικές και επιστημονικές τους γνώσεις ή τα προσωπικά τους πιστεύω. Παραδείγματα θεωρούμενης ακατάλληλης θεραπείας

- Διαφορές ανάμεσα στην δοθείσα θεραπεία και την αναμενόμενη πρόγνωση (περισσότερη ή λιγότερη θεραπεία)
- Θεραπεύοντας ασθενείς που επιμένουν να μην «απαντούν» στην θεραπεία
- Έχοντας την πεποίθηση ότι άλλοι ασθενείς θα επωφελούνταν πολύ περισσότερο απο την θεραπεία – φροντίδα της ΜΕΘ

- Μεταφορά ανακριβών πληροφοριών στην οικογένεια ασθενή
- Μη σεβασμός στις εκδηλωθείσες επιθυμίες του ασθενή
- Η αίσθηση παροχής νοσηλευτικής ή ιατρικής φροντίδας, αμφιβόλου ποιότητας (9)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΜΕΘ

Η φροντίδα των ασθενών σε μια ΜΕΘ απαιτεί εκ μέρους του επαγγελματία συνεχή παρατήρηση και αξιολόγηση οποιασδήποτε κλινικής ένδειξης εκ μέρους του ασθενή, συνεχή προσοχή και εγρήγορση, αυξημένα αντανακλαστικά και γρήγορες ενέργειες.

Τα επαναλαμβανόμενα καθήκοντα, οι εργασιακές απαιτήσεις, οι εργασίες ρουτίνας, το άγχος που προκύπτει από την πίεση της εργασίας και ο γρήγορος βηματισμός συμβάλουν στην ανάπτυξη της εργασιακής εξουθένωσης στους νοσηλευτές των ΜΕΘ (Μουστάκα & Μαλλιάρου 2009) (31). Το κυκλικό ωράριο των νοσηλευτών επηρεάζει αρνητικά την υγεία και την ευεξία τους σε επίπεδο ψυχικό, σωματικό κοινωνικό και εργασιακό (32,33), επίσης έχει φανεί ότι ο έντονος και ταχύς ρυθμός εργασίας επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα του ύπνου και παρεμποδίζει την ανάπαυση(34).

Στο ιδιαίτερο περιβάλλον μιας ΜΕΘ οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να διακριθούν τις παρακάτω κατηγορίες : 1) χαρακτηριστικά προσωπικότητας 2) οργανωσιακοί παράγοντες 3) ποιότητα εργασιακών σχέσεων και τέλος 4) έκθεση σε ζητήματα τέλους ζωής (35).

Τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το άτομο, τα οποία συνδέονται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η ανισορροπία μεταξύ εργασίας και κοινωνικής ζωής, η αυτοκριτική, η συμμετοχή σε μη αποτελεσματικές τακτικές αντιμετώπισης και η στέρηση ύπνου(36). Ιδιαίτεροι τύποι προσωπικότητας όπως οι νευρωτικά άτομα αναφέρονται να εμφανίζουν υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, σε αντίθεση με τους περισσότερο δεκτικούς, εξωστρεφείς και ευσυνείδητους που εμφανίζονται με λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως η τελειομανεία, ο ιδεαλισμός και η υπερ-αφωσίωση, τα οποία συναντώνται συχνότερα στους καλύτερους και πιο παραγωγικούς επαγγελματίες επαγγελματίες, έχει φανεί πως σχετίζονται με την επαγγελματική

εξουθένωση(37). Η επαγγελματική εξουθένωση υπολογίζονταν στο παρελθόν ως φαινόμενο που εμφανίζεται σε προχωρημένο στάδιο της καριέρας ενός ιατρού. Αυτό πλέον δεν ισχύει καθώς οι νεότεροι ιατροί εμφανίζονται να έχουν διπλάσιο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης από τους παλαιότερους συνάδελφους τους (38), ομοίως η ηλικία εμφανίζεται σαν ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για τους νοσηλευτές των ΜΕΘ(39). Η απουσία συντρόφου, συζήγου ή παιδιών έχει επίσης σχετισθεί με υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης(8,20,35).

Οργανωσιακοί παράγοντες : οι οργανωσιακοί παράγοντες γενικότερα αφορούν στον αυξημένο φόρτο εργασίας, την έλλειψη ελέγχου στο επαγγελματικό περιβάλλον , και τις μη προκαθορισμένες αμοιβές (12). Οι οργανωσιακοί παράγοντες φαίνεται να είναι διαφορετικοί για τις δύο επαγγελματικές ομάδες των ΜΕΘ. Σε ο,τι αφορά τους νοσηλευτές η έλλειψη δυνατότητας επιλογής ημέρας ξεκούρασης (repo) , η αδυναμία επιλογής άδειας, το κυκλικό ωράριο, η μη συμμετοχή στις ομάδες εργασίας για την ανάληψη κρίσιμων αποφάσεων και η γρήγορη εναλλαγή των ασθενών, σχετίζεται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης τους(5 ,10). Για την ιατρική ομάδα επιβαρυντικός παράγοντας, φαίνεται να είναι ο αριθμός των μηνιαίων εφημεριών καθώς και το μεγάλο συνήθως διάστημα που μεσολαβεί από την τελευταία τους άδεια (40). Ένας επίσης οργανωσιακός παράγοντας που σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η εργασία σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο και η εργασία σε ΜΕΘ παιδών (41). Άλλος ένας, συχνά υποτιμώμενος παράγοντας που σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση είναι οι διαταραχές του ύπνου των επαγγελματιών. Η εργασία στην ΜΕΘ, επιβάλλει μη συγκεκριμένο ωράριο ύπνου, πολλές φορές και στέρηση επηρεάζοντας έτσι την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου ακόμη και εκτός εργασίας. Έχει φανεί πως οι επαγγελματίες υγείας των ΜΕΘ, συχνά επεκτείνουν τα ωράρια ξεκούρασης και ύπνου εκτός εργασίας σε σχέση με κάποιο άλλο επάγγελμα πρωινού ωραρίου(42).

Αυτό που επηρεάζει με τον ίδιο τρόπο και τις δύο επαγγελματικές ομάδες είναι η ποιότητα των εργασιακών σχέσεων, οι συγκρούσεις και η κακή σχέση εργασίας με τους συνεργάτες (2,43)

Στους παράγοντες που σχετίζονται με ζητήματα τέλους ζωής περιλαμβάνονται οι αποφάσεις για απόσυρση θεραπείας, η συνέχιση φροντίδας ασθενούς με πτωχή πρόγνωση επιβίωσης, η φροντίδα ατόμου που έρχεται σε αντίθεση με το αξιακό σύστημα και τις πεποιθήσεις του επαγγελματία. Η αναγκαιότητα λήψης αποφάσεων που σχετίζονται με ζητήματα ηθικής και οι αποφάσεις για την θεραπεία του ασθενούς επιβαρύνει τις πιθανότητες για επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών.

Έτσι οι νοσηλευτές εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα ηθικής καταπόνησης (Moral Distress) σε ο,τι αφορά τα ζητήματα ηθικής ενώ οι ιατροί για το ίδιο θέμα εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση καθώς είναι υπεύθυνοι για την λήψη αυτών των αποφάσεων (3).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται στις ΜΕΘ του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης και η αναζήτηση των παραγόντων που επιδρούν περισσότερο επιβαρυντικά στην εμφάνιση της . Επιχειρείται συσχέτιση δημογραφικών παραγόντων καθώς και κλινικών συμπτωμάτων με την μέθοδο της αυτοαναφοράς καθώς και σύγκριση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στις δυο επαγγελματικές ομάδες που δραστηριοποιούνται στον ίδιο χώρο αλλά και των διαφορετικών ΜΕΘ μεταξύ τους. Επιχειρείται αναζήτηση και ανάδειξη κλινικών και ψυχικών συμπτωμάτων ως ενδεικτικά για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν με βάση τους ανωτέρω σκοπούς και στάθηκαν αφορμή για την άρση αυτής της μελέτης είναι τα εξής :

- 1) Ποιό είναι το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις μονάδες εντατικής θεραπείας του πανεπιστημιακού νοσοκομείου ηρακλείου;
- 2) Υπάρχει συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς και προσωπικούς παράγοντες ;
- 3) Με ποιό τρόπο οι παράγοντες αυτοί επιδρούν στην επαγγελματική εξουθένωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ;
- 4) Ποιά συμπτώματα προκύπτουν ως περισσότερο ενδεικτικά για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης;
- 5) Υπάρχουν διαφορές στον βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα σε ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται στον ίδιο χώρο ;
- 6) Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ΜΕΘ , ως προς τον βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού τους;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης, κατά την οποία θα εκτιμηθούν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ.

Πληθυσμό-στόχο της έρευνας αποτελεί το σύνολο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου. Συγκεκριμένα 81 νοσηλεύτες και 57 ιατροί. Με σκοπό να υπάρξει ένα δείγμα αντιπροσωπευτικό και αμερόληπτο, από τον πληθυσμό εξαιρέθηκαν οι βοηθοί νοσηλευτών που δεν πραγματοποιούν κυκλικό ωράριο και οι ειδικευόμενοι ιατροί που δεν έχουν ολοκληρώσει πάνω από τρεις μήνες εργασίας στις ΜΕΘ.

Η συλλογή των δεδομένων διεξήχθη το διάστημα μεταξύ φεβρουαρίου και Μαΐου 2018. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει επτά (7) ερωτήσεις που αφορούν σε δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία (φύλλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών, ετήσιο εισόδημα, τμήμα εργασίας και έτη εργασίας). Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει μια ερώτηση πολλαπλής επιλογής και αφορά σε προσωπικά, σωματικά και ψυχικά, συμπτώματα των συμμετεχόντων (πόννοι στην μέση, γαστρεντερικές διαταραχές, ημικρανίες, άγχος, αυπνίες, σεξουαλικές διαταραχές και ελευθερος χώρος γραφής για αναφορά άλλων συμπτωμάτων που δεν αναγράφονται). Στο τρίτο μέρος ενσωματώνεται το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης Maslach Burnout Invertory (MBI). Η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου συλλογής δεδομένων βασίστηκε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, το αποτέλεσμα της οποίας έδειξε ότι το MBI αποτελεί το πλέον τυπικό εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης παγκοσμίως στις μελέτες που αφορούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το MBI έχει σταθμισθεί και μεταφρασθεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής και έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνών στην Ελλάδα (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1992, Παπαδάτου και συν. 1994). Σύμφωνα με την εκτίμηση των ερευνητών, η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου αποτελεί ένα εσωτερικά αξιόπιστο όργανο καταγραφής των συναισθημάτων του ατόμου για την εργασία του, είναι δομικά έγκυρο και σύντομο. (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1992, Παπαδάτου και συν. 1994)(60,61)

Πρόκειται για μια υποκειμενική μέθοδο αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία βασίζεται στην προσωπική γνώμη των εργαζομένων για τις εργασιακές τους συνθήκες.

Περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε τρεις επιμέρους κλίμακες που εννοιολογικά εκφράζονται κάτω από τα ονόματα «συναισθηματική εξάντληση», «αποπροσωποποίηση» και «προσωπικά επιτεύγματα». Οι κλίμακες «συναισθηματική εξάντληση» και «αποπροσωποποίηση» έχουν θετική σχέση με την βαθμολογία (υψηλή βαθμολογία = υψηλή συναισθηματική εξάντληση ή αποπροσωποποίηση), ενώ η κλίμακα «προσωπικά επιτεύγματα» έχει αρνητική σχέση με την βαθμολογία (υψηλή βαθμολογία = υψηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων= χαμηλή επικινδυνότητα για ανάπτυξη Ε.Ε.). Τα άτομα που θα φανεί να βιώνουν συμπτώματα και από τις τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου είναι αυτά που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την εαγγελματική εξουθένωση. Στον πίνακα 1 (60) εμφανίζονται οι ερωτήσεις που αντιστοιχούν σε κάθε κλίμακα, καθώς επίσης και οι βαθμολογίες που αντιστοιχούν στα αντίστοιχα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (χαμηλή, μέτρια, υψηλή). Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο MBI στο σύνολό του.

Πίνακας 1. Περιγραφή ερωτήσεων και κλιμάκων

Κλίμακες	Ερωτήσεις	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική Εξάντληση	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ,20	≤ 20	21-30	≥ 31
Αποπροσωποποίηση	5, 10, 11, 15, 22	≤ 5	6-10	≥ 11
Προσωπικά Επιτεύγματα	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	≥ 42	41-36	≤ 35

(Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου 1992)

Πίνακας 2. Το ερωτηματολόγιο MBI

AA Ερώτηση	Πότε	Λίγες φορές / χρόνο	1 φορά/μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές / μήνα	1 φορά / εβδομάδα	Αρκετές φορές / εβδομάδα	Κάθε μέρα
1 Νιώθω ψυχολογικά εξαντλημένος από την δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
2 Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από την δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
3 Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μια μέρα στη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
4 Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	0	1	2	3	4	5	6
5 Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	0	1	2	3	4	5	6
6 Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη μέρα	0	1	2	3	4	5	6
7 Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	0	1	2	3	4	5	6
8 Νιώθω εξουθενωμένος από την δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
9 Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά την ζωή των ασθενών μου μέσα από την δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
10 Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
11 Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή	0	1	2	3	4	5	6
12 Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	0	1	2	3	4	5	6
13 Νιώθω απογοητευμένος/η από την δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
14 Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στην δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
15 Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
16 Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	0	1	2	3	4	5	6
17 Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
18 Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
19 Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή την δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
20 Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια ... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	0	1	2	3	4	5	6
21 Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στην δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
22 Νιώθω ότι οι ασθενείς μου επιρρίπτουν σε εμένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματα τους	0	1	2	3	4	5	6

Η κλίμακα βαθμολόγησης είναι τύπου Likert με τιμές από 0 έως 6. Οι τιμές αντιστοιχούν στις επιλογές 0= ποτέ, 1= λίγες φορές τον χρόνο, 2= μία φορά τον μήνα ή λιγότερο, 3 = 2-3 φορές τον μήνα, 4 = 1 φορά την εβδομάδα, 5=αρκετές φορές την εβδομάδα, 6= κάθε μέρα. Η τελική βαθμολόγηση της κλίμακας προκύπτει από την άθροιση της βαθμολογίας σε κάθε ερώτηση που την απαρτίζει. Έτσι στην κλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης η βαθμολογία μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 54, στην κλίμακα αποπροσωποποίηση η βαθμολογία μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 30 και στην κλίμακα προσωπικά επιτεύγματα από 0 έως 48.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από την ίδια την ερευνήτρια με φυσική παρουσία στους χώρους των ΜΕΘ. Της συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου από τον συμμετέχοντα προηγούνταν μια σύντομη ενημέρωση για τον σκοπό της μελέτης και την ανωνυμία των συμμετεχόντων και ακολουθούσε η συλλογή των απαντημένων σε διάστημα εντός 2 με 3 ωρών. Η μέθοδος αυτή προέκυψε κατόπιν αποτυχίας προηγούμενης προσπάθειας, κατά την οποία μοιράστηκαν ερωτηματολόγια και δόθηκε προθεσμία ημερών για να απαντηθούν. Το αποτέλεσμα ήταν να χάνεται μεγάλος αριθμός απαντημένων ερωτηματολογίων. Προτιμήθηκε η συλλογή των ερωτηματολογίων σε προσωπικό επίπεδο από την μέθοδο αποστολής τους ηλεκτρονικά ή μέσω μέσων κοινωνικής δικτύωσης καθότι όπως και φάνηκε στην συνέχεια οι συμμετέχοντες είχαν απορίες και ζητούσαν διευκρινήσεις. Είναι αμφίβολο, δεδομένης της έλλειψης χρόνου των εργαζομένων, ότι κάποιος θα κατέθετε τις απορίες του ηλεκτρονικά, θα ανέμενε απάντηση του ερευνητή και κατόπιν θα προχωρούσε σε συμπλήρωση.

Το ποσοστό μη απαντώμενων ερωτήσεων από τους συμμετέχοντες ήταν σχετικά χαμηλό και κυμάνθηκε από 0,0 – 4,2%. Επτά ερωτήσεις ήταν πλήρως απαντημένων (0,0%), 10 ερωτήσεις είχαν μια κενή απάντηση (0,8%), 3 ερωτήσεις είχαν 2 κενές απαντήσεις (1,7%), 1 ερώτηση είχε τρεις κενές απαντήσεις (2,5%), και 1 ερώτηση είχε 5 κενές απαντήσεις (4,2%). Για να αποφευχθεί το συστηματικό σφάλμα στον υπολογισμό των βαθμολογιών των κλιμάκων, οι μη απαντημένες ερωτήσεις (missing values) αντικαταστάθηκαν από την διάμεσο τιμή της ερώτησης.

Οι συντελεστές εσωτερικής συνάφειας Cronbach, ο αριθμός των ερωτήσεων κάθε κλίμακας, καθώς και οι μέσες τιμές των κλιμάκων μετά από την αντικατάσταση με την διάμεσο, παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Οι τιμές του συντελεστή Cronbach κυμάνθηκαν από 0,693 για την κλίμακα «αποπροσωποποίηση» έως 0,852 για την κλίμακα «συναισθηματική

εξάντληση». Οι μέσες τιμές για τις δύο προαναφερθείσες κλίμακες χαρακτηρίζονται ως μέτριες με βάση τα στοιχεία του πίνακα 3, ενώ η μέση τιμή στην κλίμακα «προσωπικά επιτεύγματα» χαρακτηρίζεται ως υψηλή (0,777) .

Πίνακας 3. Τιμές εσωτερικής συνάφειας του chronbach

Κλίμακες	Αριθμός Ερωτήσεων	Cronbach's Alpha	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Συναισθηματική Εξάντληση	9	0,852	23,3	8,9
Αποπροσωποποίηση	5	0,693	8,2	5,2
Προσωπικά Επιτεύγματα	8	0,777	34,2	6,3

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η περιγραφή των βαθμολογιών των κλιμάκων έγινε με την μορφή μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης. Οι διακριτές μεταβλητές, οι ονομαστικές και διατεταγμένες παρουσιάστηκαν με την μορφή συχνότητας και % συχνότητας. Ο έλεγχος Kolmogorov - Smirnov χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση κανονικότητας των βαθμολογιών των κλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η εύρεση στατιστικής διαφοροποίησης μεταξύ των μέσων τιμών δύο ομάδων έγινε με τον έλεγχο t-ανεξάρτητων δειγμάτων (independent samples t-test) και με τον έλεγχο ανάλυσης διασποράς κατά ένα παράγοντα (one - way ANOVA) όταν η σύγκριση έγινε σε πάνω από 2 ομάδες. Σε συνεχείς μεταβλητές όπου παρατηρήθηκε ότι δεν ακολουθείται η κανονική κατανομή , εφαρμόστηκαν οι μη-παραμετρικοί έλεγχοι (Mann -Whitney και Kruskai-Wallis). Η συχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών έγινε για τις διακριτές/ποιοτικές μεταβλητές με τον έλεγχο του χ^2 του Pearson. Για την γραφική αναπαράσταση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ραβδογράμματα (barcharts), θηκογράμματα (Box and Whisker plots). Η εισαγωγή και ο έλεγχος της εγκυρότητας των δεδομένων έγινε με το υπολογιστικό φύλλο EXCEL 2007, ενώ η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 23.0. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε το $\alpha=0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

