

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟ-
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ
ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΖΥΓΟΥΡΗΣ Κ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 20098**

Επιβλέπων Καθηγητής

Μάρκος Σαρής

ΑΘΗΝΑ 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙ-
ΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟ-
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ
ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΖΥΓΟΥΡΗΣ Κ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 20098**

Επιβλέπων Καθηγητής

Μάρκος Σαρρής

ΑΘΗΝΑ 2022

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

**Επιβλέπων
Καθηγητής**

**Μάρκος Σαρρής
Καθηγητής**

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος

**Σωτήριος Σούλης
Καθηγητής**

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος

**Ασπασία Γούλα
Αν. Καθηγήτρια**

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος **Γεώργιος Ζυγούρης του Κωνσταντίνου** με αριθμό μητρώου **20098** φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστήμων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου». Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι **30 Ιουνίου 2022** και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Επιβλέπων Καθηγητής Μάρκος Σαρρής

Ο/Η Δηλών/ούσα

Υπογραφή



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διερεύνηση του θέματος έχει ιδιαίτερη σημασία διότι το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (εφ εξής ΕΕ) τη βρίσκουμε σε αρκετούς εργασιακούς κλάδους και κυρίως σε κλάδους που επιτελούν κοινωνικό λειτούργημα, όπως ιατρούς, εργαζομένους σε νοσοκομεία, κοινωνικούς λειτουργούς αλλά και εκπαιδευτικούς. (Δρίτσας & Μουρτζούκου, 2009)

Αν και δεν είναι μια διαγνώσιμη πάθηση στο DSM-5, η επαγγελματική εξουθένωση συμπεριλήφθηκε στη Διεθνή Ταξινόμηση Νόσων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-11) το 2019, όπου ορίζεται ως «σύνδρομο» που θεωρείται ότι προκύπτει από χρόνια στρες στο χώρο εργασίας που δεν έχει γίνει η διαχείριση του με επιτυχία.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού ΕΕ στους εργαζομένους της προ-νοσοκομειακής φροντίδας.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλαμβάνει αναζήτηση συστηματικών ερευνητικών μελετών που εκπονήθηκαν σε διεθνές επίπεδο και αναφέρονται στο Σύνδρομο ΕΕ σε διάφορα επαγγέλματα υγείας που εργάζονται κυρίως στον προ-νοσοκομειακό χώρο.

Σκοπός των συστηματικών ανασκοπήσεων που θα αναφερθούν, είναι η κατανόηση και αναγνώριση των συμπτωμάτων της Εργασιακής Εξουθένωσης (ΕΕ) σε μια ομάδα επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην προ-νοσοκομειακή φροντίδα, και ο επαγγελματικός τους τίτλος για την Ελλάδα είναι «διασώστης -πληρώματα ασθενοφόρου».

Στόχος είναι η ανάδειξη του προβλήματος στο προνοσοκομειακό χώρο και η σύνδεση του με τους εργαζομένους στην Ελλάδα που εργάζονται στο ΕΚΑΒ, ώστε να γίνει μια περαιτέρω διερεύνηση σε παραϊατρικές ειδικότητες.

Οι συστηματικές έρευνες που θα μελετήσουμε εμπεριέχουν κυρίως πρωτογενείς έρευνες, που για την τεχνική συλλογή δεδομένων χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια τα οποία δόθηκαν απευθείας στα άτομα ή εστάλησαν μέσω email (όπου στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχουν και email υπενθύμισης για ολοκλήρωση των ερωτηματολογίων).

Λέξεις κλειδιά: επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματίες υγείας, πληρώματα ασθενοφόρων (διασώστες), προ-νοσοκομειακή φροντίδα, συστηματική ανασκόπηση.

ABSTRACT

The study of this topic is particularly important due to the fact that the burnout syndrome (referred as "BS") occurs in several professional sectors and especially in education and Health Care Workers (HCWs), such as teachers, doctors, hospital staff, and social workers. (Dritsas & Mourtzoukou, 2009)

Even though burnout is not diagnosable in the DSM-5, it was included in the World Health Organization's (WHO) International Classification of Diseases (ICD-11) since 2019, where it is defined as a "syndrome" as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. Burn-out refers specifically to phenomena in the occupational context and should not be applied to describe experiences in other areas of life. Burnout Syndrome occurs in any kind of profession.

The primary objective was to examine the changes in the proportion of HCWs focus on pre-hospital workers reporting stress, anxiety, and job burnout. The secondary objective was to examine the extent that objective job characteristics, pre-hospital HCW-perceived job factors, and pre-hospital HCW personal resources were associated with stress, anxiety, and job burnout.

Undertaking a review of the related literature assessment is an important part of any discipline. It helps to map and assesses the existing knowledge and gaps on specific issues which will further develop the knowledge base. We collect all related publications and documents that fit our pre-defined inclusion criteria to answer a specific research question. This study is included many of the international systematic research studies related to Burn out Syndrome across many health care professionals in the pre-hospital sector.

Systematic reviews aim to identify, evaluate, and summarize the findings of burn out syndrome in a group of pre-hospital health care professionals in Greece and especially "Rescuer - Ambulance Staff". The main goal of this study is to highlight the problem in the pre-hospital sector and to underline the relation of HCW (especially HCW - Rescuers at EKAB) and Burn out Syndrome, aiming to a future and further research.

Because of the absence of a generally accepted definition of the syndrome of burnout, its multifactorial origin and the vagueness and subjectivity of the diagnostic criteria, it is difficult to get a clear and correct overview of the prevalence of burnout in this field in Greece.

Therefore, alertness for the phenomenon with prompt recognition together with the development of adequate coping personal and organizational strategies is essential in dealing with this important problem in contemporary healthcare.

Therefore, prospective, longitudinal studies are needed to further explore the causes of burnout and identify the specific instruments to measure Rescuer's well-being. We are also in need of additional prospective studies to identify individual and organizational interventions that can promote wellness and evaluate its effect on productivity, patient care, and patient satisfaction. Of note, well-being may depend on different variables and therefore studies specifically focusing on different subpopulations are needed.

Keywords: burnout syndrome, health care professionals, emergency medical services staff, pre-hospital care, systematic review.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την υπομονή και την στήριξη τους σε όλο αυτό το ταξίδι γνώσεων που μου πρόσφερε το μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τον κ. Μάρκο Σαρρή, επιβλέποντα καθηγητή της εργασίας μου για την πολύτιμη καθοδήγησή του αλλά και για την άριστη συνεργασία και επικοινωνία μας τα χρόνια του μεταπτυχιακού μου.

Επιπροσθέτως με την ανάθεση αυτού του θέματος μου δόθηκε η δυνατότητα να αναδείξω έστω και μέσα από μια διπλωματική εργασία, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Επαγγελματίες Υγείας στο προνοσοκομειακό χώρο των επειγόντων περιστατικών και να δώσω ένα έναυσμα να ξεκινήσουν έρευνες για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στα πληρώματα του ΕΚΑΒ στην Ελλάδα.



Αφιερωμένο σε όλους τους Διασώστες της πρώτης γραμμής του ΕΚΑΒ, με σκοπό την ανάδειξη του έργου τους και του Συνδρόμου της Εργασιακής Εξουθένωσης που υπάρχει στον κλάδο τους

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
Ευρετήριο Ακρωνυμίων.	12
Εισαγωγή.	13
ΜΕΡΟΣ Α	16
Κεφάλαιο 1.....	17
1.1 Επαγγελματική Εξουθένωση (ΕΕ) - Ορισμός.....	17
1.1.1 Νέες προσεγγίσεις	18
1.2 Ιστορική ανασκόπηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	18
1.3 Εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης	19
1.3.1. Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	21
1.3.2 Το Beck Anxiety Inventory (BAI) εργαλείο μέτρηση.....	24
1.4 Προβλήματα από την ΕΕ	24
1.4.1 Αιτιοπαθογένεια της ΕΕ	25
1.4.2 Κυνικότητα εναντίον ενσυναίσθησης.....	26
1.5 Επισκόπηση παραγόντων που ευθύνονται για την εμφάνιση ΕΕ.....	27
1.6 Ανασκόπηση χαρακτηριστικών του burnout.....	29
1.7 Μηχανισμοί προλήψεις burnout	30
1.7.1 Παρεμβάσεις για εντοπισμό και αντιμετώπιση της ΕΕ.....	31
1.7.2 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο	31
1.7.3. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο.....	33
1.8 Εμπειρική προσέγγιση του συνδρόμου ΕΕ.....	36
1.9 Burnout και πως επηρεάστηκε από την πανδημία.	37
Κεφάλαιο 2.....	41
2.1 Ποιότητα ζωής.....	41
2.2 Ιστορική αναδρομή	42
2.3 Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής και την Επαγγελματική Εξουθένωση.	43
2.4 Ερωτηματολόγια μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής	44
Κεφάλαιο 3.....	48
3.1 Η επείγουσα προ-νοσοκομειακή φροντίδα	48

3.2 Το Σύστημα Υγείας στο διεθνές περιβάλλον.....	48
3.3 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα	49
3.4 Το Ε.Σ.Υ και η σύνδεσή του με τους εργαζόμενους	49
3.5 Τα θεωρητικά μοντέλα προσέγγισης ασθενών Scoop and Run VS Stay and Play	50
3.6 Η προνοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα	51
3.7 Η δομή του ΕΚΑΒ.....	51
3.8 Μέσα και υπηρεσίες του ΕΚΑΒ	52
3.8.1 Η δύναμη ασθενοφόρων στην Αττική.....	53
3.9 Ο εξοπλισμός των μέσων διακομιδής	54
3.10 Το προσωπικό του ΕΚΑΒ	57
3.11 Ο ρόλος του διασώστη στην Ελλάδα	57
3.12 Η εκπαιδευτική δράση του ΕΚΑΒ.....	58
3.13 Εμπειρική βιοματική προσέγγιση του ρόλου του διασώστη και τους παράγοντες εμφάνισης ΕΕ	59
3.14 Εμπειρικοί Τρόποι αντιμετώπισης του άγχους στα πληρώματα ασθενοφόρων	62
Κεφάλαιο. 4.....	63
Η οργανωσιακή κουλτούρα και οι υποκουλτούρες	63
4.1. Ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας.....	63
4.2. Υποκουλτούρες	65
4.3. Ο ρόλος της οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας.	66
4.4. Αλλαγή κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας.....	67
ΜΕΡΟΣ Β	69
Κεφάλαιο 5.....	69
5.1 Σκοπός της έρευνας	69
5.2 Μεθοδολογία Συστηματικής Ανασκόπησης	70
5.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	71
5.4 Αποτελέσματα βιβλιογραφικής έρευνας.....	74
5.4.1 Μελέτη Νο1	75
5.4.2 Μελέτη Νο2	80
5.4.3 Μελέτη Νο3	86
5.4.4 Μελέτη Νο4	88
5.4.5 Μελέτη Νο5	94
5.4.6 Μελέτη Νο6	98
5.4.7 Μελέτη Νο7	101

5.4.8 Μελέτη Νο8	104
5.4.9 Μελέτη Νο9	110
5.4.10 Μελέτη Νο10	114
5.5 Συνοπτικός πίνακας βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων	118
Κεφάλαιο 6.....	123
6.1 Απολογισμός ερευνών	123
6.2 Νέες Ερευνητικές Ερωτήσεις.....	125
Κεφάλαιο 7.....	127
7.1 Πρόταση για έρευνα	127
7.2 Ερευνητικοί στόχοι και επιλογή μεθόδου έρευνας	127
7.3 Κύρια ερευνητική υπόθεση.....	127
7.4 Οριοθέτηση πληθυσμού μελέτης και επιλογή δείγματος.....	128
7.5 Συλλογή δεδομένων και όργανο μέτρησης.....	128
Κεφάλαιο 8.....	129
8.1 Συμπεράσματα.....	129
8.2 Συζήτηση.....	131
8.3 Περιορισμοί της Έρευνας.....	131
Βιβλιογραφία.....	136
Ελληνική βιβλιογραφία.....	136
Διεθνής βιβλιογραφία.....	139
Ιστοσελίδες.....	143
Βιβλιογραφία και σύνδεσμοι ερευνών	144
Συμπληρωματική Βιβλιογραφία εντός συστηματικών ερευνών.....	147

Ευρετήριο Ακρωνυμίων.

ΕΕ	Επαγγελματική Εξουθένωση
ΕΥ	Επαγγελματίες Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΚΥ	Κεντρική Υπηρεσία
ΚΙΜ	Κινητή Ιατρική Μονάδα
ΜΑΠ	Μετρά Ατομικής Προστασίας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΖ	Ποιότητα Ζωής
ΣΥΠΖ	Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΜΙΒ	Maslach Burnout Inventory
ΕΜΣ	Emergency Medical Service
ΕΜΤ	Emergency Medical Technical

Εισαγωγή.

Αρκετές μελέτες έχουν παρατηρήσει υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ του προσωπικού της προνοσοκομειακής φροντίδας. Η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει την ευημερία και την ποιότητα ζωής του προσωπικού που επιχειρούν στα επείγοντα.

Οι επαγγελματίες υγείας στα ασθενοφόρα γίνονται όλο και περισσότερο θύματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Για αυτό τις τελευταίες δύο δεκαετίες, υπάρχει έντονο ενδιαφέρον στη μελέτη των επαγγελματιών υγείας που βιώνουν κρίσιμα περιστατικά, για να μελετηθεί το άγχος που βιώνουν εκείνοι που έχουν βοηθήσει τα θύματα κατά την πρώτη προσέγγιση. (Morrison LK., 2014)

Οι επαγγελματίες ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης είναι συνήθως οι πρώτοι στη σειρά που ανταποκρίνονται σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, από φυσικές καταστροφές και κρίσιμα τροχαία ατυχήματα έως μικροτραυματισμούς και ασθένειες. Οι επαγγελματίες του ΕΚΑΒ παρέχουν συνεχώς σωτήρια προνοσοκομειακή περίθαλψη έκτακτης ανάγκης σε άτομα που επηρεάζονται από τραυματικά και ιατρικά επείγοντα περιστατικά. (Donnelly EA., 2016)

Λόγω της απρόβλεπτης φύσης της εργασίας τους, οι επαγγελματίες της προνοσοκομειακής ενδέχεται να εκτεθούν σε συναισθηματικά τραυματικά περιστατικά ενώ υπηρετούν στο καθήκον τους. (Bentley MA et al., 2013) Τέτοια περιστατικά μπορεί να περιλαμβάνουν κακοποίηση ασθενών, παιδιών ή ηλικιωμένων, θάνατος παιδιού, αυτοκτονίες, δολοφονίες και φυσικές καταστροφές. (Moran C. & Britton NR., 1994).

Καθ' όλη τη διάρκεια τέτοιων εκδηλώσεων, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα επείγοντα είναι υποχρεωμένοι να εστιάζουν στο περιστατικό και να διατηρούν την ικανότητά τους να λειτουργούν παρέχοντας ποιοτική φροντίδα ασθενών. (Regehr CG, Goldberg G, και Hughes J., 2002) Τρεις είναι οι μορφές άγχους που βιώνουν οι επαγγελματίες που επιχειρούν σε επείγοντα περιστατικά, αρχικά νιώθουν ότι και αυτοί κάποτε θα πεθάνουν, δεύτερον ότι είναι συναισθηματικά προσκολλημένοι στους ασθενείς τους και τέλος, έχουν μεγάλη αβεβαιότητα κατά τη διάρκεια ενός περιστατικού εάν θα τα καταφέρουν ή εάν θα επιζήσει ο άρρωστος. (Barbee AP et al., 2016)

Το Burnout είναι ένα σύνδρομο που περιγράφεται ως σοβαρή συναισθηματική εξάντληση με κακή προσαρμογή στην εργασία λόγω παρατεταμένου επαγγελματικού στρες. Αυτή η κατάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης συμπεριλαμβάνεται πλέον στη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων και υποδηλώνει το χρόνιο στρες στο χώρο εργασίας (WHO, 2019) Έχει τρία κύρια συστατικά: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένα συναισθήματα προσωπικής ολοκλήρωσης. Οι γιατροί και οι ψυχολόγοι μπορούν να διαγνώσουν την επαγγελματική εξουθένωση με βάση τα κριτήρια της εξάντλησης ενέργειας, της διάσπασης εργασίας και της έλλειψης επαγγελματικής φιλοδοξία (Prior R., 2019) Ωστόσο, για κάθε άτομο, μπορεί να υπάρχουν διάφοροι λόγοι προσωπικής εξουθένωσης. Η εξουθένωση είναι μια μορφή εκτεταμένης αντίδρασης σε χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και κατά συνέπεια έχει ιδιαίτερη σημασία στην υγειονομική περίθαλψη, όπου το προσωπικό βιώνει τόσο σωματικό στρες όσο και ψυχολογικό-συναισθηματικό στρες. (Ford MT. Et al., 2014)

Στα συστήματα επειγόντων, πολλές αιτίες εξουθένωσης φαίνεται να είναι κοινές σε όλα τα άτομα . Μερικές από τις κοινές αιτίες περιλαμβάνουν παρακάτω:

Χαμηλοί μισθοί, Μεγάλος φόρτος εργασίας κατά τη βάρδια, Κακή ανέλιξη σταδιοδρομίας, Έλλειψη ξεκούρασης και Χρόνια κόπωση, Πιθανός στόχος βίας στην εργασία, Συναισθηματική επιβάρυνση, Έλλειψη αποτελεσματικών συστημάτων υποστήριξης. (Blau G, Bentley MA, & Eggerichs PJ., 2012)

Αυτή η μελέτη είχε στόχο να κατανοήσει καλύτερα τι είναι η επαγγελματική εξουθένωση και γιατί συμβαίνει σε παρόχους της προνοσοκομειακής φροντίδας. Μέσω αυτής της έρευνας μπορούν να βρεθούν πιθανές λύσεις για τον μετριασμό της εμφάνισης και της σοβαρότητας αυτής της κατάστασης και να δοθεί το έναυσμα να γίνει μια επιστημονική μελέτη στην Ελλάδα (κάτι που απουσιάζει την δεδομένη στιγμή) , που να μπορεί να μετρήσει το βαθμό εξουθένωσης στα πληρώματα του ΕΚΑΒ. Επιπλέον να αναγνώσει τα αίτια που την προκαλούν, ώστε οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής σε αυτό το τομέα της υγείας να ετοιμάσουν προγράμματα πρόληψης του φαινόμενου καθώς και αντιμετώπισης του.