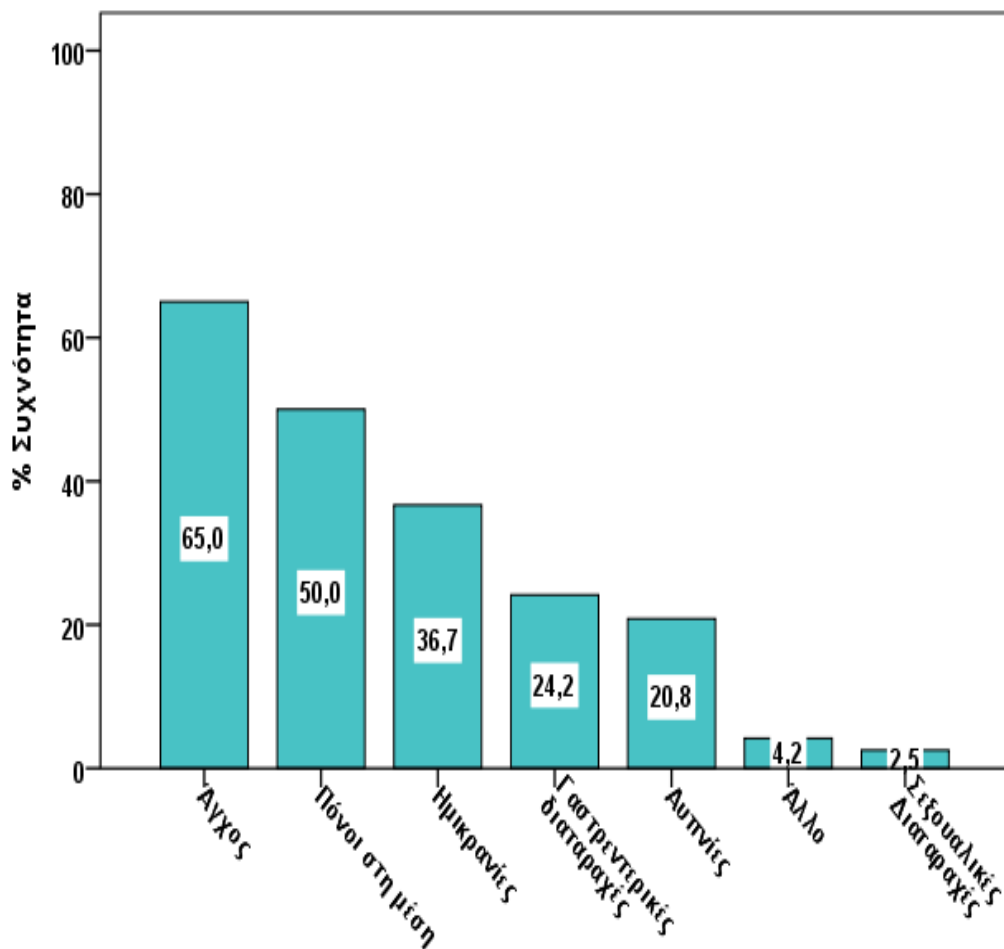
Στην μελέτη συμμετείχαν συνολικά 120 άτομα απο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων εντατικής θεραπείας. Αναλυτικά συμμετείχαν 39 άτομα (32,5%) απο την ΜΕΘ ενηλίκων, 25 άτομα(20,8%) απο την ΜΕΘ παιδων, 21 (17,5%) άτομα απο την ΜΕΝΝ και 35 άτομα (29,2%) απο την ΜΕΠΚ. Οι νοσηλευτές προσέγγισαν το 60% του δείγματος (71 άτομα, 59,2%), με τις γυναίκες στο δείγμα να φτάνουν το 78,6% (92 άτομα). Η ηλικιακή κατανομή έδειξε οτι το 40,0% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 31-40 και το 45% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 41-50. Οι υψηλότερες προυπηρεσίες, 28,6% και 27,7%, παρουσιάστηκαν στα χρονικά διαστήματα 5-10 έτη και >20 έτη αντίστοιχα. Έγγαμοι ήταν το 63,0% του δείγματος (61 άτομα), ενώ μικρά ποσοστά εμφάνισης παρουσιάστηκαν στην εισοδηματική κλίμακα <10.000 € (5,1%) και άνω των 40.000 € (9,3%). Τέλος, ως προς την εκπαίδευση, τα 47 απο τα 52 άτομα που δήλωσαν απόφοιτοι ΑΕΙ ήταν ιατροί, ενώ υπήρξαν 4 νοσηλευτές (3,4 %) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 4. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Δημογραφικά		n	%	Επαγγελματικά		n	%
Φύλο	Άνδρας	25	21,4	Ιδιότητα	Νοσηλευτής	71	59,2
	Γυναίκα	92	78,6		Γιατρός	49	40,8
Ηλικιακή Ομάδα	25-30	4	3,3	Προϋπηρεσία	<5 έτη	13	10,9
	31-40	48	40,0		5-10 έτη	34	28,6
	41-50	54	45,0		10-15 έτη	20	16,8
	51-60	10	8,3		16-20 έτη	19	16,0
	>60	4	3,3		>20 έτη	33	27,7
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/-η	37	31,1	Κλινική Εργασίας	ΜΕΘ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	39	32,5
	Έγγαμος/-η	75	63,0		ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ	25	20,8
	Διαζευγμένος/-η	7	5,9		ΜΕΝΝ ΠΑΓΝΗ	21	17,5
ΜΕΠΚ					35	29,2	
Πτυχίο	ΑΕΙ	52	44,1	Ετήσιο Εισόδημα (€)	<10,000	6	5,1
	ΤΕΙ	61	51,7		10,001-20,000	56	47,5
	ΔΕ Εκπαίδευση	4	3,4		20.001-40,000	45	38,1
	Master/PhD	1	0,8		>40,000	11	9,3

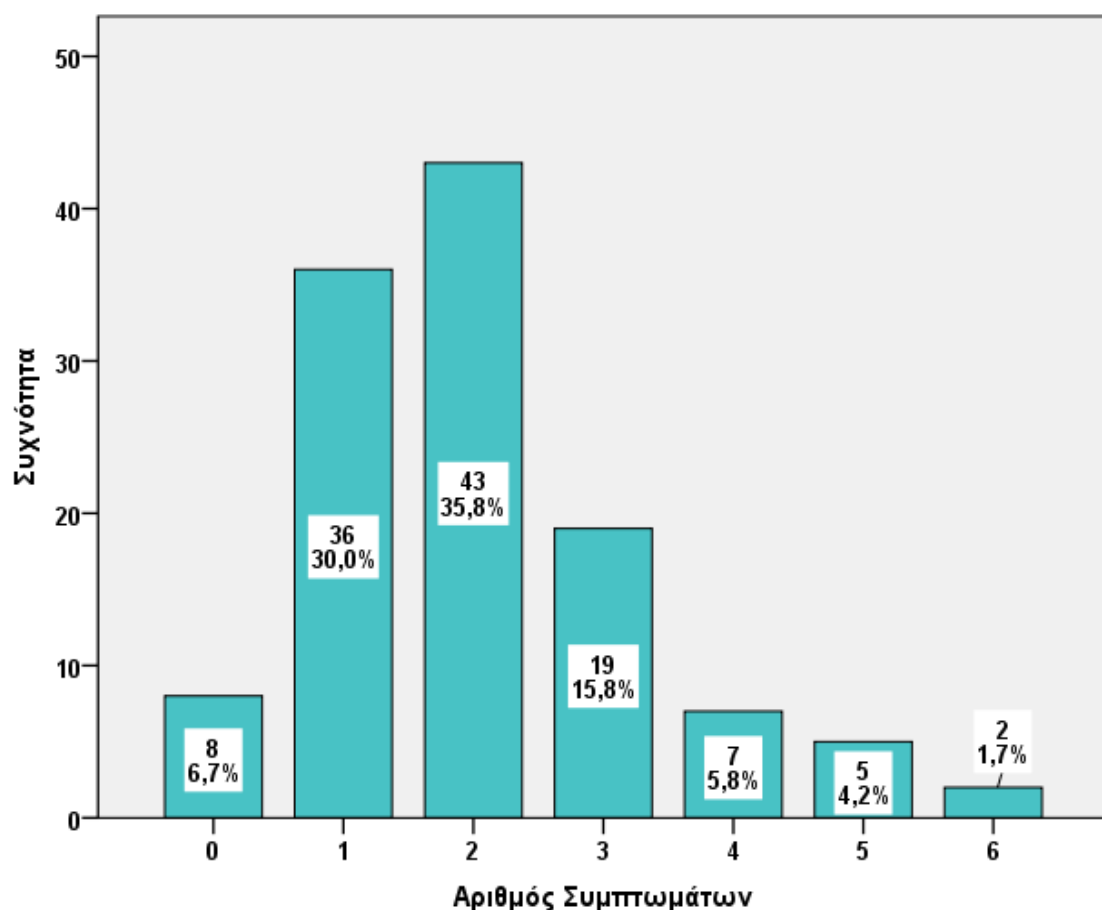
Το πιο συχνά αυτοαναφερόμενο σύμπτωμα ήταν το άγχος με ποσοστό 65,0% (78 άτομα, ακολουθούμενο από τους πόνους στην μέση με ποσοστό 50,0% (60 άτομα). Ποσοστά άνω του 20% παρουσιάστηκαν, σε φθίνουσα σειρά, οι ημικρανίες 36,7% (44 άτομα), οι γαστρεντερικές διαταραχές 24,2% (29 άτομα) και οι αυπνίες 20,8% (25 άτομα). Τα αυτοαναφερόμενα συμπτώματα παρουσιάζονται στο διάγραμμα 1.

Διάγραμμα 1. Αυτοαναφερόμενα συμπτώματα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της έρευνας.