Για τη συλλογή της βιβλιογραφίας και των συστηματικών ανασκοπήσεων που είναι στο Β μέρος, η παρούσα εργασία στηρίχθηκε κατά κόρον στο διαδίκτυο. Η αναζήτηση κυρίως έγινε στις βάσεις δεδομένων Google Scholar και PubMed . Επίσης χρησιμοποιήθηκαν το sciencedirect, heal-link.gr, PMC article. κ.α

Για την ελεύθερη αναζήτηση επιστημονικών άρθρων χρησιμοποιήθηκε η υπηρεσία VPN του πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής που παρέχετε στους φοιτητές του.

Στην Ελλάδα δυστυχώς δεν βρέθηκε κάποια επιστημονική έρευνα για τους εργαζομένους στο ΕΚΑΒ και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Όσες έρευνες βρέθηκαν ήταν σε επίπεδο εργασιών φοιτητών, ενώ δεν υπήρχαν συστηματικές έρευνες γενικά για τους επαγγελματίες υγείας σε συσχέτιση με το Burnout.

Η αναζήτηση και επιλογή των ερευνών έπρεπε να πληρούν ορισμένα κριτήρια.

Τα κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν: Να είναι συστηματικές ανασκοπήσεις ή μετα-ανασκοπήσεις, να αφορούν επαγγελματίες υγείας κυρίως στο προ νοσοκομειακό χώρο, να είναι μέχρι την τελευταία 15ετία, η γλώσσα γραφής ή μετάφραση τους να είναι στα Αγγλικά ή Ελληνικά και τέλος να υπάρχει εντός της ερευνάς αναφορά στην επαγγελματική εξουθένωση.

Οι χρονικοί περιορισμοί κρίθηκαν αναγκαίοι διότι τα συστήματα προνοσοκομειακής φροντίδας έχουν εξελιχθεί σημαντικά τα τελευταία έτη. Η οργανωτική τους δομή έχει αλλάξει σημαντικά με αποτέλεσμα παλιές έρευνες να μην είναι σχετικές με τα υπάρχοντα προβλήματα.

Λόγω ελλείψεως εργαλείων για τον έλεγχο ποιότητας των ερευνών, αποφασίστηκε να συμμετέχουν μόνο συστηματικές ανασκοπήσεις, που έχουν ήδη συμπεριλάβει εργαλεία ελέγχου ποσότητας και μεροληψίας. Επιπλέον οι συστηματικές ανασκοπήσεις συμπεριλαμβάνουν αρκετά μεγάλο αριθμό ατόμων και μας βοηθάει να κάνουμε ευκολότερα στοχεύμενες συγκρίσεις .

Μέσα από την έρευνα αναδείχθηκαν επιπλέον ενδιαφέροντα θέματα που αφορούν στους διασώστες της επείγουσας ιατρικής και συσχετίζονται με το σύνδρομο της ΕΕ. Όπως τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν από τη βία κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, το πώς λειτουργεί ή όχι η ενσυναίσθηση τους με αποτέλεσμα να μειώνονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες ποιοτικά, θέτοντας την ασφάλεια των ασθενών σε κίνδυνο.

Λόγω ότι δεν υπάρχει μεγάλη βιβλιογραφία και έρευνες για αυτή την ομάδα εργαζομένων κατά την περίοδο της πανδημικής κρίσης, συμπεριληφθήκαν έρευνες από επαγγέλματα που βιώνουν παρόμοιες καταστάσεις και έχουν εκπαίδευση αρκετά παραπλήσια, όπως των ιατρών και των νοσηλευτών, για να καταδείξουν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης στα χρονιά του covid-19.

Επιπλέον δεν εξετάστηκαν μόνο τα πληρώματα- διασώστες που δουλεύουν στην προνοσοκομειακή φροντίδα, αλλά και οι ιατροί και οι νοσηλευτές που συμμετέχουν σε αυτήν. Αποκλείστηκαν όμως επαγγέλματα που είτε χρησιμοποιείται ο όρος διασώστης γενικά, όπως οι πυροσβέστες, είτε είναι και αυτοί πρώτοι ανταποκριτές σε ένα συμβάν, όπως οι αστυνομικοί.

Τέλος στο Α μέρος αναλύθηκε θεωρητικά η επαγγελματική εξουθένωση, τα εργαλεία μέτρησής της καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Έγινε αναφορά στις επιπτώσεις που έχει στην ποιότητα ζωής, αφού πρώτα αναλύθηκε η έννοια ΠΖ. Στους εξωτερικούς παράγοντες αναλύθηκε ο ρόλος της οργανωτικής κουλτούρας και πώς συσχετίζεται με τους εργαζομένους ως προς την ΕΕ. Εξηγήθηκε τι είναι προ νοσοκομειακή φροντίδα και έγινε λεπτομερής περιγραφή για το τι ισχύει στην Ελλάδα και πώς λειτουργεί ο φορέας που την εκπροσωπεί.

ΜΕΡΟΣ Α

Κεφάλαιο 1

1.1 Επαγγελματική Εξουθένωση (ΕΕ) – Ορισμός

Ενώ το Σύνδρομο ΕΕ βρίσκεται υπό διερεύνηση από πολλούς μελετητές και ακαδημαϊκούς, απασχολεί αρκετούς διοικητές και γενικότερα εγείρει το ενδιαφέρον στην επιστημονική κοινότητα, δεν υπάρχει σαφής και αποδεκτός ορισμός. Ο όρος χρησιμοποιείται ως μια γενικότητα που περιβάλλει την ψυχοσωματική κατάσταση του ατόμου και η οποία καθορίζει το πώς αυτή επηρεάζει την απόδοσή του στην εργασία. Όταν το Σύνδρομο προσβάλει τον εργαζόμενο και τον καταλαμβάνει σε μεγάλο βαθμό, η αποδοτικότητά του μειώνεται αισθητά και το ενδιαφέρον του για εργασία παύει να υπάρχει. Στη συνέχεια το Σύνδρομο περνάει και εκτός επαγγελματικού πεδίου και εισβάλλει στην προσωπική του ζωή, δημιουργώντας προβλήματα και προκαλώντας ευρύτερες σωματικές παθήσεις όπως αυτές του καρδιαγγειακού συστήματος, του πεπτικού κ.α.. Συχνά επίσης εμφανίζονται ψυχοσωματικά συμπτώματα έως και κατάθλιψη. (Burke,1996).

Ίσως ο πιο γνωστός και ο πιο αποδεκτός ορισμός έγινε από την ψυχολόγο Christine Maslach (1982), η οποία έχει συνδέσει το όνομά της με την ΕΕ και την περιγράφει ως Σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται όχι μόνο από σωματική εξάντληση αλλά επισημαίνει ότι σε αυτό συμμετέχει και η ψυχική εξάντληση. Κατά την Maslach, το φαινόμενο έχει 3 διαστάσεις α) **συναισθηματική εξάντληση**: είναι η πρώτη φάση όπου ο εργαζόμενος χάνει ενέργεια, καταβάλλεται από σωματική και συναισθηματική κόπωση και παρουσιάζει απώλεια διάθεσης β) **αποπροσωποποίηση**: ο εργαζόμενος απομακρύνεται και αποξενώνεται από τους ασθενείς, τους αντιμετωπίζει απρόσωπα και με κυνικότητα. γ) **έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων**: οι επαγγελματίες υγείας χάνουν το ενδιαφέρον τους για την εξεύρεση λύσης στα όποια προβλήματα εμφανίζονται, δέχονται την εργασία τους σαν ρουτίνα, παραιτούνται από τη διαδικασία εξέλιξής τους και δεν έχουν ενδιαφέρον να συμμετάσχουν σε εκπαιδευτικές διαδικασίες. (Maslach et. al,1996)

1.1.1 Νέες προσεγγίσεις

Η Επαγγελματική Εξουθένωση μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα κοινωνικό φαινόμενο που τις τελευταίες δεκαετίες απασχολεί όλο και περισσότερο τους ερευνητές. Το 1998 είχε γίνει μια προσπάθεια από τους Schaufeli & Enzman να αποδώσουν την Επαγγελματική Εξουθένωση ως ένα ενοποιημένο περιγραφικό μοντέλο, στο οποίο το κίνητρο αποτελεί τη γενεσιουργό αιτία εμφάνισης και ανάπτυξής της στον εργαζόμενο συνδυαστικά με το εργασιακό περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιείται και στο οποίο δεν λαμβάνονται μέτρα αντιμετώπισης ή πρόληψης του φαινομένου.

1.2 Ιστορική ανασκόπηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η Επαγγελματική Εξουθένωση (ΕΕ) είναι μια έννοια που την συναντάμε πρώτη φορά το 1974 (στα αγγλικά burnout). Η αρχική της περιγραφή αφορούσε στα επαγγέλματα ψυχικής υγείας και ο ορισμός της ήταν ένα Σύνδρομο Εξάντλησης. (H. Freudenberger 1974)

Οι ιατροί και οι νοσηλευτές σύμφωνα με τον ψυχολόγο Freudenberger συχνά εμφανίζουν ΕΕ, λόγω του ότι η εργασία τους προϋποθέτει ένα είδος αυτοθυσίας και είναι δύσκολο να τη βγάλουν εις πέρας. (Pubmed, 2013)

Με την πάροδο του χρόνου πολλοί ήθελαν να δώσουν και άλλους ορισμούς. Οι Perlamn & Hartman, 1982 ορίζουν την εξάντληση ως απόκριση στο χρόνιο συναισθηματικό άγχος με τρία συστατικά: συναισθηματική και σωματική εξάντληση, μειωμένη παραγωγικότητα εργασίας και αποπροσωποποίηση. Οι Pines & Arosen, το 1982 ορίζουν την εξουθένωση ως κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης που προκαλείται από μακροχρόνια εμπλοκή σε καταστάσεις που είναι συναισθηματικά απαιτητικές. Η εξάντληση μπορεί επίσης να οριστεί ως μια σοβαρή συνέπεια του παρατεταμένου άγχους στην εργασία που αναπτύσσεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας και η ικανότητα του ατόμου βρίσκονται σε ανισορροπία για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Schaufeli & Enzmann 1998)

Στην Ελλάδα μέχρι και τον προηγούμενο αιώνα υπήρχαν ελάχιστες αναφορές και οι έρευνες ήταν λιγοστές, το ενδιαφέρον για μελέτη του φαινομένου άρχισε την τελευταία δεκαετία και μαζί ξεκίνησαν και οι έρευνες στους εργαζομένους για ανάδειξή του. Οι

έρευνες γίνονται σε στοχευμένες επαγγελματικές ομάδες και το επιστημονικό ενδιαφέρον είναι μεγάλο. (Μπελλαλή και συν., 2007)

Συχνά συγχέονται οι έννοιες της ΕΕ με το επαγγελματικό άγχος, έτσι οι περισσότεροι ερευνητές ορίζοντας την ΕΕ θέλησαν να δώσουν έμφαση στο διαχωρισμό που υπάρχει μεταξύ τους. (Καντάς 1996)

1.3 Εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης

Αρκετά ερωτηματολόγια έχουν αναπτυχθεί για τη μέτρηση της ΕΕ, όπως Staff Burnout Scale for Health Professionals (Jones, 1980) & Burnout Measure (Pines & Aronson, 1988).

Οι περισσότερες έρευνες χρησιμοποιούν το Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Christine Maslach, (Maslach Burnout Inventory, MBI) που μετρά τις τρεις διαστάσεις του Συνδρόμου:

(α) Τη συναισθηματική εξάντληση, (β) την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και (γ) την αποπροσωποποίηση (αναλύονται παρακάτω), επίσης προσθέτουν ερωτήσεις που σχετίζονται με γενικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων (δημογραφικά, στοιχεία εκπαίδευσης και εισοδήματος, ενδιαφέροντα). Όταν η έρευνα είναι συνδυαστική χρησιμοποιούνται και άλλα ερωτηματολόγια, όπως π.χ. η μέτρηση της ποιότητας της ζωής Kruskal, ή η μέτρηση της κατάθλιψης (Beck) και το ερωτηματολόγιο των Guin-Cameron για τη μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας.

Το MBI έχει αποδειχθεί ότι είναι το πιο έγκυρο και αξιόπιστο πολυδιάστατο όργανο για τη μέτρηση της εξάντλησης στην ανθρώπινη εργασία. Παρέχει αξιοπιστία, εγκυρότητα και οι τρεις διαστάσεις του παραμένουν αμετάβλητες ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες. (Schaufeli & van Dierndock 1993)

Η δομή τριών παραγόντων του MBI με συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και προσωπική επίτευξη ως διακριτούς παράγοντες, έχει επιβεβαιωθεί σε αρκετές μελέτες (Lee & Ashorth 1990/ Evans & Fiscer 1993/ Schaufeli & vanDierndock 1993 / Richardsen & Martinuseen 2004).

Το ερωτηματολόγιο της Maslach χρησιμοποιεί 22 δομημένα ερωτήματα που με αυτά μελετάμε τις τρεις διαστάσεις. (Maslach, 1982)

Χρησιμοποιείται η κλίμακα Likert για τις απαντήσεις, με το 0 να αποτυπώνει την μη εμφάνιση συναισθημάτων και το 6 που είναι το ανώτερο επίπεδο να αποτυπώνει τη συχνή παρουσία των συναισθημάτων στο εργαζόμενο.

- Η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) μετρά το βαθμό στον οποίο το άτομο έχει συναισθηματική φόρτιση και νιώθει εξαντλημένο. Είναι από τα πιο σημαντικά στοιχεία του ερωτηματολογίου διότι αναδεικνύει τα αποθέματα δυνάμεων και συναισθηματικών πόρων που εξαντλεί ο εργαζόμενος.
- Η αποπροσωποποίηση (depersonalization) περιγράφει τη μεταβολή στη συμπεριφορά του ατόμου κατά τη συναναστροφή με άλλα άτομα, απομακρύνοντάς το από τον κοινωνικό του κύκλο, επίσης αποτυπώνει το γεγονός ότι αντιμετωπίζει τους ασθενείς με έντονη κυνικότητα.
- Η μειωμένη προσωπική επίτευξη (reduced personal accomplishment) απεικονίζει την τάση του ανθρώπου να έχει χαμηλή επίδοση στην εργασία, ελάχιστη αποδοτικότητα, μειωμένο ενδιαφέρον για εκμάθηση σε νέες τεχνολογίες, καθώς και απογοήτευση ως προς τις αρχικές του προσδοκίες τις οποίες έθετε στην έναρξη της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας.

Η Maslach στην πάροδο του χρόνου άλλαξε τις δυο τελευταίες ονομασίες των διαστάσεων σε πιο γενικές. Η αποπροσωποποίηση περιγράφεται πλέον ως έλλειψη εμπιστοσύνης στους ανθρώπους στο χώρο εργασίας, ενώ η μειωμένη επίτευξη μετονομάζεται σε μειωμένη αποτελεσματικότητα στην εργασία ως προς την παραγωγικότητα και τη μη συμμετοχή στην εκμάθηση που αφορά στους παράγοντες της εργασίας. (Leiter&Maslach, 1988)

Αυτό έγινε για να συμμετέχουν στις μετρήσεις αρκετά επαγγέλματα και όχι μόνο αυτοί που ασκούσαν το επάγγελμα του λειτουργού υγείας. Το πρώτο ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε πάνω σε αυτούς και είχε κενό στην κάλυψη όλων των υπό μελέτη επαγγελματιών που θα χρησιμοποιούνταν. Η νέα κλίμακα ονομάζεται Maslach Burnout Inventory –General Survey (MBI-GS). Τα ερωτήματα βαθμολογούνται και αυτά με την κλίμακα Likert, όπως η πρώτη.

Κάποια άλλα εργαλεία μέτρησης του Συνδρόμου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης είναι η κλίμακα BI (Burnout Inventory - BI) έχει 21 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται με

την κλίμακα Likert με το 0 να είναι ισοδύναμο με το «ποτέ» και το 6 να αναφέρεται στο «πάντα». Η βαθμολογία είναι ο μέσος όρος των απαντήσεων. Το ερωτηματολόγιο διερευνά τα τρία στοιχεία του Συνδρόμου, όπως αναφέρθηκε στην παραπάνω κλίμακα της Maslach. Σε αυτήν την κλίμακα δεν υπάρχει συγκεκριμένος τύπος εργασίας, ωστόσο είναι εξίσου αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο. (Pines, Aronson, Kafry, 1981)

Η κλίμακα προσωπικού περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο – Staff Burnout Scale(sbs), που απευθύνεται στα επαγγέλματα υγείας. Η δομή του στηρίζεται στην κλίμακα της Maslach, και έχει 30 ερωτήσεις, από αυτές οι 10 τελευταίες αποτελούν κλίμακα ψεύδους και έχουν τοποθετηθεί για να αλιεύσουν τις απαντήσεις.

Το SBS ερωτηματολόγιο – Staff Burnout Scale αξιολογεί αρνητικές συμπεριφορές (ψυχολογικές, συμπεριφοριστικές, συναισθηματικές, κοινωνιολογικές), οι οποίες προκαλούν το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Η αξιολόγηση επιτυγχάνεται μέσα από την ύπαρξη διαστάσεων, οι οποίες σχετίζονται με τη δυσαρέσκεια για την εργασία, την ψυχολογική και διαπροσωπική ένταση, τη φυσική ασθένεια και τη μη επαγγελματική σχέση με τους αποδέκτες - πελάτες.

Η πιο πρόσφατη κλίμακα που δημιουργήθηκε για την εξουθένωση είναι η Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Η δημιουργία της αποσκοπεί στη διατύπωση ερωτημάτων που συνδέονται με τα δομικά στοιχεία του Burnout. Τα ερωτηματολόγια δεν περιορίζονται μόνο στους εργαζόμενους στην υγεία αλλά καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα επαγγελμάτων. Επιπλέον, τα ερωτηματολόγια συμπεριλαμβάνουν μισές αρνητικές και μισές θετικές ερωτήσεις. Σκοπός αυτής της δομής είναι να καλυφθούν πολύπλευρα τα δομικά στοιχεία της. (Demerouti & Bakker, 2008)

1.3.1. Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Τα θεωρητικά μοντέλα αναπτύχθηκαν με σκοπό να δώσουν μια ερμηνεία του λεγόμενου Burnout, βασισμένα στην αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του εργασιακού του περιβάλλοντος.

Οι δύο βασικές προσεγγίσεις όπως έχουν διαμορφωθεί είναι οι εξής:

Οι ερευνητές της πρώτης προσέγγισης έχουν σαν επίκεντρο το ίδιο το άτομο και θεωρούν πως η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται στη διαμάχη μεταξύ των προσδοκιών του

εργαζόμενου με τον εαυτό του, αλλά και των προσδοκιών που έχει από το επαγγελματικό του χώρο.

Η δεύτερη ομάδα ερευνητών, θεωρεί πως το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, οφείλεται σε εξωτερικούς παράγοντες επιρροής. Αυτοί οι παράγοντες προκαλούν άγχος στον εργαζόμενο μέσα από τις συνθήκες εργασίας, παράγοντες όπως είναι το απαιτητικό ωράριο, οι κυλιόμενες βάρδιες εργασίας, η πίεση, η άσκηση εξουσίας από τα ανώτερα στελέχη διοίκησης και η μη εξεύρεση ψυχολογικής υποστήριξης κυρίως στα επαγγέλματα υγείας και ψυχικής υγείας. (Dekke & Schaufeli, 1995)

Το μοντέλο των τριών διαστάσεων των Maslach & Jackson (1982) δεν θα μπορούσε να απουσιάζει από αυτήν την ενότητα και κατατάσσεται στην ομάδα της πρώτης προσέγγισης, την ατομική. Ο τρεις διαστάσεις αναλύθηκαν παραπάνω.

Ο συνδυασμός της πρώτης διάστασης, της συναισθηματικής εξάντλησης με την τρίτη διάσταση, την έλλειψη προσωπικής επίτευξης, δημιουργεί στον εργαζόμενο το αίσθημα της ανεπάρκειας ως προς την εκπλήρωση του έργου, καθώς και την έλλειψη μάθησης, φθάνοντας έτσι στο αποκορύφωμα του Συνδρόμου, θεωρώντας την όποια επαγγελματική επίτευξη με επιτυχία ότι δεν είναι αποτέλεσμα προσωπικής του εργασίας και κόπου, αλλά τύχης και συγκυριών.

Στην πρώτη ομάδα εντάσσεται και το μοντέλο απαιτήσεων, ελέγχου και κοινωνικής στήριξης όπως αυτό διατυπώθηκε από τον Kasarek, ένα ευρέως διαδεδομένο μοντέλο που θέτει στο επίκεντρό του τρεις βασικούς παράγοντες άγχους, οι οποίοι επιδρούν πάνω στους υπάλληλους.

Οι τρεις αυτοί παράγοντες άγχους καθορίζονται από τις ψυχολογικές απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος, το εύρος στη λήψη αποφάσεων και την κοινωνική στήριξη από συναδέλφους και προϊστάμενους .

Ως άμυνα ο οργανισμός όταν βρίσκεται υπό συνεχή ψυχολογική πίεση βγάζει στο άτομο σωματική κούραση, στρες - αγωνία, σωματικές ασθένειες, με αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να μην μπορεί να εφαρμόσει ορθά τις δεξιότητες που έχει διδαχθεί.

Επιπλέον, καταπιέζεται ώστε να μην εκφράσει γνώμες- απόψεις, που σύμφωνα με τις γνώσεις του θα ήταν ζωτικής σημασίας, εξαιτίας του ότι βρίσκεται σε ένα διοικητικό επίπεδο που δεν του επιτρέπεται να συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων. Εάν η διοίκηση αξιοποιήσει αυτά τα άτομα δίνοντάς τους πιο ενεργό ρόλο, αυτή η ενέργεια ίσως θα δράσει ευεργετικά στη μείωση του άγχους.

Τα επόμενα δυο μοντέλα ανήκουν στη δεύτερη ομάδα, αυτή στην οποία η ΕΕ οφείλεται στην ύπαρξη παραγόντων που δρουν εξωτερικά και δεν προέρχονται από τον άνθρωπο. Στο μοντέλο της Pines δίνεται προσοχή στο εργασιακό περιβάλλον. Η μέτρησή της γίνεται με μια συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις στα ερωτηματολόγια του Pines. Σε αυτό το μοντέλο, οι πιο επιμελείς και συγκεντρωμένοι εργαζόμενοι εμφανίζουν εξουθένωση σε μεγαλύτερο βαθμό, παράγοντας που συνδέεται με το ότι οι εργαζόμενοι με την αφοσίωση που δείχνουν προσπαθούν να εκπληρώσουν και ανάγκες αυτοπροβολής και ικανοποίησης στον προσωπικό τους βίο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μια αποτυχία στην εργασία, να μετακυλύεται και στην ιδιωτική ζωή, δημιουργώντας Επαγγελματική Εξουθένωση. (Pines,1988)

Το δεύτερο μοντέλο της δεύτερης ομάδας είναι μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων. Η Επαγγελματική Εξουθένωση εμφανίζεται ως αποτέλεσμα του υπερβολικού φόρτου εργασίας και των απαιτήσεων που έχουν οι προϊστάμενοι από τους υφιστάμενους. Ο φόρτος εργασία διακρίνεται σε σωματική και πνευματική κούραση. Για την εκτέλεση έργου οι εργαζόμενοι παραμερίζουν τις ψυχολογικές τους ανάγκες, ώστε να επιτύχουν τους στόχους τους, μέσα στα χρονικά όρια που τους έχουν τεθεί. Η κοινωνική εξέλιξη, η ευπορία και η ευχαρίστηση του εργαζομένου απαιτεί μείωση της εργασιακής κόπωσης, ώστε να ανταπεξέλθει ο εργαζομένους σε περαιτέρω κοινωνικές απαιτήσεις του οργανισμού. (Demerouti & Bakker., 2008)

Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss είναι ένας συνδυασμός και των δυο παραγόντων επιρροής, ατομικού και εξωτερικού.

Το Burnout περιγράφεται στο μοντέλο σε τρεις ενότητες:

1. Ατομική: Το εργασιακό στρες προκαλείται από τη μη επίτευξη των αναμενομένων στόχων από τους εργαζομένους λόγω των λιγοστών πόρων, ευκαιριών και εργαλείων που παρέχει η επιχείρηση. Το εργασιακό στρες δεν μπορεί να θεωρηθεί ως υπεύθυνο για την εμφάνιση εξουθένωσης σε όλο το προσωπικό.
2. Οργανωτική: Στην ενότητα της εξάντλησης, βλέπουμε την εκδήλωση από μια σειρά συναισθημάτων όπως: κούραση, απομάκρυνση από τα κοινά, έλλειψη ενδιαφέροντος, έλλειψη δημιουργίας νέων προοπτικών για μελλοντική εξέλιξη και αδιαφορία για προγραμματισμό νέων στόχων, τόσο στο κοινωνικό όσο και στο εργασιακό επίπεδο. Ο χώρος εργασίας είναι εξαντλητικός για τον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να του «ρουφάει»

όλη την ενέργεια και να τον στρέφει προς μια στάση αδιαφορίας για την αντιμετώπιση των εργασιακών του καθηκόντων.

3. Κοινωνική: Στην τρίτη και τελευταία ενότητα, γίνεται αναφορά στην αμυντική κατάληξη, την αλλαγή δηλαδή της συμπεριφοράς του εργαζόμενου με αρνητικά συναισθήματα όπως: θυμός, άρνηση, ψυχολογικές μεταπτώσεις και συγκρούσεις στο ευρύτερο περιβάλλον του, οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό, και στο πόσο ουσιαστική είναι αυτή η αλλαγή για την εξέλιξή του. Αυτό εκδηλώνεται ως μια άμυνα για την αντιμετώπιση του προβλήματός του με σκοπό να διατηρηθεί στην επαγγελματική του θέση (Χαραλάμπους, 2012).

1.3.2 Το Beck Anxiety Inventory (BAI) ως εργαλείο μέτρησης

Το άγχος είναι ένα έντονο συναίσθημα που βιώνεται σε ορισμένες περιόδους της ζωής ενός ατόμου και το οποίο μοιάζει με φόβο. Το άγχος, όχι στον βαθμό μιας ασθένειας, είναι η απάντηση του σώματος σε έναν στρεσογόνο παράγοντα, βοηθώντας το άτομο να επιβιώσει κρατώντας το σε εγρήγορση έναντι του κινδύνου. Μπορεί να προκαλέσει μια πολύ ήπια αίσθηση άγχους ή ένταση σε έντονο συναίσθημα σε βαθμό κρίσης πανικού. Αν βιωθεί σοβαρά, ο εαυτός του ατόμου συνθλίβεται κάτω από αυτό το έντονο συναίσθημα και γίνεται ενοχλητικό. Το Beck Anxiety Inventory (BAI) αναπτύχθηκε από τους Beck, Epstein, Brown and Steer το 1988. Το BAI είναι ένας δείκτης που έχει γίνει ένα τυπικό εργαλείο για τη μέτρηση του επιπέδου άγχους στις έρευνες. Η κλίμακα στοχεύει να προσδιορίσει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων άγχους που βιώνουν τα άτομα (Beck, 1988)

1.4 Προβλήματα από την ΕΕ

Στη διεθνή επιστημονική κοινότητα καταγράφονται ψυχικές και ψυχοσωματικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης, ως αποτελέσματα της ΕΕ. (Pubmed, 2013)

Πολλές έρευνες ομαδοποιούν τις συνέπειες της ΕΕ σε σωματικές και ψυχολογικές. (Cushway, 1992)

Στις σωματικές συνέπειες συναντάμε χαμηλή ενεργητικότητα, σωματική κούραση και εξάντληση. Αποτέλεσμα αυτών ο υπάλληλος να παρουσιάζει παθολογικά προβλήματα όπως έλκος στομάχου, πονοκέφαλους, πόνους στη μέση κτλ., ενώ δεν λείπουν και τα ψυχοσωματικά προβλήματα, όπως σεξουαλικές δυσλειτουργίες, αδυναμία συγκέντρωσης και συναισθηματική απάθεια. (Tylerand Cushway, 1998)

Μέσω των ψυχοσωματικών προβλημάτων που αναπτύσσει το άτομο, συχνά αντιμετωπίζει και προβλήματα συμπεριφοράς και συνεργασίας. Η πλήξη αναφορικά με το αντικείμενο εργασίας οδηγεί σε λάθη. Η κυνικότητα και το άγχος που δημιουργείται στον εργαζόμενο διαταράσσει την ομαλή συνύπαρξη με τους συνάδελφους και τη διοίκηση. Η όλη αγχώδης συμπεριφορά μεταφέρεται και στο περιβάλλον του, οδηγώντας το άτομο σε εντάσεις με τους οικείους του, δημιουργώντας του συχνές κρίσεις πανικού και καχυποψίας, ενώ παρουσιάζει ακόμη και απάθεια για κοινωνικές συναναστροφές φθάνοντας στο σημείο να ζητήσει και την παραίτηση από την εργασία του. (Pines&Aronson, 1988)

1.4.1 Αιτιοπαθογένεια της ΕΕ

Το Σύνδρομο της ΕΕ εμφανίζεται όταν τα μη θετικά συναισθήματα συσσωρεύονται χωρίς να μπορούν να εξωτερικευτούν, μειώνοντας τη θέληση του εργαζομένου για εργασία.

Στο περιβάλλον εργασίας, υπάρχουν χαρακτηριστικά, τα οποία αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους και βοηθούν στην ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι παράγοντες που ενισχύουν το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις αιτίες του στρες στο εργαζόμενο, ενώ αυξάνονται από τις καταστάσεις της ζωής του, όπως το εργασιακό περιβάλλον και ο οικογενειακός του περίγυρος. Η Micklevitz. S. (2001) όπως και οι άλλοι ερευνητές που αναλύθηκαν στην ενότητα 1.3.1 διαχώρισε τους παράγοντες σε εργασιακούς και σε ατομικούς.

Οι βασικότερες αιτίες που οδηγούν τον εργαζόμενο σε εξουθένωση είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η μη υποστήριξη του εργαζόμενου από το περιβάλλον του, η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών για προσωπική βελτίωση, η έλλειψη χρηματικών ή ηθικών ανταμοιβών, η έλλειψη εργαλείων και τεχνολογίας για την επίτευξη αποτελεσμάτων, η αποκήρυξη των εργασιακών προσδοκιών, η έλλειψη φυσικών ανέσεων και η έλλειψη υποστηρικτικών δικτύων για αναζήτηση βοήθειας ή λύσεων, η ασάφεια των ρόλων και

των καθηκόντων, η έλλειψη ανατροφοδότησης και αξιολόγησης και τέλος η έλλειψη αυτονομίας και συμμετοχής των εργαζομένων στις αποφάσεις.