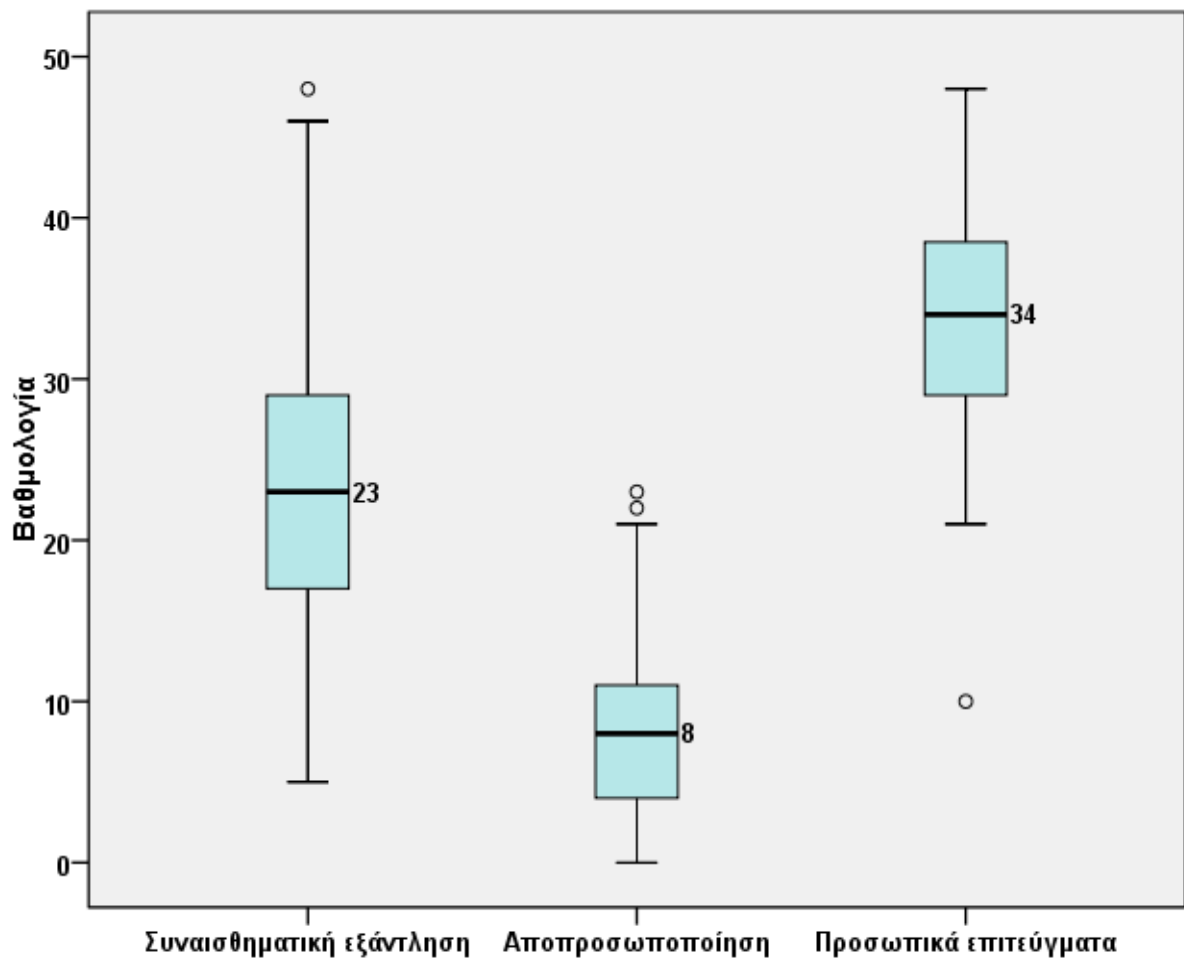
Αναφορικά με τον αριθμό των συμπτωμάτων που ανέφεραν οι συμμετέχοντες, η συχνότερη απάντηση ήταν δύο συμπτώματα με ποσοστό 35,8%, όπως επίσης 2 ήταν και η διάμεση τιμή. Οκτώ άτομα (6,3 %) δεν παρουσίασαν κάποιο σύμπτωμα με βάση τις δηλώσεις τους, ενώ δύο άτομα (1,7 %) δήλωσαν 6 συμπτώματα. Στο διάγραμμα 2 παρουσιάζεται ο αριθμός των αυτοαναφερόμενων συμπτωμάτων του ιατρονοσηλευτικού των ΜΕΘ της μελέτης.

Διάγραμμα 2. Αριθμός αυτοαναφερόμενων συμπτωμάτων ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ της μελέτης



Η βαθμολογία που συγκέντρωσαν οι συμμετέχοντες στις υποκλίμακες «συναισθηματική εξάντληση», «αποπροσωποποίηση» και «προσωπικά επιτεύγματα» παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 3 με την μορφή θηκογράμματος. Οι διάμεσες τιμές για τις τρεις κλίμακες ήταν 28 για την συναισθηματική εξάντληση, 8 για την αποπροσωποποίηση και 34 για τα προσωπικά επιτεύγματα. Στο παράρτημα Α παρουσιάζονται οι απαντήσεις σε κάθε επιμέρους ερώτηση του MBI.

Διάγραμμα 3. Θηκογράμματα κλιμάκων MBI



Η επίδραση των δημογραφικών και των επαγγελματικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων παρουσιάζεται στην ενότητα αυτή. Στον πίνακα 5 παρουσιάζεται η επίδραση του φύλου και άλλων δημογραφικών χαρακτηριστικών στις τρεις υποκλίμακες του MBI. Τα αποτελέσματα ανδεικνύουν ότι το φύλο δεν επηρεάζει καμιά από τις κλίμακες του MBI. Οι μέσοι όροι της συναισθηματικής εξάντλησης δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στο ανδρικό και γυναικείο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ($p=0,953$), όπως επίσης στην κλίμακα αποπροσωποποίηση ($p= 0,217$), αλλά και στην κλίμακα προσωπικά επιτεύγματα ($p=0.992$).

Η επίδραση της ηλικίας έδειξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην κλίμακα προσωπικά επιτεύγματα ($p= 0.008$) παρουσιάζοντας μια εμφανή γραμμική αυξητική τάση με την αύξηση της ηλικίας (25-30: $30,0\pm 6,8$, 31-40: 32.3 ± 5.8 , 41-50: $35,2\pm 6,1$, 51-60: $37,4\pm 6,5$ και >60 : $39,8\pm 5,7$), ενώ δεν φάνηκε να επηρεάζει την βαθμολογία της κλίμακας συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρέασε την βαθμολογία σε καμία από τις τρεις διαστάσεις ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης εμφανίστηκε στατιστικά σημαντικό για την υποκλίμακα συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Έτσι οι απόφοιτοι ΑΕΙ εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση από τους απόφοιτους ΤΕΙ και ΔΕ εκπαίδευσης.

Πίνακας 5. Διαφορές στις κλίμακες MBI σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

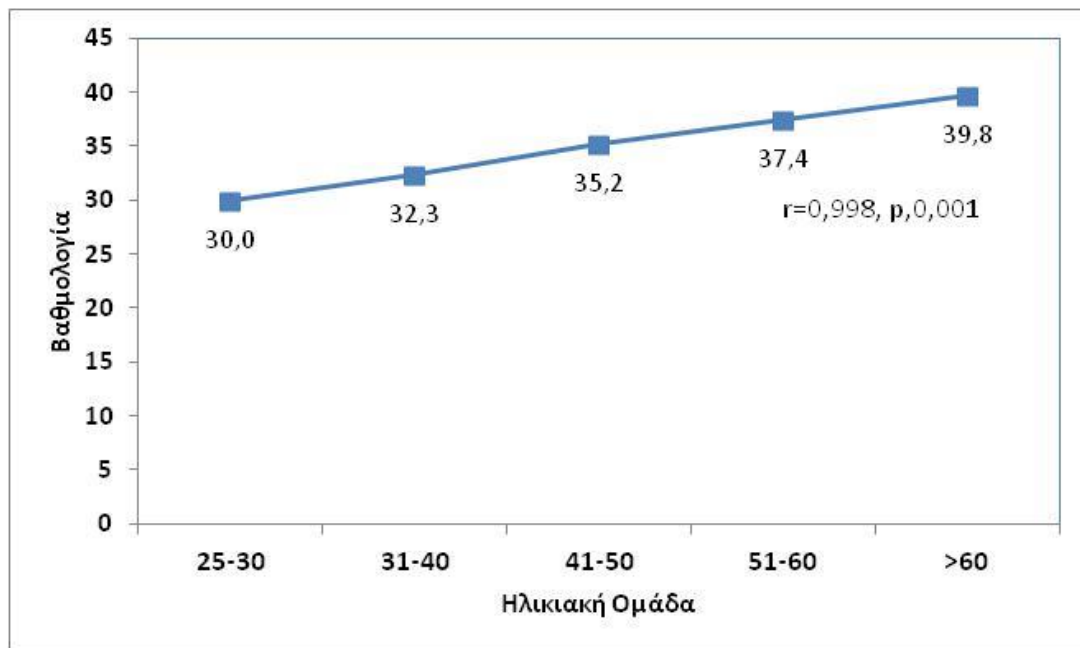
Ιδιότητα	Κλίμακες MBI					
	Συναισθηματική εξάντληση		Αποπροσωποποίηση		Προσωπικά επιτεύγματα	
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Άνδρας (25)	23,2	10,3	9,7	6,5	35,4	5,2
Γυναίκα (92)	23,4	8,6	7,8	4,8	33,9	6,6
p	0,953		0,217 (**)		0,992	
25-30 (4)	24,8	8,5	10,3	1,7	30,0	6,8
31-40 (48)	25,1	8,7	9,0	5,4	32,3	5,8
41-50 (54)	22,9	8,9	7,8	4,9	35,2	6,1
51-60 (10)	19,8	7,8	7,5	6,9	37,4	6,5
>60 (4)	14,5	7,9	3,0	1,4	39,8	5,7
P	0,097		0,061(**)		0,008	
Άγαμος/-η (37)	24,5	8,7	8,6	5,0	31,7	6,2
Έγγαμος/-η (75)	22,6	8,9	8,3	5,2	35,1	6,1
Διαζευγμένος/-η (7)	23,9	10,1	5,6	6,2	37,0	6,1
p	0,953		0,236(**)		0,992	
ΑΕΙ (53)	20,0	8,0	7,1	5,1	35,4	5,6
ΤΕΙ (61)	26,2	8,7	9,0	5,2	33,1	6,7
ΔΕ Εκπαίδευση (4)	23,5	11,7	11,0	4,5	33,3	7,6
p	<0,001		0,039(**)		0,151	

(*) Χρήση Mann-Whitney

(**) Χρήση Kruskal-Wallis

Στο διάγραμμα 4 παρουσιάζεται και η γραμμική συσχέτιση μεταξύ των μέσων ηλικιών κάθε ομάδας με την κλίμακα προσωπικά επιτεύγματα. Ο υπολογιζόμενος συντελεστής κατά Pearson ήταν εξαιρετικά καλός ($r=0,998$, $p<0,001$)

Διάγραμμα 4. Συσχέτιση βαθμολογίας κλίμακας MBI « προσωπικά επιτεύγματα » με την ηλικιακή ομάδα.



Τα καταγραφόμενα επαγγελματικά χαρακτηριστικά όπως η ιδιότητα του ερωτώμενου (ιατρός, νοσηλεύτης), η προϋπηρεσία, η εργασία σε συγκεκριμένη ΜΕΘ αλλά και η οικονομική κατάσταση αναλύονται στον πίνακα 6.

Η συναισθηματική εξάντληση φαίνεται να είναι υψηλότερη στους νοσηλευτές ($25 \pm 9,3$) σε σχέση με τους ιατρούς ($20,6 \pm 7,9$) με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ($p=0,011$). Τάση για στατιστική σημαντικότητα ($0,50 < p < 0,100$) παρατηρήθηκε στην υποκλίμακα συναισθηματική εξάντληση ανάμεσα στο προσωπικό των τμημάτων ($p=0,051$) αλλά και στην οικονομική κατάσταση ($p=0,098$). Στην κλίμακα προσωπικά επιτεύγματα παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική διαφορά με την αύξηση της προϋπηρεσίας ($p=0,011$). Οι ομάδες προϋπηρεσίας 16-20 έτη και >20 έτη παρουσίασαν μέσες τιμές $34,7 \pm 7,2$ και $37,0 \pm 6,0$ αντίστοιχα. Τάση για στατιστική σημαντικότητα ($0,50 < p < 0,100$) παρουσιάστηκε στην ίδια κλίμακα μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ($p=0,057$) και εισοδήματος ($p=0,097$).

Στην κλίμακα αποπροσωποίηση παρατηρήθηκαν μόνο τάσεις για στατιστική διαφοροποίηση μεταξύ των μεταβλητών ιδιότητα ($p=0,072$), τμήματος ($p=0,053$) και εισοδήματος ($p=0,083$).

Πίνακας 6. Διαφορές στις κλίμακες MBI σε σχέση με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Ιδιότητα	Κλίμακες MBI					
	Συναισθηματική εξάντληση		Αποπροσωποποίηση		Προσωπικά επιτεύγματα	
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Νοσηλεύτης (71)	25,0	9,3	8,8	5,2	33,3	6,6
Γιατρός (49)	20,9	7,6	7,3	5,2	35,5	5,7
p	0,011		0,072*		0,057	
<5 έτη (13)	21,3	7,4	9,0	4,9	32,8	6,1
5-10 έτη (34)	24,7	9,3	9,2	5,3	32,1	6,2
10-15 έτη (20)	24,2	6,5	8,1	5,1	33,6	5,0
16-20 έτη (19)	24,6	9,9	8,2	5,4	34,7	7,2
>20 έτη (33)	21,5	9,7	7,0	5,3	37,0	6,0
p	0,486		0,334*		0,022	
ΜΕΘ ΕΝΗΛΙΚΩΝ (29)	26,4	10,1	9,9	5,3	31,8	6,4
ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ (25)	23,1	6,8	7,4	4,6	33,9	6,5
ΜΕΝΝ ΠΑΓΝΗ (21)	21,6	9,7	7,1	5,8	36,8	7,2
ΜΕΠΚ (35)	21,1	7,5	7,4	4,9	35,6	4,5
p	0,051		0,053		0,011	
<10,000 (6)	22,0	8,6	9,5	3,4	32,8	7,5
10,001-20,000 (56)	25,0	9,6	9,1	5,3	33,0	6,6
20.001-40,000 (45)	22,6	8,2	7,3	5,0	35,3	5,3
>40,000 (11)	18,1	6,6	6,3	5,9	37,3	7,1
p	0,098		0,083		0,097	

Τα αυτοαναφερόμενα συμπτώματα και οι διαφορές που μπορεί να παρουσιάζουν στις κλίμακες του MBI, μελετώνται σε αυτήν την ενότητα.

Η συναισθηματική εξάντληση είναι υψηλότερη όταν αυτοαναφέρονται ημικρανίες (26,5±9,2) σε σχέση με αυτούς που δεν αυτοαναφέρουν 21,5±8,2 (p=0.002), ενώ αντίστοιχη σχέση υπάρχει για το σύμπτωμα του άγχους ναι: 25,2±8,3 όχι: 19,9±8,9 (p=0,001). Στην κλίμακα της αποπροσωποποίησης δεν παρουσιάστηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά (p>0,05). Το μόνο αυτοαναφερόμενο σύμπτωμα που επηρεάζει την κλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων είναι τα αυτοαναφερόμενα σεξουαλικά προβλήματα (p=0,007)

Πίνακας 7. Διαφορές στα αυτοαναφερόμενα συμπτώματα στις κλίμακες του MBI

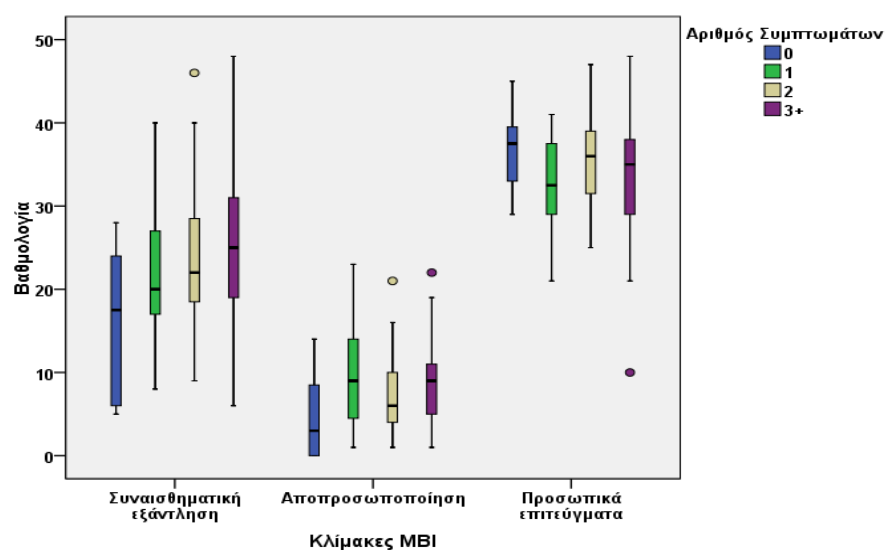
	Κλίμακες MBI						
	Ιδιότητα	Συναισθηματική εξάντληση		Αποπροσωποποίηση (*)		Προσωπικά επιτεύγματα	
		Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Πόνοι στη μέση	Όχι (60)	22,8	8,4	7,8	5,1	34,5	5,6
	Ναι (60)	23,8	9,4	8,6	5,3	33,9	7,0
	p	0,532		0,424		0,584	
Ημικρανίες	Όχι (76)	21,5	8,2	8,0	5,2	34,4	5,8
	Ναι (44)	26,5	9,2	8,4	5,2	33,9	7,1
	p	0,002		0,652		0,708	
Γαστρεντερικές Διαταραχές	Όχι (91)	22,9	8,4	8,4	5,2	33,7	5,2
	Ναι (29)	24,5	10,4	7,5	5,2	35,9	8,8
	p	0,408		0,396		0,092	
Αυπνίες	Όχι (95)	22,9	8,3	8,2	5,2	34,5	5,9
	Ναι (25)	25,1	10,9	8,0	5,1	33,2	7,6
	p	0,268		0,851		0,367	
Άγχος	Όχι (42)	19,9	8,9	8,3	5,6	34,8	6,0
	Ναι (78)	25,2	8,3	8,1	5,0	33,9	6,5
	p	0,001		0,954		0,489	
Σεξουαλικές Διαταραχές	Ναι (3)	23,2	8,7	8,2	5,1	34,5	5,9
	Όχι (117)	30,0	16,1	7,3	10,1	24,7	13,1
	p	0,188		0,439		0,007	
Άλλο	Όχι (115)	23,3	8,9	8,1	5,2	34,1	6,3
	Ναι (5)	24,2	9,8	9,0	5,6	37,4	5,7
	p	0,823		0,693		0,250	

(*) Οι συγκρίσεις έγιναν με Mann-Whitney

Ο αριθμός των αυτοαναφερόμενων συμπτωμάτων εξετάστηκε και ως απόλυτος αριθμός συμπτωμάτων αλλά και ως ομαδοποιημένα κατά αριθμό συμπτώματα με τις κλίμακες MBI. Ασθενής αλλά υπαρκτή συσχέτιση παρουσιάστηκε μεταξύ του απόλυτου αριθμού συμπτωμάτων και της κλίμακας MBI «συναισθηματική κατάσταση» με $r=0,313$, $p<0,001$ ενώ δεν παρουσιάστηκε άλλη συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων και των υπολοίπων κλιμάκων.

Στο Διάγραμμα 5 παρουσιάζονται με τη μορφή θηκογραμμάτων οι βαθμολογίες των κλιμάκων MBI για 0, 1, 2, 3+. Η συναισθηματική εξάντληση είναι στατιστικά σημαντική με τιμή $p=0,021$ με τις τιμές της αυξάνονται με τον αριθμό των συμπτωμάτων ξεκινώντας από τη μέση τιμή $16,0\pm 9,7$ (κανένα σύμπτωμα) και ανεβαίνοντας σε $22,0\pm 7,5$ (1 σύμπτωμα), $23,7\pm 8,2$ (2 συμπτώματα) και $26,1\pm 10,0$ (3+ συμπτώματα). Στην κλίμακα «προσωπικά επιτεύγματα» δεν παρουσιάστηκε σημαντική διαφορά ($p=0,188$). Στατιστική διαφοροποίηση παρουσιάστηκε και στην κλίμακα «αποπροσωποποίηση» με τιμή $p=0,049$ με υψηλότερη μέση τιμή $9,7 \pm 5,7$ για τα άτομα που δήλωσαν 1 σύμπτωμα και χαμηλότερη μέση τιμή $4,6\pm 5,2$ για όσους δεν δήλωσαν σύμπτωμα.

Διάγραμμα 5. Διαφορές μεταξύ κλιμάκων MBI και αριθμού αυτοαναφερόμενων συμπτωμάτων



Παράρτημα Α. Σύνοψη απαντήσεων ερωτηματολογίου MBI

AA Ερώτηση	Πότε		Λίγες φορές / χρόνο		1 φορά / μήν		2-3 φορές / μήνα		1 φορά / εβδομάδα		Αρκετές φορές / εβδομάδα		Κάθε μέρα	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
1 Νιώθω ψυχολογικά εξαντλημένος από την δουλειά μου	2	1,7	20	16,7	23	19,2	32	26,7	25	20,8	15	12,5	3	2,5
2 Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από την δουλειά	17	14,2	33	27,5	26	21,7	24	20,0	13	10,8	6	5,0	1	0,8
3 Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μια μέρα στη δουλειά	6	5,0	23	19,2	29	24,2	23	19,2	17	14,2	18	15,0	4	3,3
4 Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	1	0,8	2	1,7	4	3,3	13	10,8	9	7,5	57	47,5	4	3
5 Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	18	15,0	34	28,3	31	25,8	19	15,8	5	4,2	12	10,0	1	0,8
6 Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη μέρα	21	17,5	42	35,0	18	15,0	21	17,5	9	7,5	7	5,8	2	1,7
7 Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	1	0,8	3	2,5	3	2,5	10	8,3	12	10,0	66	55,0	5	4
8 Νιώθω εξουθενωμένος από την δουλειά μου	4	3,3	17	14,2	22	18,3	33	27,5	20	16,7	19	15,8	5	4,2
9 Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά την ζωή των ασθενών μου μέσα από την δουλειά μου	1	0,8	2	1,7	2	1,7	16	13,3	18	15,0	62	51,7	9	8
10 Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	29	24,2	38	31,7	19	15,8	13	10,8	6	5,0	9	7,5	6	5,0
11 Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή	26	21,7	30	25,0	26	21,7	12	10,0	10	8,3	9	7,5	7	5,8
12 Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	4	3,3	4	3,3	20	16,7	25	20,8	35	29,2	28	23,3	4	3,3
13 Νιώθω απογοητευμένος/η από την δουλειά μου	14	11,7	34	28,3	24	20,0	14	11,7	21	17,5	12	10,0	1	0,8
14 Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στην δουλειά μου	0	0,0	1	0,8	4	3,3	12	10,0	17	14,2	41	34,2	5	5
15 Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου	61	50,8	35	29,2	12	10,0	3	2,5	4	3,3	5	4,2	0	0,0
16 Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	35	29,2	38	31,7	20	16,7	20	16,7	5	4,2	2	1,7	0	0,0
17 Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	1	0,8	4	3,3	3	2,5	8	6,7	30	25,0	55	45,8	9	8
18 Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	0	0,0	4	3,3	22	18,3	23	19,2	26	21,7	34	28,3	1	0,8
19 Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή την δουλειά	0	0,0	4	3,3	7	5,8	18	15,0	28	23,3	45	37,5	8	7
20 Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια ... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	18	15,0	39	32,5	16	13,3	24	20,0	13	10,8	7	5,8	3	2,5
21 Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στην δουλειά μου	0	0,0	8	6,7	10	8,3	20	16,7	30	25,0	45	37,5	7	5,8
22 Νιώθω ότι οι ασθενείς μου επιρρίπτουν σε εμένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματα τους	31	25,8	47	39,2	23	19,2	8	6,7	4	3,3	6	5,0	1	0,8