Πέντε παράγοντες οι οποίοι όταν βρεθούν μεταξύ τους οδηγούν στην εξουθένωση του ατόμου είναι: α) Η έλλειψη ικανοποίησης του εργαζόμενου, β) η έλλειψη συναδελφικότητας εξαιτίας του ανταγωνισμού, γ) η σύγκρουση αξιών του ατόμου δ) το αίσθημα αδικίας του υπαλλήλου ως προς την αποζημίωση ή την αξιολόγησή του και ε) το υπερβολικά φορτωμένο επαγγελματικό πρόγραμμα. Maslach & Leiter (2001) Ενώ στον αντίποδα, άλλοι μελετητές μέσα από τις έρευνες τους αποδίδουν περισσότερο σε ατομικούς - ψυχολογικούς συντελεστές την ευθύνη για την εμφάνιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, απ' ότι οι συνθήκες δουλειάς ή άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1992)

1.4.2 Κυνικότητα εναντίον ενσυναίσθησης

Η κυνικότητα που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας στην προνοσοκομειακή φροντίδα δεν έχει να κάνει με την έλλειψη ενσυναίσθησης αλλά με τις άμυνες που δημιουργούν στο ψυχισμό τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να παίρνουν γρήγορες και σημαντικές αποφάσεις απαλλαγμένες από συναισθήματα . Η αυταρχική συμπεριφορά που αναπτύσσετε κατά την θεραπεία του επείγοντος έχει να κάνει με τα εμπόδια που έχουν αναπτυχθεί μεταξύ τους οι εμπλεκόμενοι, λόγω εσφαλμένης πληροφορίας και της απόφασης για το επείγον περιστατικό που είναι ζωτικής σημασίας χωρίς να υπάρχει η χρονική πολυτέλεια για περαιτέρω εξηγήσεις. Άρα βλέπουμε ότι ο ρόλος του αρρώστου είναι συμπληρωματικός κάτι που έχει διατυπώσει και ο Freidson το 1972.(Harvard_business_review_για την ηγεσία σελ. 177-192)

Σύμφωνα με τον Goleman (1995), η ικανότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων των άλλων («ενσυναίσθηση»), η ικανότητα ικανοποιητικής διαχείρισης των διαπροσωπικών μας σχέσεων καθώς και η εύστοχη επικοινωνία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για επιτυχημένη επαγγελματική πορεία. Είναι η τέχνη να μπορέσει ο ασθενής να νιώσει άνετα με έναν άνθρωπο που έχει συναντήσει μόλις 5 λεπτά και να βάλει σε αναστολές όλες τις προκαταλήψεις που έχει δημιουργήσει για εργαζομένους που φορούν ίδια στολή. Η ενσυναίσθηση είναι μια σύνθετη, πολυδιάστατη έννοια που αποτελείται τόσο από γνωστικές όσο και από συναισθηματικές πτυχές. Η συναισθηματική ενσυναίσθηση αναφέρεται στη βίωση των συναισθημάτων των άλλων, ενώ η γνωστική ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα κατανόησης των εμπειριών και των συναισθημάτων των άλλων και η

ικανότητα να μεταδίδουμε αυτή την κατανόηση σε αυτούς. Ένα άλλο βασικό συστατικό της ενσυναίσθησης, που τη διακρίνει από τη συμπάθεια, είναι η διαφοροποίηση του εαυτού του άλλου, η οποία είναι η ικανότητα να διαχωρίζει κανείς τα συναισθήματά του από αυτά του άλλου, που μπορεί να βελτιώσει την αντικειμενικότητα και να βοηθήσει στη μείωση του άγχους και της αγωνίας. Αντίθετα, η συμπάθεια είναι να νιώθεις «λύπηση» για κάποιον και όχι για κάποιον. Η ενσυναίσθηση είναι ευρέως αποδεκτή ως σημαντικό συστατικό της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα των ασθενών και αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών. Από την άλλη πλευρά, τα χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης έχουν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη συχνότητα αγωγών κακής πρακτικής και μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών. (Haslam 2007)

Σε ένα παραϊατρικό πλαίσιο, η ενσυναίσθηση όχι μόνο βελτιώνει τα αποτελέσματα των ασθενών και επιτρέπει στους παραϊατρικούς να αποδώσουν το καλύτερό τους, αλλά βελτιώνει και τα ψυχολογικά αποτελέσματα για οικογένειες που έχουν χάσει ένα αγαπημένο τους πρόσωπο. (Williams 2015)

1.5 Επισκόπηση παραγόντων που ευθύνονται για την εμφάνιση ΕΕ

Οι επιστημονικές βιβλιογραφίες προσπάθησαν να ερμηνεύσουν τους παράγοντες που βοηθούν να αναπτυχθεί η ΕΕ. Οι ατομικοί παράγοντες αλληλοεπιδρούν με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες του χώρου εργασίας (Cox,1978)

Η Μεταλληγού Ο. (2000) κατηγοριοποίησε τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να υφίστανται στο χώρο εργασίας :

- Οι πιεστικές συνθήκες εργασίας
- Οι ελλείψεις προσωπικού και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας
- Η υψηλή συναισθηματική φόρτιση των εργαζομένων και η έκθεση του επαγγελματία υγείας στον πόνο και στο θάνατο
- Το εξαντλητικό και συνεχές ωράριο
- Η έλλειψη σαφούς καθηκοντολογιών
- Η έλλειψη κινήτρων και δυνατότητας εργασιακής εξέλιξης

- Η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση
- Η μη συμμετοχή στις αποφάσεις
- Η ανισότητα στις ηθικές και οικονομικές απολαβές
- Η έλλειψη στήριξης από τη διεύθυνση ή τους συναδέλφους
- Η έλλειψη επικοινωνίας.

Στους ατομικούς παράγοντες θα πρέπει να προσθέσουμε και τους ψυχολογικούς οι οποίοι συνεισφέρουν στην εμφάνιση της ΕΕ περισσότερο από τους περιβαλλοντικούς.

(Παπαδάτου 1995)

Ο κάθε εργαζόμενος είναι μια ξεχωριστή οντότητα και διαχειρίζεται το άγχος και τις καταστάσεις ξεχωριστά, με αποτέλεσμα ο βαθμός και ο χρόνος εμφάνισης της ΕΕ να είναι ξεχωριστοί για τον καθένα. (Pines 1996)

Στα πιο γνωστά προσωπικά χαρακτηριστικά που συμβάλουν στην ανάπτυξη ΕΕ είναι:

- Τα αρχικά κίνητρα του εκάστοτε εργαζομένου
- Οι προσδοκίες του για τον εαυτό μέσα στον εργασιακό του χώρο
- Ο τρόπος του να αντιδρά στις πιεστικές καταστάσεις
- Η αποτυχία που εκλαμβάνει στην τελική πραγμάτωση των στόχων του (Barbier,2004).

Για την αξιολόγηση και τη διάγνωση του φαινομένου υπάρχουν δυσκολίες. Αυτό οφείλεται στα εργαλεία μέτρησής του, στη μεθοδολογία και την έλλειψη ενός σαφή ορισμού. Τα αποτελέσματα που δίνονται από διάφορα ερωτηματολόγια έχουν σκοπό την επιστημονική έρευνα του φαινομένου. Συχνά τα αποτελέσματα συγχέονται με άλλες ψυχικές παθήσεις χωρίς να γίνεται διάκριση στην ΕΕ . Όπως περιγράφεται παραπάνω, πιο αξιόπιστο εργαλείο θεωρείται το ερωτηματολόγιο «Maslach Burnout Inventory» που και αυτό όμως χρησιμοποιείται μόνο για επιστημονική έρευνα. Συνεπώς, τα συμπτώματα που περιγράφονται μέσα από έρευνες κατατάσσονται σε ψυχικές και ψυχοσωματικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, κρίσεις πανικού λόγω αγχώδους διαταραχής και το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης. (Pubmed 2013)

1.6 Ανασκόπηση χαρακτηριστικών του burnout

Σημαντικό είναι η πρόωγη αναγνώριση των συμπτωμάτων της ΕΕ από τους ίδιους τους εργαζομένους στο χώρο της υγείας. Οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες ασθενοφόρων ανά τον κόσμο πρέπει να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα όταν ακόμη θα μπορούν να είναι διαχειρίσιμα από τους ίδιους και να ζητήσουν την ανάλογη βοήθεια. (Μάρκου 2005)
Κάποια χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων είναι τα εξής:

α) Έντονη αποστροφή για την εργασία. Ο φόρτος εργασίας φαίνεται μεγάλος και μη διαχειριστικός, με αποτέλεσμα τη σωματική και την ψυχολογική κούραση. Η συνεργασία με τους συναδέλφους γίνεται δύσκολη και δημιουργούνται εντάσεις και αντιπάθειες.

β) Η ρουτίνα της εργασίας δημιουργεί έλλειψη κινήτρων, προκλήσεων και επαγγελματικής ανέλιξης.

γ) Αδιαφορία για το έργο που επιτελεί ο εργαζόμενος σε συνδυασμό με ότι δεν προσφέρει τα μέγιστα για να βοηθήσει τους ασθενείς. (Καδδά, 2005)

δ) Η αποστροφή εν συνέχεια επεκτείνεται και στην προσωπική ζωή του εργαζομένου. Η συναναστροφή με τους συνάδελφους μένει μόνο σε επαγγελματικό επίπεδο. Η έλλειψη συζητήσεων και κοινωνικών επαφών δημιουργεί το φαινόμενο της αποξένωσης. (Μάρκου 2005)

Οι απότομες εντάσεις χωρίς σοβαρή αιτία είναι αποτέλεσμα μιας κακής διάθεσης που αποτελεί σύμπτωμα της ΕΕ (Καδδά, 2005)

Με την πάροδο του χρόνου και χωρίς να γίνεται κάτι για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που έχουν να κάνουν κυρίως με ψυχολογική διάθεση, ο εργαζόμενος αρχίζει να έχει προβλήματα υγείας, συχνά αυτό φαίνεται μέσα από την εμφάνιση συχνών πονοκεφάλων και οσφυϊκών πόνων. Αρκετοί υπάλληλοι φθάνουν στα όρια της κατάθλιψης και οδηγούνται στον αλκοολισμό .Η έλλειψη ύπνου ή η κακή ποιότητά του, σε συνδυασμό με την κακή διατροφή ρίχνουν το ανοσοποιητικό και δημιουργούν προβλήματα έλλειψης σωματικού βάρους. (Μάρκου, 2005)

Ο ψυχικός τραυματισμός των διασωστών που αντιμετωπίζουν την εικόνα τραυματισμένων διαμελισμένων, καμένων συνανθρώπων από τροχαία, φωτιές, πτώσεις και πολλά άλλα ατυχήματα, αποτελεί ένα συνεχές βάρος ψυχικό και στρεσογόνο.

1.7 Μηχανισμοί πρόληψης burnout

Η ΕΕ δεν έχει ορισθεί πλήρως όπως έχει αναφερθεί και στις προηγούμενες ενότητες. Συνεπώς και τα αίτια της νόσου μέσα από τη διερεύνηση που έχουν κάνει οι μελετητές τα κατηγοριοποιούν γενικά σε ατομικό και σε εργασιακό επίπεδο, παρατηρώντας το πώς συσχετίζονται μεταξύ τους. Για να βρεθούν μηχανισμοί πρόληψης πρέπει να υπάρχουν ενδείξεις για σωστή διάγνωση, αφενός ότι το Σύνδρομο υφίσταται και αφετέρου πού οφείλεται η ύπαρξή του. Στη συνέχεια πρέπει να αποκλειστούν άλλες ψυχικές καταστάσεις που έχουν κοινή συμπτωματολογία με την Επαγγελματική Εξουθένωση. Σημαντικό εργαλείο σε αυτό είναι τα ερωτηματολόγια της Maslach, καθώς και το λεπτομερές ιστορικό.

Όπως προαναφέρθηκε, η Επαγγελματική Εξουθένωση είναι μια νόσος που συναντιέται στα επαγγέλματα που συναναστρέφονται με άλλους ανθρώπους και κυρίως σε αυτά που ασκούν λειτούργημα, (ιατροί, νοσηλευτές, εκπαιδευτικοί κτλ.) και προσφέρουν υπηρεσίες που έχουν σαν στόχο την ικανοποίηση του ατόμου - ασθενή. Αυτής της κατηγορίας οι εργαζόμενοι, θέλοντας να βοηθήσουν τον ασθενή προσπαθούν να απέχουν από αυτό που βιώνει (πχ το σωματικά πόνο), παλεύουν συνειδητά να μην ταυτίζονται με τον ασθενή, πιέζουν τον εαυτό τους να μένουν ψυχικά απόμακροι από όλες τις έντονες καταστάσεις που αντιμετωπίζει ένας ασθενής ή το συγγενικό του περιβάλλον, γεγονός που δημιουργεί κυνικότητα και στρες. Το μακροχρόνιο άγχος καθώς και η κυνικότητα αντιμετώπισης των ασθενών δημιουργούν την ΕΕ. Σκοπός του επαγγελματία υγείας είναι η πρόληψη αναγνώριση των συμπτωμάτων ώστε να μην αυξηθούν τα επίπεδα αυτά ανεπανόρθωτα.

Σημαντικό στοιχείο στη μη εμφάνιση των συμπτωμάτων είναι η πρόληψη.

Η πρόληψη καθώς και η αντιμετώπιση χωρίζεται από πολλούς ερευνητές ανάμεσα σε δυο μεγάλες κατηγορίες, που είναι το ατομικό επίπεδο του κάθε εργαζομένου και ποιες παρεμβάσεις κάνει μόνος του, καθώς και τις οργανωτικές παρεμβάσεις που κάνει η διοίκηση της κάθε υπηρεσίας, για πρόληψη ή αντιμετώπιση στις ομάδες των εργαζομένων που βρίσκονται σε τμήματα με εμφανή ή αυξημένα επίπεδα του Συνδρόμου. (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999)

1.7.1 Παρεμβάσεις για εντοπισμό και αντιμετώπιση της ΕΕ

Όπως εξηγήθηκε και στην ενότητα 1.3, υπάρχουν παράγοντες ατομικοί και παράγοντες που προέρχονται από το γενικό εργασιακό περιβάλλον, οι οποίοι ευθύνονται για την ανάπτυξη του Συνδρόμου της ΕΕ. Σύμφωνα με αυτόν τον διαχωρισμό, οι παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν για την αντιμετώπιση του φαινομένου ή την πρόληψή του πρέπει να είναι ομαδοποιημένες.

1.7.2 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Α. Όπως σε κάθε ασθένεια έτσι και στο Σύνδρομο Εργασιακής Εξουθένωσης, η πρόληψη είναι η πιο έγκυρη θεραπεία. Ο εργαζόμενος ο οποίος διακατέχεται από το Σύνδρομο αυτό, πρέπει να αντιληφθεί έγκαιρα την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Δεν πρέπει να γίνει σύγχυση με τα συμπτώματα μιας συνηθισμένης κόπωσης, όπου η αποχή από την εργασία και η ξεκούραση αντισταθμίζουν την εξουθένωση.

Ο υπάλληλος πρέπει να εργάζεται με έναν ρυθμό ικανό για αποτελέσματα χωρίς όμως υπερβάλλοντα ζήλο. Η εργασιοθεραπεία επιλέγεται από το ίδιο το άτομο για να αποδείξει στους συνάδελφους του, στους προϊστάμενους του αλλά πρωτίστως στον ίδιο τον εαυτό του, ότι όλα λειτουργούν καλά.

Β. Οι επαγγελματίες υγείας εκπληρώνουν τις προσδοκίες τους ικανοποιώντας τον ασθενή. Μέσα από την ικανοποίηση του ασθενή έχουν εκπληρώσει ένα κομμάτι του στόχου που έχουν θέσει. Νιώθει ικανοποίηση ο λειτουργός υγείας, όταν νομίζει ότι είναι αναγκαίος να προσφέρει. Αυτό που συνήθως συμβαίνει σε νέους εργαζομένους, είναι ότι αυτή την αναγνώριση που νομίζουν ότι έχουν από τους ασθενείς, την υπερεκτιμούν.

Επιπλέον, πολλές φορές οι παλαιότεροι συνάδελφοι ή οι προϊστάμενοι τους προσγειώνουν, σημειώνοντας ότι αυτό που προσφέρουν είναι κάτι συνηθισμένο. Κάποιες φορές ακόμη και λόγω αντιζηλίας, υποβαθμίζουν το όλο έργο ενός νέου εργαζόμενου και την προσπάθειά του. Αυτό το συναίσθημα, της συνεχούς υποβάθμισης των προσπαθειών και της μη ηθικής ικανοποίησης και επιβράβευσης, μπορεί να οδηγήσει στη ΕΕ. Συνεπώς ο εργαζόμενος (γενικά και όχι μόνο στον χώρο υγείας) θα πρέπει να αναθεωρήσει και να επανεκτιμήσει τις προσδοκίες και τους στόχους του για να μην επέλθει η εργασιακή κόπωση.

Γ. Ο χώρος των επαγγελματιών υγείας συχνά αντιμετωπίζει τον έντονο πόνο, την αγωνία και τον θάνατο. Επιπλέον στην προ-νοσοκομειακή φροντίδα όλα αυτά είναι αιφνίδια, δεν είναι όπως στα νοσοκομεία όπου υπάρχει μια υποψία για το τι θα επέλθει ή το συγγενικό περιβάλλον έχει το χρόνο να σκεφτεί τις πιθανότητες για κάτι δυσάρεστο.