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου, επιχείρησε να συσχετίσει αυτοαναφερόμενα οργανικά συμπτώματα και δημογραφικούς παράγοντες με την επαγγελματική εξουθένωση και πραγματοποίησε σύγκριση των αποτελεσμάτων ανάμεσα στους επαγγελματίες και τις νοσηλευτικές μονάδες. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως η εργασιακή εξουθένωση είναι παρούσα σε υψηλό βαθμό ανάμεσα στον πληθυσμό των ιατρών και νοσηλευτών που συμμετείχαν σε αυτήν.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν στο σύνολο 120 άτομα ιατροί και νοσηλευτές.

Η ηλικιακή κατανομή έδειξε ότι το 45% του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 41-50 και το 40% στην ομάδα 31-40. Το εύρημα αυτό σε ό,τι αφορά τους νοσηλευτές έρχεται να διαφωνήσει με τις παρατηρήσεις σχετικά με την γήρανση του νοσηλευτικού προσωπικού. Πρόσφατες ελληνικές και διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι η ηλικία του νοσηλευτικού προσωπικού αυξάνει παγκοσμίως λόγω πρόωρης συνταξιοδότησης, έλλειψης προσωπικού και μείωσης προσλήψεων(44). Σχετικά με την ηλικία των εργαζόμενων νοσηλευτών ο Αμερικανικός σύνδεσμος νοσοκομείων αναφέρει ότι η μέση ηλικία των νοσηλευτών που εργάζονταν το 2000 ήταν 42,5 έτη, το 2010 44,6 έτη και το έτος 2020 αναμένεται να φτάσει τα 45,1 έτη (4). Σε ό,τι αφορά τους ιατρούς το ποσοστό των ηλικιών είναι αναμενόμενο αν αναλογισθεί κανείς τα έτη σπουδών και τον χρόνο αναμονής προσλήψεων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η επαγγελματική εξουθένωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ, όπως αυτή καταγράφηκε μέσα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο MBI, βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα. Αναλυτικά, καταγράφηκε υψηλό επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης με $MT= 23$, υψηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης με $MT= 16$ τα οποία είναι δυνατόν να συνδεθούν με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντιθέτως στην υποκλίμακα προσωπικά επιτεύγματα καταγράφηκε βαθμολογία με $MT= 34$ το οποίο αποτελεί ένδειξη χαμηλού κινδύνου για επαγγελματική εξουθένωση.

Τα αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με αρκετές μελέτες που ασχολήθηκαν με το ίδιο θέμα και χρησιμοποίησαν σαν εργαλείο μέτρησης το MBI, όπως η μελέτη των Embriaco N. (2007), στην οποία συμμετείχαν 978 ιατροί ΜΕΘ της Γαλλίας. Τα αποτελέσματά της έδειξαν

υψηλό βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης σε ποσοστό 46,5% των συμμετεχόντων (40). Στην μελέτη της Mealer και των συνεργατών της (2011) στην οποία συμμετείχαν 744 νοσηλευτές ΜΕΘ στην Αμερική φάνηκε ότι οι νοσηλευτές είχαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης με το 80% των συμμετεχόντων να έχουν θετικά συμπτώματα για τουλάχιστον μια από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (61% συναισθηματική εξάντληση, 44% αποπροσωποποίηση και 50% για τα προσωπικά επιτεύγματα)(45). Ομοίως για τα ελληνικά δεδομένα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με την μελέτη των Δουβανά Α.(2011) και των συνεργατών του σύμφωνα με την οποία οι μέσες τιμές που παρουσιάστηκαν για τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ΜΕΘ ήταν 22,02 για την συναισθηματική εξάντληση, 9,02 για την αποπροσωποποίηση και 32,44 για τα προσωπικά επιτεύγματα (46).

Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει η παραδοχή πώς η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα κοινό φαινόμενο ανάμεσα στους ιατρούς των ΜΕΘ με το 45% αυτών να εμφανίζουν συμπτώματα που σχετίζονται με ισχυρή επαγγελματική εξουθένωση (2,41) ενώ για τους νοσηλευτές το ποσοστό βρίσκεται στο 25 – 33 %(40,45,47).

Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι το φύλλο αποτελεί έναν ανεξάρτητο και όχι καθοριστικό παράγοντα στην επαγγελματική εξουθένωση . Στην βιβλιογραφία τα αποτελέσματα για το θέμα αυτό είναι αλληλοσυγκρουόμενα. Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι το φύλλο κρίνεται ως σημαντικός παράγοντας για τις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, με τις γυναίκες να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στις δύο διαστάσεις. Εν παραλλήλω ανευρίσκονται μελέτες που έρχονται σε συμφωνία με την παρούσα, όπου το φύλλο δεν μπορεί να σχετισθεί με τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών(ΑλεξιάςΓ. και συνεργάτες 2011),(Merlani P. , et all 2011) (41,48) (49)

Η ηλικία των επαγγελματιών έδειξε να επηρεάζει αρκετά τα προσωπικά τους επιτεύγματα. Παρατηρήθηκε μια εμφανής γραμμική αυξητική τάση της βαθμολογίας με την αύξηση της ηλικίας. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα αυτήν (>60 ετών MT = 39,8 ±5,7) σε σχέση με τους νεότερους ηλικιακά (25-30 ετών MT= 30). Όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται και η αίσθηση επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται να συμφωνήσει με την μελέτη των Δουβανά Α, και των συνεργατών του (2011) στην οποία βρέθηκε πως η ηλικία των

επαγγελματιών σχετίζεται ισχυρά με τα προσωπικά επιτεύγματα με την ομάδα των 25-30 ετών να παρουσιάζει $MT = 27,4$ και την ομάδα των >50 ετών $MT = 40,7$ (31). Διαφωνία με την μελέτη των Οργανοπούλου και συν. στα αποτελέσματα των οποίων ηλικία δεν σχετίζεται με καμία από τις διαστάσεις(49)

Η οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών δεν φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά τον βαθμό της επαγγελματικής τους εξουθένωσης . Βιβλιογραφικά τα αποτελέσματα σε σχέση με τον δημογραφικό αυτό παράγοντα είναι συγκεχυμένα. Συγκεκριμένα οι Maslach (1982) (4) αναφέρουν ότι οι έγγαμοι επαγγελματίες βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης διότι έχουν αναπτύξει δεξιότητες στην διευθέτηση προσωπικών ζητημάτων. Η CCSC (Critical Care Society Collaborative) στην δημοσίευσή της το 2016 για το ζήτημα αυτό, αναφέρει ότι η απουσία υποστηρικτικού συστήματος εκτός εργασίας όπως σύντροφος, σύζυγος ή παιδιά έχουν σχετισθεί με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (3). Στην μελέτη του Αλεξιά Γ. και των συνεργατών του φάνηκε ότι οι άγαμοι ιατροί βιώνουν μεγαλύτερου βαθμού αποπροσωποποίηση σε σχέση με τους έγγαμους (48) ενώ η οι Παπακωνσταντίνου και συν στην μελέτη τους αναφέρουν πως σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι έγγαμοι νοσηλευτές βίωναν υψηλότερο επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης, χαμηλότερο επίπεδο αποπροσωποποίησης και υψηλότερο επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων σε σχέση με τους άγαμους (4).

Το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων σχετίστηκε με τον βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών με την υψηλότερη εκπαίδευση (ΑΕΙ) να παρουσιάζει χαμηλότερη βαθμολογία στην συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση ενώ αυξημένη στα προσωπικά επιτεύγματα. Όσο υψηλότερο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο χαμηλότερη η συναισθηματική εξάντληση και υψηλότερα τα προσωπικά επιτεύγματα. Η παρατήρηση αυτή συμφωνεί με την μελέτη του Δουβανά και των συνεργατών του (2011)(50) και τους Maslach et al (1981)(51) και Demir et al (2003) (52) οι οποίοι υποστήριξαν ότι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων.

Στην μελέτη πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των επαγγελματικών χαρακτηριστικών όπως ιδιότητα, προυπηρεσία, οικονομικές αποδοχές και εργασία σε συγκεκριμένη ΜΕΘ με τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι παρούσες σε υψηλά επίπεδα και στις δύο επαγγελματικές ομάδες. Οι νοσηλευτές φάνηκε να βιώνουν μεγαλύτερου βαθμού συναισθηματική εξάντληση ($MT = 25,0 \pm 9,3$) σε σχέση με τους ιατρούς ($MT = 20,9 \pm 7,6$), εύρημα που έρχεται σε συμφωνία με την μελέτη των Schooley και συν. (53), την μελέτη των Οργανοπούλου και συν. της οποίας τα ευρήματα έδωσαν μεγαλύτερου βαθμού Ε.Ε στους νοσηλευτές σε σχέση με τους ιατρούς(49). Από την σύγκριση που πραγματοποιήθηκε φάνηκε πως οι ιατροί έχουν ελαφρώς μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων με μικρή διαφορά στην βαθμολογία και μόνο τάση για στατιστική σημαντικότητα ($p = 0,057$). Στην διάσταση της αποπροσωποποίησης μόνο μικρή διαφορά παρατηρήθηκε στην βαθμολογία ανάμεσα στις δύο επαγγελματικές ομάδες.