Η συγγενική φόρτιση που μεταδίδεται σε περιστατικό στο τόπο του συμβάντος, πολλές φορές μετακυλύεται και στα συναισθήματα των διασωστών. Μένοντας απρόσκοπτοι στην προσπάθειά τους να προσφέρουν βοήθεια χωρίς να επηρεάζονται από τα συναισθήματα τους, οι διασώστες κατακλύζονται από συναισθηματική φόρτιση χωρίς να μπορούν να την εξωτερικεύσουν και να την εκτονώσουν. Ακόμη και την ευχαρίστηση που θα μπορούσαν να πάρουν μέσα από την επιτυχή έκβαση της διακομιδής, συχνά δεν τη βιώνουν, γιατί ενδέχεται να μην λάβουν ποτέ ενημέρωση για αυτή την επιτυχία. Κατά συνέπεια λόγω της άγνοιας, δεν θα λάβουν ούτε την ηθική ικανοποίηση για τη θετική τους συμβολή στην εξέλιξη της υγείας του ασθενούς.

Η συσσώρευση των αρνητικών συναισθημάτων τους καθώς και το γεγονός ότι τις οποίες ενέργειες δεν θέλουν να τις μοιραστούν με συνάδελφους, φίλους ή το οικογενειακό τους κύκλο, δυσχεραίνει την κατάσταση.

Όταν ένα περιστατικό δεν έχει θετική εξέλιξη, η φόρτιση είναι μεγαλύτερη.

Ο εργαζόμενος πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα συμπτώματα που προκαλεί η συσσώρευση αρκετών αρνητικών γεγονότων και να ζητήσει άμεσα ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι η «ψυχοθεραπεία» που κάνουν εργαζόμενοι με το στενό τους κύκλο, βοηθάει στο να μην νοσήσει τόσο εύκολα από ότι αν τα κράταγε όλα μέσα του. (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου)

Δ. Οι εργαζόμενοι στην υγεία συχνά δουλεύουν σε κυλιόμενες βάρδιες ή σε γενικές 24ώρεςεφμερίες, χωρίς να υπάρχει η απαραίτητη ανάπαυση. Επίσης το γρήγορο φαγητό και η αποσυμπιέση του στρες μέσω του καπνίσματος σε συνδυασμό με τα υψηλά επίπεδα σε πρόσληψη καφεΐνης για να ανταπεξέλθουν στις νυχτερινές βάρδιες, μειώνουν την ποιότητα της σωματικής υγείας. Η άσκηση συχνά απουσιάζει λόγω της έλλειψης χρόνου.

Συνεπώς, η σωστή διατροφή και η άσκηση συνοδευόμενη από την απαραίτητη ανάπαυση μπορούν να ενισχύσουν τον οργανισμό να μειώσει αισθητά τα επίπεδα ανάπτυξης του άγχους, έτσι ώστε το άτομο να μην οδηγείται στο χρόνιο στρες, αποτρέποντας στην συνέχεια την εμφάνιση, αλλά και την αύξηση των επιπέδων του φαινομένου της Εργασιακής Εξάντλησης (Bährer-Kohler,2013).

Ε. Η δυνατότητα του εργαζομένου να διαλέξει συγκεκριμένο πόστο, εργασία ή τμήμα εάν μιλάμε για κάποιο νοσοκομείο, του δίνει το ψυχολογικό προβάδισμα να ανταπεξέλθει σε μια στρεσογόνο εργασιακή πίεση. Οι επιδόσεις σε εργασία θα είναι αυξημένες λόγω του ενδιαφέροντος που θα επιδεικνύει στη συγκεκριμένη θέση.

Ο σχεδιασμός των θέσεων εργασίας και το δικαίωμα επιλογής τους από τους ίδιους, βοηθάει τους εργαζόμενους να κρίνουν τον εαυτό τους για την επιλογή τους, ενισχύοντας έτσι το ηθικό τους.

Η επιλογή της τοποθέτησής τους που γίνεται αναγκαστικά από τρίτους δημιουργεί εργασιακή πίεση, κούραση, μείωση απόδοσης κ.α. και γενικότερα ενισχύουν την εμφάνιση του Συνδρόμου.

Ακόμη και εάν η θέση έχει επιλεγεί από τον ίδιο τον υπάλληλο με την πάροδο του χρόνου ενδέχεται να επέλθει η ρουτίνα. Η καλύτερη αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου είναι η συχνή αλλαγή στα τμήματα, με την **πάντα κατάλληλη για απόδοση κυκλικότητα**.

Για να υπάρξει αποτέλεσμα και θετικό πρόσημο και στις δυο πλευρές πρέπει αυτό να γίνεται με τη σύμφωνη γνώμη του επαγγελματία και όχι επιτακτικά, διότι αλλιώς θα επέλθουμε στην αρχική κατάσταση και έτσι η εμφάνιση του Συνδρόμου στη νέα θέση εργασίας θα είναι αναπόφευκτη. (Κάντας, 1995)

ΣΤ. Με την έναρξη της εργασίας γίνεται ένας διαχωρισμός μεταξύ του οικογενειακού βίου και της εργασίας. Συχνά οι εργαζόμενοι λένε ότι τα προβλήματα της δουλειάς μένουν έξω από την πόρτα του σπιτιού. Με την πάροδο του χρόνου όμως και σε επαγγέλματα που έχουν ένταση και στρες αυτό αρχίζει να φθείρει. Άλλες φορές συμβαίνει και το αντίθετο, προβλήματα προσωπικά δηλαδή «ακουμπάνε» τον επαγγελματία κατά την εργασία του. Σε επείγοντα περιστατικά ενδεχομένως να οδηγηθούν σε λάθη τα οποία όταν πέσουν στη αντίληψη του επαγγελματία πιθανότατα θα τον γεμίσουν με ενοχές και θα του αυξήσουν το άγχος.

Όσο μεγαλώνει ο εργαζόμενος κάνει τη δική του οικογένεια, αποκτά παιδιά, τα οποία χρειάζονται χρόνο μαζί του, για αυτό είναι σημαντικό **να κάνει πράξη τον διαχωρισμό εργασίας και σπιτιού**. Επιπλέον, η κοινωνική συναναστροφή με φίλους είναι σημαντική και σε συνδυασμό με το χρόνο που αφιερώνει ο εργαζόμενος στους φίλους λειτουργούν ως πρόληψη και σωστή αντιμετώπιση του burnout. (Bährer-Kohler,2013)

1.7.3. Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο

Α. Ο κάθε προϊστάμενος θα πρέπει να αναγνωρίσει τις δεξιότητες και την επιθυμία του εργαζομένου για την κατάλληλη θέση . Η διοίκηση θα πρέπει να κάνει πράξη αυτήν την πρόταση για να έχει σαν αποτέλεσμα την αποδοτικότητα του υπαλλήλου, την εύνοια και τη συνοχή της ομάδας εργασίας μέσα από την ομαλή συνεργασία. Επίσης το άτομο γνωρίζοντας τα καθήκοντά του δεν θα βιώνει καθημερινά άγχος, που θα τον οδηγήσει στην Εργασιακή Εξουθένωση.

Β. Η αυταρχική και γραφειοκρατική διοίκηση που συναντάμε στα ελληνικά νοσοκομεία δεν βοηθάει να μην εμφανιστεί το Σύνδρομο, επίσης λόγω και της γραφειοκρατίας είναι δύσκολη η εύρεση βοήθειας και στήριξης από τους προϊσταμένους ή άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Για αυτό πρέπει να δημιουργηθεί μια δημοκρατική διοίκηση. Από αρκετούς μελετητές έχει καταγραφεί ότι μειώνει αισθητά την πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου της ΕΕ. Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της Εργασιακής Κόπωσης, ενώ η αυταρχική την ενισχύει. Στις δημοκρατικές διοικήσεις ο κάθε εργαζόμενος έχει την δική του αξία, μπορεί να εκφράσει τις απόψεις του και να διαφωνήσει χωρίς φόβο, να προτείνει λύσεις και να κρίνει αποτελέσματα. Μια απροσεξία ή ένας λάθος δεν γίνεται εύκολα αίτιο παρατήρησης ή κριτικής. Υπάρχει σεβασμός και συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό. Αναθέτονται ευθύνες και πρωτοβουλίες σε όλους τους εργαζομένους, κάνοντάς τους έτσι να νιώσουν σημαντικοί κρίκοι του οργανισμού και ότι τόσο οι δυνατότητες όσο και οι ικανότητές τους είναι σημαντικές. Τα προσωπικά συμφέροντα δεν έχουν θέση σε τέτοιες μορφές διοίκησης. Το κλίμα αλληλοσυμπάρστασης και αλληλοσυγκάλυψης είναι μεγάλο. Οι συχνές συζητήσεις μεταξύ τους, για τα προβλήματα και καταστάσεις που βιώνουν, βοηθάνε στην επίλυση και θα ξεπεράσουν μέσα από αυτές αρκετές προσωπικές ψυχολογικές πιέσεις στον χώρο εργασίας. (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003)

Γ. Όταν ένα άτομο εργάζεται αρκετό διάστημα σε μια συγκεκριμένη θέση εργασίας, κάποια στιγμή η κατάσταση αυτή επιφέρει την ρουτίνα και αρχίζει να αποστασιοποιείται συναισθηματικά. Η υπηρεσία με ενέργειές της θα πρέπει να προβεί σε ένα πρόγραμμα κυκλικότητας των εργαζομένων σε όλα τα τμήματα, σύμφωνα με την συγκατάθεση τους. Ο εργαζόμενος δεν πρέπει να νιώσει παγιδευμένος σε μία κατάσταση, η οποία θα του προκαλεί άγχος. (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986)

Πολλοί εργαζόμενοι εργάζονται σε τμήματα με ελλιπή φωτισμό, με την κυκλοφορία του αέρα να γίνεται από μηχανήματα, δημιουργώντας κούραση για τον οργανισμό και πτώση του ανοσοποιητικού, κάποιοι άλλοι εργαζόμενοι βρίσκονται σε τμήματα πχ με χρόνιους ασθενείς του τελικού σταδίου ζωής και η συχνή επαφή με το θάνατο επιφέρει ψυχολογική φόρτιση. Τα μέτρα αντιμετώπισης σε αυτήν την περίπτωση είναι εκτός από την αλλαγή του τομέα ευθύνης τους να δοθούν κάποιες επιπρόσθετες άδειες κλειστού τμήματος ή μειωμένου ωραρίου ή κάποιων έξτρα ρεπό, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα στον εργαζόμενο να ξεκουραστεί, να αποφορτιστεί και να ηρεμήσει. (Jones, 1999)

Δ. Αν και οι εργαζόμενοι στην υγεία συναναστρέφονται με επιστήμονες της ψυχικής υγείας εντούτοις δεν έχουν δημιουργηθεί ομάδες υποστήριξης, ώστε ο εργαζόμενος να

μπορέσει να απευθύνεται όταν το χρειάζεται. Άρα ως μέτρο για βελτίωση της ψυχικής υγείας μια τέτοια ομάδα θα ενεργούσε θετικά. (Δούκα , 2004)

Αυτές οι ομάδες υποστήριξης με το ειδικευόμενο προσωπικό που τους απαρτίζει, είναι σε θέση να αναγνωρίσουν ψυχολογικές καταστάσεις που βιώνει ο ασθενής, χωρίς εκείνος να τις έχει εντοπίσει ή να το γνωρίζει αλλά να μην το έχει αποδεχτεί. Μέσα από συζητήσεις βρίσκουν εναλλακτικές μεθόδους προσέγγισης ή θεραπείας, ενισχύοντας ταυτόχρονα μέσα από τις επιτυχίες και την αυτοπεποίθησή τους. (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999)

Σε μια τέτοια ομάδα μέσα από τις αληθινές ιστορίες, την παράθεση των προσωπικών βιωμάτων και την ανταλλαγή προβληματισμών δημιουργούνται μεγάλοι δεσμοί μεταξύ των μελών.

Δεσμοί, οι οποίοι σημαίνουν αλληλοκατανόηση, αλληλοϋποστήριξη, αλληλοσεβασμό έχουν την ευκαιρία να οδηγήσουν στην αποφυγή της αύξησης του επιπέδου της απομόνωσης, του άγχους και κατ' επέκταση του Συνδρόμου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Η καλή επαγγελματική σταδιοδρομία που οδηγεί στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, έχει αντίκτυπο και στην οικογένεια του εργαζόμενου αλλά και στους ασθενείς που φροντίζει. Αυτό σημαίνει ότι αυξάνεται η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών μέσα από την φροντίδα που λαμβάνουν από ένα υγιές άτομο.

(Πανταζοπούλου- Φωτεινά, 2003)

Ε. Οι γνώσεις που αποκτούν οι επαγγελματίες υγείας στη βασική τους εκπαίδευση έχουν να κάνουν με χειρισμούς νοσηλευτικών, διασωστικών και ιατρικών πράξεων.

Η εκπαίδευση στην προσέγγιση και αντιμετώπιση ενός ασθενή από τη μεριά της ψυχολογίας της ενσυναίσθησης δεν διδάσκεται ακόμη στα ΙΕΚ ή την τριτοβάθμια εκπαίδευση αυτών των κλάδων. Επίσης δεν διδάσκονται ούτε οι δεξιότητες για αποφόρτιση του εργαζόμενου από την ψυχολογική πίεση.

Ο εργαζόμενος αντιμετωπίζει όλους τους ασθενείς στην αρχή της καριέρας του με τον ίδιο τρόπο και μαθαίνει συμπεριφορές προσέγγισης από τους παλαιότερους συνάδελφους.

Η ψυχολογική πίεση που όμως νιώθει όταν αντιμετωπίζει ασθενείς ή συγγενείς με συναισθηματική φόρτιση λόγω χάρη ενός επικείμενου θανάτου ή ενασχόλησή του σε ένα τμήμα ενός παιδιατρικού ογκολογικού νοσοκομείου, του δημιουργεί το συναίσθημα ότι δεν έχει τις απαιτούμενες γνώσεις για να ανταπεξέλθει σε τέτοιο χειρισμό ο οποίος απαιτεί και ψυχολογική στήριξη. Ο εργαζόμενος νιώθει ότι ενδεχομένως βρίσκεται σε αδιέξοδο λόγω της αδυναμίας του να ανταποκριθεί στις ανάγκες, καθώς και στις προσδοκίες των ασθενών του με αποτέλεσμα να αυξάνονται ολοένα τα επίπεδα άγχους

του. Σαν μέτρο προτείνεται η διοίκηση να οργανώνει και να πραγματοποιεί συνεχιζόμενη εκπαίδευση μέσα από σεμινάρια και διαλέξεις γύρω από θέματα που αφορούν στην ψυχική φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών τους, καθώς και γύρω από θέματα που αφορούν στις νέες γνώσεις στον τομέα της ιατρικής, της προ-νοσοκομειακής και της νοσηλευτικής. (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999)

Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού που εργάζεται στην υγεία κρίνεται απαραίτητη για τον εμπλουτισμό των γνώσεων σε νέες τεχνολογίες και νέων πρωτόκολλων, υπενθύμιση των παλαιών δεξιοτήτων και τη διαμόρφωση των στάσεων και της συμπεριφοράς απέναντι στην ομάδα συνεργασίας, ώστε να έχουν οι ασθενείς και οι συγγενείς τους την πρέπουσα αντιμετώπιση. Τόσο η αυτοπραγμάτωση, όσο και η ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από τον επαγγελματία θα οδηγήσουν στην πρόληψη, αλλά και στην αντιμετώπιση του φαινομένου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης .

1.8 Εμπειρική προσέγγιση του συνδρόμου ΕΕ

Οι εργαζόμενοι στο ΕΚΑΒ ανήκουν στο παραϊατρικό προσωπικό που μέσα από πρωτογενείς έρευνες διαφαίνεται ότι το Σύνδρομο ΕΕ είναι υπαρκτό σε αυτή την ομάδα. Εργαζόμενοι που είναι στα επαγγέλματα υγείας έχουν επιπλέον επαγγελματικό άγχος λόγω των κρίσιμων αποφάσεων που παίρνουν σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και με ορατό το κίνδυνο λανθασμένης επιλογής έρχονται κάποιες φορές αντιμέτωποι με τη δικαιοσύνη ή με τις τύψεις τους. Εργάζονται κάτω από άσχημες καιρικές συνθήκες, με καταπόνηση του σώματός τους όλο το έτος και σε κυλιόμενο ωράριο. Απέχουν πολλές φορές από εορτές και περνούν αρκετές ώρες μακριά από την οικογένειά τους λόγω εργασίας. Βιώνουν ψυχολογικές καταστάσεις έντονες και με συναισθηματική φόρτιση, σε περιβάλλον όχι ασφαλές όπως του νοσοκομείου, κινδυνεύοντας ανά πασά στιγμή η σωματική τους ακεραιότητα. Κινδυνεύουν από τις ψυχολογικές διαταραχές και διακυμάνσεις των συγγενών και φίλων των ασθενών που έχουν να κάνουν με σωματική και λεκτική βία. Οι εργαζόμενοι του ΕΚΑΒ είναι οι πρώτοι αποδέκτες που δέχονται παράπονα και ύβρεις ενός κακού συστήματος υγείας. Επιπλέον τους λείπει η ανάλογη αναγνώριση από την πολιτεία ως προς την ονομασία και το είδος των επαγγελματικών δικαιωμάτων τους. Τους λείπει η έμπρακτη υποστήριξη της πολιτείας στην αναγνώριση του επαγγέλματος ως βαρύ και ανθυγιεινό. Μια αναγνώριση που έχει γίνει μόνο στους εργαζομένους του ιδιωτικού τομέα, εξαιρώντας τους εργαζομένους του εθνικού φορέα

από αυτή την παροχή. Η μη αναγνώριση ακόμη και από μεγάλη μερίδα του πληθυσμού που τους αποδίδει εσφαλμένα άλλο επαγγελματικό τίτλο δημιουργεί έλλειψη διάθεσης, καθώς και ότι η σωματική κούραση δημιουργεί εξάντληση, η ρουτίνα από τα πολλά περιστατικά εκ των οποίων αρκετά από αυτά δεν είναι επείγοντα αλλά γίνεται κατάχρηση της υπηρεσίας των ασθενοφόρων δημιουργεί τη συναισθηματική εξάντληση. Επιπρόσθετα, η στασιμότητα στην εξέλιξη των δεξιοτήτων και την αναβάθμιση της εκπαίδευσης τους σε τριτοβάθμια, συμβάλει στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και την εμφάνιση ΕΕ. Η συνένευση των παλιών υπάλληλων με νέους έχει σαν αρνητικό αντίκτυπο τη δημιουργία κυνικότητας ως προ της αντιμετώπιση των ασθενών από τους νέο προσληφθέντες υπάλληλους ακολουθώντας συνήθειες και πρακτικές ανθρώπων που έχουν κουραστεί και έχουν «καεί» ψυχολογικά, έχοντας υψηλά επίπεδα ΕΕ. Οι εργαζόμενοι στο ΕΚΑΒ για να παρέχουν υψηλού επιπέδου πρωτοβάθμια φροντίδα με ποιοτικά χαρακτηριστικά πρέπει να έχουν καλή σωματική και ψυχική υγεία.

1.9 Burnout και πως επηρεάστηκε από την πανδημία.

Ο νέος κορονοϊός με την ονομασία “covid-19” παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στην περιοχή Γιουχάν της Κίνας, τον Δεκέμβριο του 2019 και η εξάπλωσή του ήταν ραγδαία σε πολλές χώρες. Ο ιός μεταδίδεται κυρίως μέσω των σταγονιδίων που αποβάλλονται κατά την εκπνοή, τον βήχα ή το φτέρνισμα. Τα σταγονίδια αυτά μένουν στις επιφάνειες και είναι πολύ ανθεκτικά στις θερμοκρασίες και στο χρόνο. Αυτός είναι και ο λόγος της σημαντικότητας των μέτρων προστασίας όπως η χρήση μάσκας, το σχολαστικό πλύσιμο των χεριών, η χρήση αντισηπτικού και η αποφυγή αγγίγματος του προσώπου, της μύτης ή των ματιών. Οι περισσότεροι άνθρωποι συνήθως εκδηλώνουν ήπια έως μέτρια συμπτωματολογία όταν νοσήσουν από τον κορονοϊό και αναρρώνουν εξωνοσοκομειακά με τη θεραπεία που συστήνει ο οικογενειακός ιατρός . Το μεγάλο πλήγμα στην Ευρώπη άρχισε από την Ιταλία και το διαδέχθηκε η Ισπανία. Στην Ελλάδα, ο ιός ήρθε στα τέλη Φεβρουάριου του 2020, ανακοινώνοντας και το πρώτο επίσημο καταγεγραμμένο κρούσμα στο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ. Η κυβέρνηση τότε μελετώντας τις χώρες που είχαν πληγεί βάνανσα άρχισε να εφαρμόζει μια σειρά μέτρων που αφορούσαν στην πρόληψη για τη διασπορά του ιού καθώς και επιφυλακή των νοσοκομείων και του ΕΚΑΒ για την αντιμετώπιση της νόσου. Στα μέτρα αυτά ήταν και η αναστολή αδειών των υγειονομικών. Ο αρχικός προγραμματισμός των μέτρων ήταν να προφυλαχθεί το ΕΣΥ για να μπορέσει να ανταπεξέλθει εάν τα κρούσματα ήταν αρκετά. Έτσι σε σύντομο

χρονικό διάστημα εφαρμόστηκε η καραντίνα και η απαγόρευση κυκλοφορίας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τη αποφόρτιση των ΜΕΘ από σοβαρά τροχαία λόγω των ελάχιστων μετακινήσεων ή των εργατικών ατυχημάτων. Επίσης πραγματοποιήθηκε ακύρωση προγραμματισμένων χειρουργείων, όπου προβλεπόταν ότι δεν θα χρειάζονταν επιπλέον νοσηλεία σε περίπτωση μεταχειρουργικών βλαβών. Ζητήθηκε ενεργός ρόλος από τους πολίτες και τους επιχειρηματίες να συμβάλουν είτε με τηλεργασία είτε με το κλείσιμο επιχειρήσεων για μείωση του συνωστισμού.

Δημιουργήθηκαν νέες συνθήκες εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας, νέα τμήματα υποδομής υπόπτων περιστατικών καθώς και νοσοκομεία έφυγαν από τις γενικές εφημερίες και έγιναν αμιγώς για covid. Δημιουργήθηκε η ανάγκη για άνοιγμα νέων ΜΕΘ και εύρεση μέσων ατομικού εξοπλισμού για προφύλαξη των υγειονομικών όπως μάσκες απλές, στολές μολυσματικών υλικών, προσωπίδες, γυαλιά προστατευτικά και μάσκες υψηλής προστασίας. (FFp3 ή 2 & KN95)

Άρχισε να αναζητείται νέο προσωπικό να στελεχώσει τις ΜΕΘ και να αναπληρώσει τους εργαζομένους που βγήκαν σε άδεια ειδικού σκοπού για να προστατευτούν από την έκθεση τους στον ιό λόγω του βεβαρυσμένου ιατρικού ιστορικού.

Αυτές οι νέες συνθήκες εργασίας πολύ πιθανόν οδηγήσουν τους επαγγελματίες υγείας να αισθανθούν κόπωση, εξάντληση, να νιώθουν ανασφάλεια εάν πρέπει να συνεργαστούν με νέους υπάλληλους και οι νέοι υπάλληλοι να νιώθουν και αυτοί το ίδιο, λόγω του ότι δεν έχουν το απαιτούμενο χρόνο που χρειάζεται να εκπαιδευτούν σε εξειδικευμένα τμήματα, επίσης υπάρχει το αίσθημα απομάκρυνσης από την εργασία τους λόγω φόβου έκθεσης στην covid. Έντονα είναι και τα προβλήματα στην επικοινωνία με τους ασθενείς μέσα από τις στολές προστασίας, τα οποία οδηγούν τον επαγγελματία να δυσανασχετεί και να νιώθει αναποτελεσματικός. Όλα τα παραπάνω δημιουργούν επιπλέον άγχος και προσθέτουν μία ακόμα πιθανή αιτία για την εμφάνιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Η πανδημία είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τους εργαζομένους στην υγεία για την εμφάνιση ΕΕ. Στην αρχή της αντιμετώπισης της πανδημίας, είναι δυνατόν να υπάρχουν σωματικά και ψυχικά αποθέματα στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι με αυταπάρνηση και επιδεικνύοντας επαγγελματισμό, βρίσκονται όλοι με υπευθυνότητα στην πρώτη γραμμή. Τα ΜΜΕ βοήθησαν στην ενθάρρυνση και την εμπύχωση των Υγειονομικών. Η έμπρακτη στήριξη από επιχειρήσεις αλλά και απλούς πολίτες μέσω δωρεών έδωσε την αίσθηση ότι οι αγώνες που κάνουν έχουν αναγνώριση και ότι σε αυτή την μάχη υπάρχει αποκούμπι για βοήθεια από τον διπλανό. Η πολιτική ηγεσία εμπύχωσε τον κλάδο μέσα

από εξαγγελίες για οικονομική ενίσχυση και αναγνώριση του επαγγέλματος ότι είναι ειδικών συνθηκών.

Στην πάροδο του χρόνου όμως και καθώς τα περιστατικά αυξανόταν, οι προσλήψεις για να ενισχυθεί το σύστημα δεν ήταν αρκετές. Λόγω ελλείψεως υλικών γινόταν συχνή αναπροσαρμογή των οδηγιών για τη χρήση μάσκας, επίσης υπήρχε μια αντικρουόμενη οδηγία όπου οι πολίτες που εκτέθηκαν σε θετικό κρούσμα θα παραμείνουν σε καραντίνα για 14 ημέρες, ενώ οι υγειονομικοί για 7 ημέρες, στη συνέχεια μειώθηκε ο χρόνος στις 4 ημέρες για τους ΕΥ ενώ στους πολίτες ο χρόνος παραμονής σε καραντίνα έμεινε αμετάβλητος.

Οι εργαζόμενοι ακόμη και σήμερα εργάζονται χωρίς να έχουν λάβει τις άδειες που δικαιούνται. Οι βάρδιες αυξήθηκαν. Μέχρι σήμερα το Υπουργείο Υγείας δεν έχει αναγνωρίσει το επάγγελμα ως βαρύ και ανθυγιεινό παρότι η έκθεση σε μολυσματικούς παράγοντες θέτουν τον εργαζόμενο σε κίνδυνο και οδηγούν ακόμη και στο θάνατο. Η οικονομική ενίσχυση δόθηκε μόνο για ένα χρόνο και κατά την περίοδο του Πάσχα σαν εποχικό έξτρα δώρο χωρίς να έχει μόνιμο χαρακτήρα, όπως ίσχυε πριν το 2013 και όπως συνεχίζει να ισχύει για τους εργαζομένους στον ιδιωτικό τομέα.

Μετά την παρέμβαση των σωματείων και των ομοσπονδιών και προς αποφυγή περαιτέρω διασποράς του ιού δόθηκαν επικυρωμένες νέες οδηγίες για τη σωστή απόρριψη των μολυσματικών υλικών, την εφαρμογή στολών, την συχνή αλλαγή των ΜΑΠ.

Ζητήθηκε με διαμαρτυρίες των εργαζομένων η αναπλήρωση των κενών θέσεων με προσλήψεις μόνιμου χαρακτήρα, καθώς και η αγορά υλικών και ΜΑΠ. Επίσης από τα πάγια αιτήματά τους ήταν και είναι ο θάνατος εργαζομένου από covid να θεωρηθεί εργατικό ατύχημα.

Συνεπώς η εξάντληση του προσωπικού από τις συνεχόμενες βάρδιες, η περικοπή αδειών, η απαίτηση να αντιληφθούν και να αποδεχθούν ότι λόγω της επιδημίας έγιναν αυτές οι περικοπές, η διαχείριση περιστατικών με νέα πρωτόκολλα και νέο εξοπλισμό, η δημιουργία ανασφάλειας από την εξάπλωση του ιού στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η καραντίνα και οι άδειες ειδικού σκοπού και τώρα οι αναστολές εργασίας λόγω ανεμβολίαστων, μείωσαν ακόμη περισσότερο το εργατικό δυναμικό που εργάζονται σε δημόσιους οργανισμούς υγείας, ενισχύοντας πιθανότατα την αύξηση των ποσοστών της Επαγγελματικής Εξουθένωσης εξαιτίας πρόσθετης κόπωσης. Όταν το προσωπικό είναι ήδη κουρασμένο από τις ελλείψεις σε άτομα και υλικά, τα νοσοκομεία έχουν πληρότητα άνω των δυνατοτήτων τους από ασθενείς, οι διακομιδές με ασθενοφόρα έχουν αυξηθεί, ο στόλος τους έχει μειωθεί από την παλαιότητα και δεν έχει γίνει διαγωνισμός για αγορά

νέων (σ.σ. στην Αττική η τελευταία αγορά ασθενοφόρων έγινε το 2004) ενώ οι περισσότεροι εργαζόμενοι βρίσκονται κοντά στην περίοδο συνταξιοδότησής τους, ως συνέπεια όλων των παραπάνω έχει φανεί ότι είναι πιο πιθανή η εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης. (Gómez-Urquiza, 2017)

Σύμφωνα με την προηγούμενη ανάλυση, οι φορείς υγείας πρέπει να οργανώσουν τις στρατηγικές για την πρόληψη και την προστασία των εργαζόμενων τους από τη μετάδοση του ιού, με την εξασφάλιση καλών συνθηκών υγιεινής, επαρκούς εξοπλισμού, ψυχολογικής υποστήριξης. Με σκοπό να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα εξουθένωσης που είναι πιθανό να εμφανιστούν στο προσωπικό αλλά και τυχόν μετατραυματικό άγχος, η πολιτική ηγεσία πρέπει να βοηθήσει οικονομικά και να εγκρίνει τέτοιες πρωτοβουλίες. (Burdorf, Porru&Rugulies, 2020)

Οι έρευνες για αύξηση εργασιακού burnout που έγιναν στις ΗΠΑ από τις Mc Kinsey & Company και LeanIn (η έκθεση δημοσιεύτηκε στο CNN), ανάμεσα σε διάφορους οργανισμούς (όχι μόνο σε επαγγέλματα υγείας), επιβεβαίωσαν μια αύξηση στην περίοδο της πανδημίας από το 32% σε 42% για τις γυναίκες και από το 28% στο 35% στους άνδρες μέσα σε ένα χρόνο. Μεγάλο ήταν και το ποσοστό που σκέφτηκε να παραιτηθεί από τη δουλειά του ή την επαγγελματική του ανέλιξη (μια στις τρεις γυναίκες).

(Αναδημοσίευση στα ελληνικά The LiFO team 30.9.2021 προσβάσιμη στις 6/10/21)

Μια ακόμη έκθεση από τη Γερμανία επιβεβαιώνει την αύξηση της πρόθεσης των ανθρώπων να ζητήσουν ψυχοθεραπεία χωρίς βέβαια να φαίνεται ότι η επιδημία προσβάλλει και την ψυχοσύνθεση εκτός από τη γενική υγεία των ανθρώπων. Η αύξηση αποτυπώνεται σε ποσοστό 40% σύμφωνα με την αναφορά στην DW από τον Γενς Μπάας, διευθύνοντα σύμβουλο στο γερμανικό ταμείο υγείας Techniker Krankenkasse. Το ταμείο συχνά δημοσιεύει αναφορές για θέματα υγείας των Γερμανών ασφαλισμένων.

Στην τελευταία του αναφορά που περιλαμβάνει δημοσκόπηση του ινστιτούτου Forsa καθώς και έρευνα του Τεχνικού Πανεπιστημίου του Κέμνιτς, το 42% των ερωτηθέντων δήλωναν ότι βιώνουν «βαριά ή πολύ βαριά» την περίοδο της πανδημίας. Τον Μάιο του 2020 το ποσοστό αυτό ανερχόταν στο 35%. Αυτή η αύξηση αποδίδεται από εκτιμήσεις ότι οδηγείται στη συμφόρηση των γεγονότων χωρίς αποσυμπίεση οδηγώντας στην συνέχεια σε βαριά μορφή Επαγγελματική Εξουθένωση (Ζαμπίνε Κίνκαρτς, Επιμέλεια: Δήμητρα Κυρανούδη, in.gr προσβάσιμη στις 5/10/21)

Κεφάλαιο 2

2.1 Ποιότητα ζωής

Η εξουθένωση έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του εργαζομένου, με περισσότερες συγκρούσεις και επιθετικότητα (Wu et al., 2011).

Η ποιότητα ζωής εάν και έχει μελετηθεί πολύ από αρκετούς ερευνητές και έχει αρχίσει να συζητείται και να ερευνάται πριν από αρκετό χρόνο εν τούτοις δεν της έχει αποδοθεί ένας επακριβής ορισμός. Προσεγγίζεται σημειολογικά περιέχοντας έννοιες όπως η σωματική και η κοινωνική ευεξία . Ο Fallowfield δίνει μια προσέγγιση μέσα από τρεις διαστάσεις,

- τη σωματική ευεξία του ατόμου
- τη ψυχική ευεξία
- την κοινωνική ευεξία. (Μπελλάλη, 2007/ Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001)

Για την Ποιότητα Ζωής, ο ΠΟΥ δίνει μια προσέγγιση ορίζοντάς την ως *«οι ατομικές αντιλήψεις των ανθρώπων για τη θέση τους στη ζωή υπό το πρίσμα του πολιτισμικού πλαισίου στο οποίο ζούνε και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τα ενδιαφέροντα τους»*. Η υγεία δηλαδή σε συσχέτιση με τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές λειτουργίες του ανθρώπου. (Symeou Konstantinou etal, 2018)

Εδώ να σημειώσουμε ότι από τον ΠΟΥ η υγεία ορίζεται ως *«η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλώς η έλλειψη κάποιας νόσου»*. Η αξιολόγηση για την υγεία γίνεται μέσα από την μέτρηση της ΠΖ και περιλαμβάνει εκτός από τη συχνότητα και τη σοβαρότητα μιας νόσου και τις μεταλλάξεις της. Σημαντική παράμετρος αξιολόγησης είναι και η ευεξία του ατόμου.