Από την καταγραφή των αποτελεσμάτων παρουσιάστηκε μια σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα προσωπικά επιτεύγματα με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της μονάδος νεογνών να προηγείται στην βαθμολογία της υποκλίμακας αυτής και να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά από τις υπόλοιπες ΜΕΘ ($p = 0,011$), εύρημα που πιθανόν να σχετίζεται με συναισθηματικές πτυχές της διάσωσης νέων ζώων καθώς και στην συχνή αντιμετώπιση λιγότερο πολύπλοκων καταστάσεων (π.χ. προωρότητα). Στην μελέτη τους οι Λαζαρίδου και οι συν. συμπέραναν πως οι ΜΕΘ παιδών έχει υψηλότερου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση από την ΜΕΘ νεογνών (54). Παράλληλα η ΜΕΘ ενηλίκων προηγήθηκε ελαφρώς βαθμολογικά από τις άλλες ΜΕΘ στην Συναισθηματική εξάντληση και στην Αποπροσωποποίηση με βαθμολογία που έδωσε μόνο τάση για στατιστική σημαντικότητα $p = 0,051$ και $p = 0,053$ αντίστοιχα.

Το εισόδημα δεν φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά την υψηλή κατά τα άλλα βαθμολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης, στις τρεις διαστάσεις της, ανάμεσα στους επαγγελματίες και τα χαρακτηριστικά τους. Οι επαγγελματίες με εισόδημα > 40.000 , οι οποίοι ήταν οι λιγότεροι στο σύνολο των συμμετεχόντων, εμφάνισαν την χαμηλότερη βαθμολογία στην συναισθηματική εξάντληση ($MT = 18,1$) και στην αποπροσωποποίηση $MT (0,083)$ και αντίστροφα υψηλή βαθμολογία στα προσωπικά επιτεύγματα ($MT = 0,097$) χωρίς όμως αυτή η διαφορά να αλλάζει κάτι στο συνολικό στατιστικό αποτέλεσμα.

Η προυπηρεσία των επαγγελματιών εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική στην διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί εύκολα να συνδισαστεί με το αποτέλεσμα που δόθηκε από τον έλεγχο της ηλικίας στην ίδια διάσταση. Αναλυτικά οι ιατροί και οι

νοσηλευτές των ΜΕΘ με μεγαλύτερη προυπηρεσία φάνηκε να απολαμβάνουν μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Αντίστοιχα την χαμηλότερη βαθμολογία στην διάσταση αυτή εμφάνισαν οι επαγγελματίες με προυπηρεσία 5-10έτη, εύρημα που έρχεται σε συμφωνία με την μελέτη των Δουβανά και συν. (50).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που αφορούν στα συμπτώματα το 35,8% των επαγγελματιών αυτοαναφέρει δύο συμπτώματα και το 30% ένα. Πρώτο σε συχνότητα αυτοαναφοράς ανάμεσα στα συμπτώματα εμφανίζεται το άγχος με ποσοστό 65%, ακολουθεί το σύμπτωμα των πόνων στην μέση (50%) και τρίτο οι ημικρανίες (36,7%) .

Τα συμπτώματα που αυτοανέφεραν οι συμμετέχοντες εξετάστηκαν σε σχέση με την βαθμολογία τους στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Έτσι βρέθηκε πως οι ημικρανίες και το άγχος επηρεάζουν σημαντικά την συναισθηματική εξάντληση που βιώνουν οι επαγγελματίες. Φάνηκε πως η συναισθηματική εξάντληση είναι υψηλότερη όταν ο επαγγελματίας αναφέρει άγχος ή ημικρανίες σε σχέση με όταν δεν αναφέρει. Στην μελέτη των Οργανοπούλου και συν. το σύμπτωμα του άγχους σχετίστηκε ισχυρά με την συναισθηματική εξάντληση και την απορροσώποποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Ο βαθμός της αποπροσωποποίησης που βιώνουν οι επαγγελματίες δεν φάνηκε να επηρεάζεται από τα σωματικά συμπτώματα, ενώ ο το επίπεδο έλλειψης των προσωπικών επιτευγμάτων επηρεάστηκε μόνο από τις σεξουαλικές διαταραχές, δηλαδή οι επαγγελματίες που ανέφεραν σεξουαλικές διαταραχές εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία (MT= 24,7) προσωπικών επιτευγμάτων από αυτούς που δεν ανέφεραν (MT= 34,5) .

Μέθοδοι και στρατηγικές αντιμετώπισης της Ε.Ε. είναι μια παράμετρος που δεν εξετάστηκε στην μελέτη αυτή. Ωστόσο η Critical Care Society σε πρόσφατη συνεργατική της δημοσίευσή της συστήνει ότι οι δυνητικές στρατηγικές που ίσως ωφελήσουν την αντιμετώπιση της Ε.Ε σε μια ΜΕΘ θα πρέπει να διακριθούν σε δύο κατηγορίες :

- 1) σε παρεμβάσεις με στόχο την βελτίωση του περιβάλλοντος μιας ΜΕΘ (διαχείριση ή αποφυγή συγκρούσεων, βελτίωση μεθόδων που αφορούν στην φροντίδα τέλους ζωής)
- 2) σε παρεμβάσεις με στόχο την ενίσχυση των επαγγελματιών στην καλύτερη διαχείριση του εργασιακού τους περιβάλλοντος (δεξιότητες επικοινωνίας, συνεργατικότητα, δεοντολογία) (3)

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης είναι ότι τα αποτελέσματά της δείχνουν να συμφωνούν με πολλές άλλες του ίδιου χώρου.

Ωστόσο, η παρούσα μελέτη είναι μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης και αντιπροσωπεύει ένα χρονικό στιγμιότυπο στις ΜΕΘ του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου. Τα αποτελέσματά της δεν θα μπορούσαν να γενικευθούν σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας ή εκτός παρ' όλα αυτά θα μπορούσαν να είναι αντιπροσωπευτικά για άλλα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Επιπλέον ένα ευρύτερο δείγμα θα μπορούσε να αποδώσει διαφορετικά αποτελέσματα και ευκολότερα θα μπορούσαν να γενικευθούν σε περισσότερα νοσοκομεία της χώρας.

Παρ'ότι το MBI είναι ένα ευρέως διαδεδομένο και περισσότερα συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, εντούτοις έχει αμφισβητηθεί ως προς την αξιοπιστία του ως διαγνωστικό εργαλείο. Οι τρεις διαστάσεις του εργαλείου έχουν επίσης υποστεί αμφισβήτηση με κάποιους ερευνητές να υποστηρίζουν πως η ύπαρξη της συναισθηματικής εξάντλησης, από μόνη της, μπορεί να καθορίσει την ύπαρξη της επαγγελματικής εξουθένωσης (55). Επιπροσθέτως μέσω του MBI δεν μπορεί να καταστεί ξεκάθαρο εάν η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια συνεχιζόμενη κατάσταση – βίωμα ή εάν οι επαγγελματίες βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και χρονικά διαστήματα.

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Περετταίρω μελέτες σε μεγαλύτερο δείγμα κρίνονται αναγκαίες προκειμένου να προκύψουν αποτελέσματα που πιθανόν να αφορούν σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Εξαιρετικά χρήσιμες θα μπορούσαν να αποδειχθούν επιπλέον μελέτες στις οποίες θα εξετάζονται εκτός από τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση όπως η πολιτική των ωραρίων και ο φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με την ποιότητα των εργασιακών σχέσεων.

Η κατανόηση των παραγόντων που οδηγούν στην εργασιακή εξουθένωση είναι πολύ πιθανόν να βοηθήσουν την δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης και προστασίας των επαγγελματιών μέσω των οποίων θα λάβουν βοήθεια για το ζήτημα τους αλλά και θα ενισχυθούν στο να αντιληφθούν και να αναλάβουν τις προσωπικές τους ευθύνες γύρω από το ζήτημα αυτό. Η ανάπτυξη τέτοιων προγραμμάτων είναι πιθανόν να οδηγήσει τους επαγγελματίες στην απόφαση να παραμείνουν στις

εργασιακές τους θέσεις ή να βελτιώσουν σημαντικά την εργασιακή τους απόδοση αλλά και την φυσική και πνευματική τους κατάσταση. Δεδομένου ότι παρουσιάζονται διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών ως προς τον βαθμό που βιώνουν την επαγγελματική εξουθένωση, εξαιρετικά χρήσιμες θα ήταν μελέτες για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης τόσο σε κοινό επίπεδο όσο και σε επίπεδο επαγγελματικής ομάδας (για παράδειγμα προγράμματα που να αφορούν μόνο ιατρούς).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά το γεγονός ότι οι μονάδες εντατικής θεραπείας έχουν δημιουργηθεί και αναπτυχθεί για την φροντίδα των κρισιμότερων ασθενών ενός νοσοκομείου, θα πρέπει να περάσουμε στην παραδοχή πως και οι ίδιες ως περιβάλλοντα εργασίας αντιμετωπίζουν το δικό τους κρίσιμο πρόβλημα υγείας. Η παρούσα μελέτη έρχεται να επιβεβαιώσει τα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών για το θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η επαγγελματική εξουθένωση συνιστά ένα κρίσιμο σύνδρομο που επηρεάζει την υγεία, την ευεξία αλλά και τα αποτελέσματα της εργασίας των επαγγελματιών.

Οι επιδράσεις των δημογραφικών, κοινωνικών και επαγγελματικών παραγόντων, όπως προέκυψαν από αυτήν την μελέτη δείχνουν να είναι συνεπής με την διεθνή βιβλιογραφία.

Οι νοσηλευτές των ΜΕΘ που μελετήθηκαν βιώνουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης από τους ιατρούς. Είναι σημαντικό να ανφερθεί ότι η διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης έχει χαρακτηριστεί ως ο σημαντικότερος δείκτης για την επαγγελματική εξουθένωση (59).

Η επαγρύπνηση, η ανάλυση ατομικών και θεσμικών ευθυνών και η ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της «επιδημίας» της επαγγελματικής εξουθένωσης κρίνεται αναγκαία.