Όπως και στην ΕΕ έτσι και στην ΠΖ, οι παράγοντες επιρροής χωρίζονται σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν ο τρόπος ζωής, η υγεία, η σωματική ευεξία, η σωματική ικανότητα, ο μισθός και ο τρόπος διαβίωσης και θεωρούνται πολύ σημαντικοί παράγοντες για την ΕΕ και την ΠΖ. Η υποκειμενικότητα φαίνεται να επηρεάζεται από την επιθυμία και την ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων, την ικανοποίηση από την ίδια τη ζωή, το αίσθημα ολοκλήρωσης που αισθάνεται κάποιος και την αυτοεκτίμηση που τον διακρίνει. (Σαρρής και συν., 2018; Νάκου, 2001)

Όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας, το άγχος, η κούραση, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, η επαγγελματική εξουθένωση, η κακή σωματική και φυσική κατάσταση επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα της ζωής τους και εν συνεχεία επηρεάζουν αρνητικά την επαγγελματική τους ζωή. (Συμεού, 2017)

Θετική επίδραση έχουν οι καλές σχέσεις με τους συναδέλφους, η αίσθηση ασφάλειας, η παροχή των απαραίτητων μέτρων προστασίας και η αναγνώριση του έργου από τους ασθενείς, τους προϊστάμενους και την πολιτεία.

Η ποιότητα της εργασιακής ζωής απασχολεί πλέον για έρευνα την επιστημονική κοινότητα. Αυτό συμβαίνει διότι η ολιστική ευημερία των εργαζομένων δεν είναι μόνο συνδεδεμένη με το ύψος του μισθού και την ασφάλεια στην εργασία όπως παλιότερα αλλά με την ικανοποίηση των εργαζομένων γενικά. Οι οργανισμοί προσπαθούν να εξασφαλίσουν τα όρια εργασίας σε σχέση με το ύψος των καθηκόντων που ανατίθενται σεβόμενη και την προσωπική ζωή του εργαζομένου εξασφαλίζοντας ότι θα έχει ελεύθερη προσωπική ζωή για άλλες δραστηριότητες που συμβάλουν στην καλύτερη της ΠΖ και αυτό θα έχει προέκταση στην συνεχή εξέλιξη του ανθρώπου επαγγελματικά και προσωπικά

Η ποιότητα της εργασιακής ζωής ορίζεται από τους Moorhead και Griffin, ως την ικανότητα των ανθρώπων να ικανοποιούν προσωπικές τους ανάγκες, μέσα από αυτά που αποκομίζουν στην εργασία τους. Ο Brooks το 2004, θεώρησε ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών σχετίζεται με την ικανοποίηση των προσωπικών τους αναγκών (Wangetal, 2020).

2.2 Ιστορική αναδρομή

Η ποιότητα ζωής φαίνεται να απασχολεί τους ανθρώπους από την αρχαιότητα, ο Αριστοτέλης μιλάει για το ευ ζην και το ευ πράττειν κάνοντας μια σύμπτυξη των λέξεων και δημιουργώντας την «ευδαιμονία», δηλαδή το αυτάρκες αγαθό, που αποτελεί το στόχο του ανθρώπου για την τελειότητα. (Σύγγραμμα Αριστοτέλη Ηθικά Νικομάχεια)

Η ποιότητα της ζωής στη σύγχρονη εποχή άρχισε να διερευνάται τη δεκαετία του '60 και στην ιατρική κοινότητα λίγο αργότερα (1966). Αιτία ήταν η αλματώδης αύξηση της ιατρικής τεχνολογίας και η προσφερόμενη ποιότητας ζωής στους ασθενείς (Pennacchinietal, 2011). Στη συστηματική ανασκόπηση άρχισε να ερευνάται τη δεκαετία του 70 πώς διάφορα γεγονότα έχουν επίδραση στην ΠΖ. (Αργέντου, 2009)

Στην συνέχεια σε πολλά επαγγελματικά και ερευνητικά πεδία η ΠΖ γίνεται αντικείμενο μελέτης με σκοπό την εις βάθος διερεύνησή της και την ανάδειξη των παραγόντων που την επηρεάζουν.

2.3 Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής και την Επαγγελματική Εξουθένωση.

Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης, αποτελεί μεγάλο παράγοντα αρνητικής επίδρασης στην ΠΖ του ανθρώπου και την ψυχική του υγεία. Επιπλέον, έχει αρνητικό αντίκτυπο και στη σωματική υγεία, αυξάνοντας τη νοσηρότητα και τις ψυχοσωματικές διαταραχές. Ο συσχετισμός με την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη, διαταραχές ύπνου, μυοσκελετικούς πόνους, μείωση της γονιμότητας και αύξηση της θνησιμότητας από όλους τους παράγοντες όπως εμφράγματα, κρίσεις πανικού, δυσλιπιδαιμία, χρόνια κατάθλιψη και αλκοολισμός είναι συχνά φαινόμενα. Έχει υποστηριχθεί ότι το Burnout είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου της καρδιάς (Melamed, Kushnir & Shirom, 1992). Για να προστατεύονται οι εργαζόμενοι και να εξασφαλίζεται ένα καλό επίπεδο ΠΖ, είναι σημαντικό να υπάρχει μέριμνα από τη κυβέρνηση και τις διοικήσεις των φορέων, οργανισμών, νοσοκομείων, για την πρόληψη του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης ή και την αντιμετώπιση του.

Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, είναι μία θεωρία με πολλές διαστάσεις. Για τη μέτρησή της πρέπει να γίνει μια προσέγγιση στον ορισμό της και τις αλληλοεπιδρώμενες έννοιες που περιέχει. Η λεπτομέρεια του ορισμού είναι αυτή που θα ελαττώσει την παρερμηνεία των αποτελεσμάτων της μελέτης. Η μέτρηση της ΠΖ σαν πολυδιάστατη έννοια μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς τρόπους, σύμφωνα με τους στόχους της έρευνας και της διάστασης που θα επιλεγεί. (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001)

Η ΣΥΠΖ αναφέρεται σε ασθενείς και το πως αντιλαμβάνονται τη θεραπευτική προσέγγιση. Η προσέγγιση δεν σταματά μόνο στη σωματική θεραπεία αλλά εμπεριέχει την ψυχολογική - συναισθηματική προσέγγιση που δέχεται στο πως λειτουργεί θεραπευτικά. Μέσα από αυτές τις προσεγγίσεις δημιουργούνται ασάφειες και σε συνδυασμό με την υποκειμενικότητα είναι δύσκολο να προσδιοριστούν επακριβώς. Έτσι η λειτουργικότητα του ατόμου αποδίδεται μέσα από τρεις distances:

A) την υποκειμενική εκτίμηση της σωματικής και ψυχικής λειτουργικότητας του ατόμου

B) την επίδραση της γενικής υγείας στη λειτουργικότητα του ανθρώπου

Γ) το πως η γενική (σωματική - ψυχική) λειτουργικότητα δρα θετικά ή αρνητικά ώστε το άτομο να εκπληρώσει τους στόχους που επιθυμεί.

Η ΣΥΠΖ αποτελεί μία κυμαινομένη έννοια που επηρεάζεται από γεγονότα της ζωής του ατόμου. Σημαντικό ρόλο παίζουν η βελτίωση των συνηθειών του ατόμου πχ οι αλκοολικοί και οι καπνιστές επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής τους, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις με νέες έρευνες, οι επιστημονικές εξελίξεις με την πρόοδο της τεχνολογίας, η πολιτική υγείας που χαράζει η κάθε χώρα και την προτεραιότητα που θέτει για το εάν η ποιότητα ζωής του λαού της θα βελτιωθεί ή όχι. (Δημητρόπουλος και συν, 2015)

Επιπλέον, άλλοι συντελεστές που έχουν επίπτωση στην ΠΖ είναι το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο (η εκπαίδευση που δέχεται το άτομο), το επάγγελμα και οι συνθήκες εργασίας, ο τόπος διαμονής και η κατοικία, οι διατροφικές συνήθειες, οι κοινωνικές σχέσεις, οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής του ατόμου, η κατάσταση υγείας και η ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. (Σαρρής και συν., 2018)

2.4 Ερωτηματολόγια μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

Η μέθοδος μέτρησης της ΣΠΖ βασίζεται στους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες. Επομένως οι μετρήσεις θα γίνουν πάνω σε αυτές. Οι αντικειμενικές μετρήσεις υπολογίζονται σε γεγονότα τα οποία είναι μετρήσιμα και υπαρκτά, π.χ. το ποσοστό αναπηρίας λόγω κάποιας νόσου. Οι υποκειμενικές μετρήσεις, έχουν να κάνουν ως επί το πλείστον στις αναφορές του ατόμου σχετικά με την ψυχολογική και

συμπεριφορική κατάστασή του, όπως όμως τη βλέπει το ίδιο το άτομο, ενώ συχνά συγκλίνουν με τη θέση του ατόμου στην κοινωνία.

Η επιστημονική της μέτρηση πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένες μεθόδους και τα ερωτηματολόγια της οφείλουν να προσαρμόζονται σε συγκεκριμένες απαιτήσεις για την συλλογή ασφαλών δεδομένων.

Η πρώτη προϋπόθεση είναι να έχει δοθεί ένας ορισμός, πάνω στον οποίο θα βασιστεί η έρευνα. Το ζητούμενο είναι η παρουσίαση ενός εύκολου ερωτηματολογίου με σαφές ερωτήσεις, αισθητικά όμορφο και εύκολο στην ανάγνωση που θα επιδιώκει τη γρήγορη συμπλήρωσή του χωρίς απορίες ή χρονοβόρες μεγάλες απαντήσεις. Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου και η αξιοπιστία του γίνεται μέσα από τεχνικούς ελέγχους.

(Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001)

Περιληπτικά αναφέρονται πιο κάτω μερικά ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της ΣΥΠΖ:

- Ερωτηματολόγια WHOQOL-100 & WHOQOL-BREF

Τα ερωτηματολόγια που δημιουργήθηκαν από τον ΠΟΥ, WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF, έχουν μεταφραστεί σε 29 γλώσσες και είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο που έχει σαν σκοπό να αναδειξεί τις αντιλήψεις ενός ατόμου, σχετικά με τη θέση του στη ζωή και το πως η κοινωνική κουλτούρα και οι αξίες που έχει αποκτήσει, επηρεάζουν τους στόχους, τις προσδοκίες, τα ιδανικά και τις ανησυχίες του. (WHO, 2012)

Η μετάφραση στα ελληνικά έγινε σε 26 ερωτήσεις και οι επόμενες τέσσερις ερωτήσεις που προστέθηκαν έγιναν ώστε το ερωτηματολόγιο να προσαρμοστεί στα ελληνικά κοινωνικά και πολιτισμικά δεδομένα. (Ginieri-Coccosisetal 2012)

- Ερωτηματολόγιο Short Form 36

Το ερωτηματολόγιο Short Form 36 χρησιμοποιείται συχνά για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής στα αναπτυγμένα κράτη της ΗΠΑ και της Ευρώπης. Στο σύνολο είναι 36 ερωτήσεις όπως φαίνεται και από τον τίτλο του ερωτηματολογίου. (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001)

Οι ερωτήσεις είναι γενικές, αφορούν στην υγεία και χωρίζονται σε 8 κλίμακες:

α) σωματική λειτουργικότητα β) ρόλος-σωματικός γ) σωματικός πόνος δ) γενική υγεία

ε) ζωτικότητα στ) κοινωνική λειτουργικότητα ζ) ρόλος συναισθηματικός η) ψυχική υγεία.

Στην Ελλάδα, το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί αρκετές φορές με επιτυχία σε πολλές έρευνες και έχει αποδείξει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. (Σαρρής και συν., 2018) Από τα πλεονεκτήματα του SF-36, είναι η ταυτόχρονη καταχώρησης της φυσικής και πνευματικής κατάστασης του συμμετέχοντα στην έρευνα. (Υφαντόπουλος, 2007)

- Ερωτηματολόγιο EQ-5D

Το EQ-5D είναι ένα όργανο γενικής χρήσης έχοντας ως πλεονεκτήματα του τα υψηλά ποσοστά συμπλήρωσης, την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του. Αποτελείται από δύο συστήματα: το περιγραφικό σύστημα (Descriptive System) και την οπτική αναλογική κλίμακα (VAP scale). Το Descriptive Systems αποτελείται από πέντε διαστάσεις: α) η κινητικότητα β) οι καθημερινές δραστηριότητες γ) η αυτοεξυπηρέτηση δ) ο πόνος ή η δυσφορία ε) το άγχος ή η κατάθλιψη. Η οπτική αναλογική κλίμακα είναι μία εκατοντάβαθμη ψυχομετρική κλίμακα 20 εκατοστών, και αφορά στην αυτοβαθμολόγηση της κατάστασης υγείας, με το 0 να αποτελεί απάντηση για την χειρότερη δυνατή κατάσταση υγείας. (Παπαδόπουλος και συν., 2007)

- Ερωτηματολόγιο EQ-15D

Το ερωτηματολόγιο EQ-15D αποτελείται από δεκαπέντε διαστάσεις και είναι ιδανικό για μελέτες που αφορούν κοινωνικά γεγονότα. Είναι σημαντικό εργαλείο για μέτρηση της ΠΖ. Οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου αφορούν βασικές λειτουργίες του οργανισμού και δραστηριότητες ατόμου. Αυτές είναι : Όραση, Ακοή, Αναπνοή, Ύπνος, Φαγητό, Ομιλία, Αφόδευση, Συνήθειες δραστηριότητες, Νοητικές λειτουργίες, Συμπτώματα, Κατάθλιψη, Ψυχολογικό στρες, Σεξουαλική ικανότητα. (Υφαντόπουλος, 2001)

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και αποτελεί ένα εξαιρετικό εργαλείο εάν συνδυαστεί με κάποιο άλλο για την διεύρυνση της ΕΕ, διότι η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει πολλούς τομείς των ανθρώπινων λειτουργιών και δραστηριοτήτων επιπλέον κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά στην εμφάνιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου της ΕΕ.

- Nottingham Health Profile

Το Nottingham Health Profile έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Είναι εύχρηστο και έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ξεχωρίζει γιατί δεν ρωτάει ευθέως το άτομο για τα προβλήματα υγείας του και με αυτό τον τρόπο μπορεί να αλιεύσει άτομα υψηλού κινδύνου που τα ίδια δεν έχουν αντιληφθεί ότι τα συμπτώματά τους σχετίζονται με κάποια ασθένεια. (Βιδάλης & Συγγελάκης, 2000)

Συνεπώς αξιολογεί υποκειμενικά την κατάσταση υγείας των ανθρώπων σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο. Χωρίζεται σε δύο τμήματα, το πρώτο περιλαμβάνει 38 ερωτήματα, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε έξι διαστάσεις:

Κινητικότητα – Ενεργητικότητα, Πόνος, Συναισθηματικές Αντιδράσεις, Ύπνος, Κοινωνική απομόνωση, Σωματική Κίνηση.

Οι επόμενες ερωτήσεις έχουν σαν θέμα την καθημερινότητα του ατόμου και αποτελούνται από επτά τομείς: Εργασία, Νοικοκυριό, Κοινωνική ζωή, Οικογενειακή Ζωή, Σεξουαλικότητα, Ιδιαίτερα Ενδιαφέροντα, Διακοπές.

Τέλος, όλα τα ερωτηματολόγια έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στους Επαγγελματίες Υγείας. Αναφορικά με έρευνες που έγιναν βασισμένες σε αυτά τα εργαλεία και **σύμφωνα με τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από τις απαντήσεις**, συμπεραίνεται ότι η ΠΖ στους ΕΥ είναι από μέτρια ως κακή, και η ψυχική τους κατάσταση είναι σε χειρότερο επίπεδο από αυτό της σωματικής τους υγείας, ενώ παρουσιάζονται έντονα συναισθήματα κόπωσης και εξουθένωσης. (Moradi, Maghaminejad & Azizi-Fini, . , Suleimanetal, 2019., Σαρρής και συν, 2018)

Κεφάλαιο 3

3.1 Η επείγουσα προ-νοσοκομειακή φροντίδα

Το προσωπικό, τα οχήματα με τον εξοπλισμό και οι εγκαταστάσεις αποτελούν ένα σύστημα φροντίδας που δρα σε επείγοντα περιστατικά όπως είναι οι τραυματισμοί και οι αιφνίδιες παθήσεις. Η επείγουσα φροντίδα παρέχεται κυρίως στο σημείο του συμβάντος και κατά τη διακομιδή των ασθενών στο νοσοκομείο. Σε κάποια συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, η φροντίδα των ασθενών παρέχεται εντός των νοσοκομείων κατά την παραμονή τους στα ΤΕΠ.