Η αναγνώριση και η μέτρηση του προβλήματος αποτελεί μόνο το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση του. Αναγκαία κρίνεται η βαθύτερη κατανόηση, να μελετηθούν προγράμματα παρέμβασης σε επίπεδο πρόληψης και αντιμετώπισης και να περάσουμε στην παραδοχή ότι το ζήτημα αυτό εκτός από θεσμικό αποτελεί και προσωπική ευθύνη. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να καθίστανται ενήμεροι για τα νεότερα δεδομένα, να εξασκηθούν και να διδαχθούν τρόπους αναγνώρισης των συμπτωμάτων, των παραγόντων υψηλού κινδύνου αλλά και στο πώς να

αναζητούν υποστήριξη όταν την χρειάζονται (56). Όπως ανφέρουν στην δημοσίευσή τους οι Azoulay et al (2011) κάθε μέλος μιας ομάδας ΜΕΘ μπορεί να βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς αυτή θεωρείται αναμενόμενη συνέπεια της φροντίδας και της προσφοράς σε ανθρώπους που βρίσκονται σε κρίσιμη για την ζωή τους κατάσταση. Συνεπώς θα πρέπει να αντιμετωπισθεί ως ζήτημα ποιότητας φροντίδας ισάξια με άλλες παροχές φροντίδας όπως η ενδονοσοκομειακή λοίμωξη ή η ατυχηματική αποσωλήνωση (57).

Είναι σημαντικό να συνεχισθούν οι μελέτες στο πεδίο της επαγγελματικής εξουθένωσης προσθέτοντας περισσότερες πληροφορίες προκειμένου να αποσαφηνισθούν πλήρως οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του και να διαχωρισθούν τα συμπτώματα από άλλες συναισθηματικές παθήσεις. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων κάποιας ΜΕΘ για το ζήτημα αυτό θα πρέπει να κοινοποιούνται στους οργανισμούς και να γίνεται σύγκριση αποτελεσμάτων με άλλες ΜΕΘ. Είναι ανάγκη να πραγματοποιηθούν μελέτες κόστους, σε εθνικό επίπεδο, εφαρμογής προγραμμάτων με την βοήθεια των οποίων θα αναγνωρίζεται και θα αντιμετωπίζεται η εργασιακή εξουθένωση.

Η αυτοφροντίδα αποτελεί μέρος του καθήκοντός μας για την φροντίδα των ασθενών μας (58).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. al van MM et. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2018 Jun 19]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26322644>
2. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007 Oct;13(5):482–8.
3. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest*. 2016;150(1):17–26.
4. Παπακωνσταντίνου ΚΑΜ 8881, Παναγοπούλου ΜΑΜ 8724, Φλουρέντζος ΚΑΜ 8807. Επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό. 2016 [cited 2018 Jun 13]; Available from: <http://repository.library.teimes.gr/xmlui/handle/123456789/5332>
5. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract*. 1975;12(1):73–82.
6. Maslach C, Leiter MP, Jossey-Bass. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint; 2014.
7. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions. New York, N.Y.: Human Science; 1980.
8. Η Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική [Internet]. [cited 2018 Jul 3]. Available from: <https://www.hjn.gr/h-%ce%b1%ce%bd%cf%84%ce%b9%ce%bc%ce%b5%cf%84%cf%8e%cf%80%ce%b9%cf%83%ce%b7-%cf%84%ce%b7%cf%82-%ce%b5%cf%80%ce%b1%ce%b3%ce%b3%ce%b5%ce%bb%ce%bc%ce%b1%cf%84%ce%b9%ce%ba%ce%ae%cf%82-%ce%b5%ce%be%ce%bf/>
9. Cordes CL, Dougherty TW. A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *Acad Manage Rev*. 1993;18(4):621–56.
10. Firth-Cozens J, Payne R. Stress in health professionals: psychological and organisational causes and interventions. Chichester; New York: Wiley; 1999.
11. Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organ Behav*. 9(4):297–308.
12. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Appl Prev Psychol*. 1998 Dec;7(1):63–74.
13. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs*. 2005 Aug;51(3):276–87.
14. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397–422.

15. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics*. 2015 Feb;22(1):64–76.
16. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, International Hospital Outcomes Research Consortium. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2002 Feb;14(1):5–13.
17. Whitman GR, Kim Y, Davidson LJ, Wolf GA, Wang S-L. The impact of staffing on patient outcomes across specialty units. *J Nurs Adm*. 2002 Dec;32(12):633–9.
18. Ackerman AD. Retention of critical care staff. *Crit Care Med*. 1993 Sep;21(9 Suppl):S394-395.
19. Retaining Staff- Using Turnover Indices and Surveys. *J Nurs Adm*. 1988 Aug;18(7/8):17.
20. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff Proj Hope*. 2001 Jun;20(3):43–53.
21. Linzer M, Levine R, Meltzer D, Poplau S, Warde C, West CP. 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *J Gen Intern Med*. 2014 Jan;29(1):18–20.
22. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection. *Am J Infect Control*. 2012 Aug;40(6):486–90.
23. Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med* 1982. 1998 Nov;47(10):1611–7.
24. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007 Aug;33(8):467–76.
25. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012 Oct 8;172(18):1377–85.
26. Crowe S, Sullivant S, Miller-Smith L, Lantos JD. Grief and Burnout in the PICU. *Pediatrics*. 2017 May;139(5).
27. Papazian L, Sylvestre A, Herridge M. Should all ICU clinicians regularly be tested for burnout? Yes. *Intensive Care Med*. 2018 May 7;
28. Hatfield E, Rapson RL, Le Y-CL. Emotional Contagion and Empathy. In: Decety J, Ickes W, editors. *The Social Neuroscience of Empathy* [Internet]. The MIT Press; 2009 [cited 2018 Jun 10]. p. 19–30. Available from: <http://mitpress.universitypressscholarship.com/view/10.7551/mitpress/9780262012973.001.0001/upso-9780262012973-chapter-3>
29. Bavelas JB, Black A, Lemery CR, Mullett J. Motor mimicry as primitive empathy. In: *Empathy and its development*. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1987. p. 317–38. (Cambridge studies in social and emotional development).

30. Papazian L, Sylvestre A, Herridge M. Should all ICU clinicians regularly be tested for burnout? Yes. *Intensive Care Med.* 2018 May 7;
31. Δουβανάς Α, Μπάλιου Μ, Παντελάκη Α, Πουσιδέρη Π, Μαρβάκη Χ. Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου. [Httpwww.vima-Asklipiougri](http://www.vima-asklipiougri.gr/) [Internet]. 2015 Jan 22 [cited 2018 Jun 7]; Available from: <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/4573>
32. Κυκλικό ωράριο: Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών [Internet]. [cited 2018 Jun 10]. Available from: <http://www.hjn.gr/%CE%BA%CF%85%CE%BA%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%89%CF%81%CE%AC%CF%81%CE%B9%CE%BF-%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CF%84%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1/>
33. Richardson A, Turnock C, Harris L, Finley A, Carson S. A study examining the impact of 12-hour shifts on critical care staff. *J Nurs Manag.* 2007 Nov;15(8):838–46.
34. IATPOTEK Online [Internet]. [cited 2018 Jul 3]. Available from: <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=19088>
35. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit J-F, Pochard F, et al. Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007 Apr;175(7):698–704.
36. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA.* 2009 Sep 23;302(12):1338–40.
37. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud.* 2015 Jan;52(1):240–9.
38. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med.* 2003 Apr 15;114(6):513–9.
39. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit J-F, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007 Apr 1;175(7):698–704.
40. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007 Apr 1;175(7):686–92.
41. Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B, et al. Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011 Nov 15;184(10):1140–6.
42. Tucker P, Bejerot E, Kecklund G, Aronsson G, Åkerstedt T. The impact of work time control on physicians' sleep and well-being. *Appl Ergon.* 2015 Mar;47:109–16.
43. Chlan LL. Burnout syndrome among critical care professionals: A cause for alarm. *Crit Care Alert.* 2013 Jan 1;21:65–8.

44. Γήρανση του Νοσηλευτικού Προσωπικού και Εργασία – Πρόκληση για τις Υπηρεσίες Παροχής Φροντίδας Υγείας [Internet]. [cited 2018 Jun 7]. Available from: <http://www.hjn.gr/%ce%b3%ce%b7%cf%81%ce%b1%ce%bd%cf%83%ce%b7-%cf%84%ce%bf%cf%85-%ce%bd%ce%bf%cf%83%ce%b7%ce%bb%ce%b5%cf%85%cf%84%ce%b9%ce%ba%ce%bf%cf%85-%cf%80%cf%81%ce%bf%cf%83%cf%89%cf%80%ce%b9%ce%ba/>
45. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *Int J Nurs Stud*. 2012 Mar;49(3):292–9.
46. VA_OP_3_10_03_11.pdf [Internet]. [cited 2018 Jun 7]. Available from: http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2003_11/VA_OP_3_10_03_11.pdf
47. Regan A, Howard RA, Oyebode JR. Emotional exhaustion and defense mechanisms in intensive therapy unit nurses. *J Nerv Ment Dis*. 2009 May;197(5):330–6.
48. Αλεξιάς Γ, Αναγνωστόπουλος Φ, Πιλάτης Ι. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*. 2014 Apr 8;131(131):109–36.
49. Tsironi M, Malliarou M, RN M, Alikari V, Zyga S. Maria Organopoulou, Nurse, MSc. :10.
50. Δουβανάς Α, Μπάλιου Μ, Παντελάκη Α, Πουσδέρηκη Π, Μαρβάκη Χ. *Open Journal Systems*. [cited 2018 Jul 3]; Available from: <http://ejournals.teiath.gr/index.php/tovima/article/view/249>
51. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981 Apr;2(2):99–113.
52. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud*. 2003 Nov;40(8):807–27.
53. Schooley B, Hikmet N, Tarcan M, Yorgancioglu G. Comparing Burnout Across Emergency Physicians, Nurses, Technicians, and Health Information Technicians Working for the Same Organization. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016 Mar 11 [cited 2018 Jun 24];95(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998861/>
54. Lazaridou C, Agakidou E, Diamanti E, Agakidis C. Burnout in doctors and nurses working in neonatal and pediatric intensive care units in a General Hospital. *Aristotle Univ Med J*. 2011 Dec 31;38(3):37–43.
55. Bianchi R. A reflection on the measurement of the burnout syndrome. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. 2015 Mar;22(3):378.
56. Mealer M, Burnham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Moss M. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1118–26.

57. Azoulay E, Herridge M. Understanding ICU Staff Burnout: The Show Must Go On. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011 Nov 15;184(10):1099–100.
58. West CP, Dyrbye LN, Sloan JA, Shanafelt TD. Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. *J Gen Intern Med*. 2009 Dec;24(12):1318–21.