Η διαφορά ανάμεσα στα συστήματα φροντίδας υγείας όσον αφορά στις ιατρικές πράξεις στις οποίες θα προβούν οι παραϊατρικοί διασώστες επειγόντων, έχει να κάνει με το επίπεδο εκπαίδευσης και τις δεξιότητες που αποκτούν οι εργαζόμενοι, καθώς και το καθηκοντολόγιο που τους επιτρέπει νομοθετημένα να ασκούν τις ιατρικές και διασωστικές πράξεις που έχουν διδαχθεί. Όλες οι ενέργειες που γίνονται στο εξωνοσοκομειακό χώρο, στο σημείο του συμβάντος, απαιτούν γνώση και ικανότητες για τη διάγνωση και τη διάσωση του ασθενή και επιπλέον τη σωστή μεταφορά του χωρίς να βλάψουν περαιτέρω την υγεία του. (Sprateetc 1995)

3.2 Το Σύστημα Υγείας στο διεθνές περιβάλλον

Σύστημα Υγείας είναι η οργάνωση και η διάθεση πόρων στην υγεία με σκοπό την βελτίωση της. Τα συστήματα υγείας μπορούν να οργανωθούν σε διάφορα επίπεδα. Αρχίζουν από την πρωτοβάθμια και επεκτείνονται έως την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας που είναι η ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Η προ- νοσοκομειακή φροντίδα συναντιέται κυρίως στο πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Κατά τον ΠΟΥ οι υπηρεσίες EMS περιλαμβάνουν μόνο τη φροντίδα σταθεροποίησης ζωτικών λειτουργιών στον τόπο του συμβάντος ενός ασθενή, μέσα από την επείγουσα ιατρική που παρέχουν οι εργαζόμενοι των ασθενοφόρων και τη διακομιδή αυτού στο κατάλληλο νοσοκομείο.

Τα κράτη παρέχουν διαφορετικό επίπεδο γνώσεων και εξειδίκευση στους εργαζομένους των επειγόντων. Αναφερόμενοι στην Αμερική σαν παράδειγμα, έχουμε να επισημάνουμε ότι μέσα από έρευνες που έχουν διεξαχθεί, διαπιστώθηκε ότι οι καλά πιστοποιημένοι διασώστες που παρέχουν υψηλού επιπέδου φροντίδα μειώνουν κατά πολύ τις σωματικές βλάβες και προλαμβάνουν χρόνιες αναπηρίες με απώτερο σκοπό τη μείωση του κόστους θεραπείας και αποκατάστασης στους ασθενείς με αποτέλεσμα την αύξηση της ποιότητας στην υγεία στον γενικό πληθυσμό της. (PHTLS, 2017)

3.3 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες. Τα εθνικά, τα μικτά και τα φιλελεύθερα. Τα πιο συνηθισμένα είναι τα μικτά. Ο συνδυασμός δηλαδή του ιδιωτικού και του δημόσιου φορέα όπου καλύπτεται το κόστος υπηρεσιών υγείας με την κοινωνική ασφάλιση. Η Ελλάδα και κυρίως η Ευρώπη χρησιμοποιεί τα μικτά συστήματα. Η χρηματοδότηση γίνεται μέσω της φορολογίας και των ασφαλιστικών κρατήσεων. Το ΕΣΥ δημιουργήθηκε το 1983 σαν μια μεταρρύθμιση που ήταν υποχρέωση της Ελλάδας για την ένταξη της στην τότε ΕΟΚ. (Θεοδώρου κ.α. 2001)

Το σύστημα υγείας συμβάλλει στην κάλυψη μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού αλλά αντιμετωπίζει προβλήματα ως προς την κάλυψη των ορεινών γεωγραφικών περιοχών και της νησιώτικης Ελλάδας.

Επιπρόσθετα, ενώ καταβάλλει προσπάθεια να παρέχει ισότιμες παροχές υγείας, αντιμετωπίζει προβλήματα στις οικονομικές ανισότητες και κυρίως στους χρόνια πάσχοντες οι οποίοι είναι άποροι. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η χαμηλή ανάπτυξη στην πρωτοβάθμια υγεία και η αργή ανάπτυξη στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. (Σουλιώτης, Κ. 2000)

3.4 Το Ε.Σ.Υ και η σύνδεσή του με τους εργαζόμενους

Στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία και τους οργανισμούς όπως είναι το ΕΚΑΒ το φαινόμενο της έλλειψης οργάνωσης, της μη αποτελεσματικής διαχείρισης και της αποχής

της αξιολόγησης από την παραγωγικότητα και την απόδοση των εργαζομένων, είναι αρκετά συχνό και παρατηρείται έντονα. (Bellou, 2010)

Πολύ σημαντικό παράγοντα σε όλα αυτά έχει η συχνή πολιτική παρέμβαση στους δημόσιους οργανισμούς που δημιουργεί διακρίσεις πολιτικής φύσεως ανάμεσα στους εργαζόμενους. Επιπλέον οι διοικήσεις των οργανισμών χρειάζεται να σταματήσουν να αλλάζουν με τη συχνότητα που αλλάζει η πολιτική ηγεσία του υπουργείου, αφήνοντας ανεκπλήρωτα τα χρονοδιαγράμματα και τους στόχους που έχουν χαράξει όταν ανέλαβαν καθήκοντα μάλιστα.

Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ελλάδος, το Ε.Σ.Υ προσφέρει ελάχιστη ως μηδαμινή παροχή κινήτρων στους επαγγελματίες υγείας, ώστε να βελτιωθούν οι δυνατότητές τους και η επαγγελματική τους ανέλιξη. (Μακρής κ.α., 2011)

Η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων στα Δημόσια ελληνικά Νοσοκομεία και οργανισμούς, γίνεται με συγκεντρωτικό τρόπο. Η στελέχωση από προσωπικό γίνεται από το Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού (ΑΣΕΠ) και η μισθολογική και βαθμολογική εξέλιξη του εργαζόμενου εξαρτάται από συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο, χωρίς να προσμετρείται η επαγγελματική προϋπηρεσία του ιδιωτικού τομέα. (Bondur, 2002)

3.5 Τα θεωρητικά μοντέλα προσέγγισης ασθενών **Scoop and Run VS Stay and Play**

Έχουν αναπτυχθεί δυο μοντέλα προσέγγισης ασθενών το **Scoop and Run** που έχει να κάνει με το να **μαζέψεις** (παραλάβεις/διακομίσεις) τον ασθενή από το σημείο του συμβάντος και να το διακομίσεις άμεσα στο κατάλληλο και πλησιέστερο νοσοκομείο. Η λογική αυτού του μοντέλου έχει να κάνει με την «χρυσή ώρα» που πλέον λέγεται χρυσή περίοδος και απευθύνεται σε ασθενείς με τραυματισμούς και μεγάλες αιμορραγίες.

Οι Πολιτείες των ΗΠΑ και η Αγγλία χρησιμοποιούν συνήθως αυτήν την προσέγγιση ασθενών. Το **Stay and Play** αναφέρεται στο ότι οι διασώστες μένουν στο σημείο συμβάντος και κάνουν ενέργειες διάσωσης χωρίς να βιάζονται να παραλάβουν έναν ασταθή αιμοδυναμικά ασθενή. Οι χώρες που το χρησιμοποιούν κυρίως είναι η Γαλλία και η Γερμανία και έχει να κάνει με την εξειδίκευση που έχει το προσωπικό που απαρτίζει το

πλήρωμα των ασθενοφόρων. Συνήθως τέτοια ασθενοφόρα δεν απαρτίζονται μόνο από διασώστες αλλά από και ιατρούς, ακόμα και νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. (PHTLS 2020)

3.6 Η προνοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα

Ο κύριος επίσημος φορέας που προσφέρει υπηρεσίες επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα είναι το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Ιδρύθηκε τη δεκαετία του '80 και συγκεκριμένα με το Ν.1579/85. Ως κέντρο αποφάσεων έχει την Αθήνα και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας. Είναι οργανισμός με τη μορφή του Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΙΔΔ) και τα έξοδα λειτουργίας του καλύπτονται από τον δημόσιο προϋπολογισμό. Το 2019, ο οργανισμός ενσωμάτωσε στη δομή του το ΕΚΕΠΥ και το ΕΣΚΕ και μετονομαστήκαν ΚΕΠΥ-ΕΚΑΒ και ΕΣΚΕ-ΕΚΑΒ που σκοπός τους είναι ο έλεγχος και ο συντονισμός όλων των φορέων ιδιωτικών και δημοσίων που αφορούν όχι μόνο στην προ-νοσοκομειακή διαχείριση αλλά και στη νοσοκομειακή, ειδικά σε έκτακτες περιπτώσεις και περιόδους υγειονομικών κρίσεων όπως η πανδημία Sars-Covid19.

Το 2019 με το Ν.4633/19 νομοθετήθηκε και ο σκοπός του οργανισμού που είναι: *«ο συντονισμός της παροχής σε έκτακτες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες και η μεταφορά των πολιτών αυτών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ο συντονισμός της νοσοκομειακής και προ- νοσοκομειακής φροντίδας σε καταστάσεις εκτάκτων αναγκών και κρίσεων και η παρακολούθηση και ο συντονισμός των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.»*.

3.7 Η δομή του ΕΚΑΒ

Το ΕΚΑΒ είναι αναπτυγμένο σε 12 παραρτήματα στην επικράτεια και κάθε παράρτημα απαρτίζεται από μικρότερους τομείς, στο σύνολο τους 130 . Ο οργανισμός ως ανώτερο όργανο διοίκησης έχει διοικητικό συμβούλιο και ανώτερο στέλεχος διοίκησης είναι ο πρόεδρος του ΔΣ. Ο πρόεδρος και τα μέλη του συμβουλίου έχουν τετραετή θητεία. Εντός του ΕΚΑΒ υπάρχουν και θεσμοθετημένα όργανα τα οποία βοηθούν σε περαιτέρω δράσεις του φορέα.

Ονομαστικά τα όργανα που λειτουργούν εντός ΕΚΑΒ είναι η Ομάδα Διαχείρισης Κρίσεως (ΟΔΙΚ), η Επιτροπή Οδικής Ασφάλειας, ο Τομέας Πρόληψης Ατυχημάτων, το Επιστημονικό Συμβούλιο, η Εκπαιδευτική Επιτροπή, το Συντονιστικό Όργανο.

3.8 Μέσα και υπηρεσίες του ΕΚΑΒ

Τα ασθενοφόρα που απαρτίζουν το στόλο του ΕΚΑΒ είναι περίπου 760, χωρίζονται σε ασθενοφόρα επειγόντων και διακομιδών και σε ιατρικές κινητές μονάδες που χρησιμοποιούνται είτε σαν διακομιδές μεταξύ ΜΕΘ των νοσοκομείων είτε όταν στο πλήρωμα υπάρχει και ιατρός χρησιμοποιείται σαν επείγουσα προ-νοσοκομειακή ιατρική. Στη δύναμη των μέσων διακομιδής θα πρέπει να προστεθούν και τα εναέρια μέσα, που είναι αεροπλάνα μικρού μήκους (2), ελικόπτερα (2) και σε αυξημένες ανάγκες ή σε ακραίες καιρικές συνθήκες υπάρχει συνεργασία με τις ένοπλες δυνάμεις όπου παρέχουν στρατιωτικά αεροσκάφη παντός καιρού και μεγάλης χωρητικότητας ασθενών. Στο επιχειρησιακό κομμάτι για αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών υπάρχουν μέσα που προσφέρουν άμεσες πρώτες βοήθειες . Αυτά είναι οι μοτοσικλέτες ταχείας ανταπόκρισης (25) οι οποίες απαρτίζονται από έναν πιστοποιημένο διασώστη και τα οχήματα μικρού όγκου (5) που το πλήρωμά του είναι ένας ιατρός και ένας διασώστης. Σε μεγάλες καταστροφές πχ σεισμοί ενεργοποιείται μια επίλεκτη εθελοντική ομάδα η οποία ονομάζεται ΕΤΙΚ (Ειδικό Τμήμα Ιατρικών Καταστροφών) σε αυτό παίρνουν μέρος τα οχήματα του ΕΤΙΚ (15) και τα κινητά συντονιστικά κέντρα (2 οχήματα ανά την επικράτεια) που έχουν αυτονομία σε ηλεκτρικό ρεύμα καθώς και δορυφορική τηλεφωνική λήψη. Στο σημείο του συμβάντων σε μαζικές απώλειες υγείας στήνεται μια μεγάλη σκηνή που λειτουργεί ως έκτακτο νοσοκομείο και βοηθάει σε παροχή πρώτων βοηθειών καθώς και στη διαλογή των ασθενών (triage).

Αρκετά ασθενοφόρα επίσης έχουν παραχωρηθεί σε διάφορες ΥΠΕ και χρησιμοποιούνται για ενδονοσοκομειακές μεταφορές και δευτερογενείς διακομιδές από νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας.

Από το 2020, λειτουργούν και τα πλωτά μέσα διακομιδών (3 πλωτά μέχρι σήμερα, με ενίσχυση στο προσεχές μέλλον με 2 επιπλέον) σε συνεργασία του ΕΚΑΒ και του λιμενικού σώματος, βασισμένο στα πρότυπα λειτουργίας των αεροδιακομιδών.

Κύριος βραχίονας του ΕΚΑΒ είναι και το Συντονιστικό Κέντρο όπου λειτουργεί όλες τις ημέρες του χρόνου και όλες τις ώρες της ημέρας. Σκοπός του είναι να αξιολογεί τις

κλήσεις, να δίνει τηλεφωνικές οδηγίες για πρώτες βοήθειες και να συντονίζει με τον καλύτερο τρόπο τα μέσα που έχει ώστε να φτάσουν οι υπηρεσίες υγείας του οργανισμού στον ενδιαφερόμενο άμεσα. Σε μαζικές καταστροφές, ενεργοποιεί πρωτοκόλλα τα οποία προβλέπουν την εμπλοκή και άλλων φορέων όπως η πυροσβεστική και η πολιτική προστασία.

Στις προσφερόμενες υπηρεσίες είναι και η υγειονομική κάλυψη που παρέχει το ΕΚΑΒ στο μεγαλύτερο αεροδρόμιο της χώρας, το Ελευθέριος Βενιζέλος . Από το 2001 υπάρχει σύμβαση συνεργασίας όπου το προσωπικό του ΕΚΑΒ καλύπτει υγειονομικά τα αεροδρόμιο όχι μόνο με μέσα διακομιδής αλλά και με ιατρεία ΤΕΠ εντός του αεροδρομίου όπου οι ιατροί και οι νοσηλευτές που το στελεχώνουν είναι από το προσωπικό του ΕΚΑΒ.

3.8.1 Η δύναμη ασθενοφόρων στην Αττική

Η Αττική έχει πληθυσμό εγγεγραμμένο σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του 2011 περίπου στα 3,7 εκατομμύρια άτομα. Η δύναμη ασθενοφόρων είναι στην πρωινή βάρδια περίπου 50 οχήματα, το απόγευμα γύρω στα 55 και τη νύχτα κοντά στα 30. Οι ΚΙΜ είναι από 8 σε πρωινή και απογευματινή βάρδια και 6 στην νυχτερινή βάρδια. Το πρωί και το απόγευμα επιχειρούν και τα ασθενοφόρα χρόνιων παθήσεων (8 περίπου στον αριθμό), που διακομίζουν χρόνιους ασθενείς για επανεξέταση ή αιμοκάθαρση, και εξυπηρετούν εξιτήρια από νοσοκομεία για την οικία του ασθενή όταν αυτός δεν μπορεί να μεταβεί με άλλο μέσον λόγω κινητικού κολλήματος. Το πρωί και το απόγευμα συμβάλουν και οι μοτοσυκλέτες ταχείας ανταπόκρισης, και αυτές 8 σχεδόν σε κάθε βάρδια. Οι πληροφορίες είναι από το site του ΕΚΑΒ και αναφέρονται για το διάστημα μέχρι και 6/5/20, είναι υπολογισμένες κατά μέσο όρο (ΕΚΑΒ 2021 πρόσβαση 9/10/21).

Από τα παραπάνω αναγραφόμενα αντιλαμβανόμαστε ότι η αναλογία ασθενοφόρων και πληθυσμού είναι δυσανάλογη, ειδικά εάν αναλογιστούμε τα διεθνή και ευρωπαϊκά στάνταρ των αναπτυγμένων χωρών. Ο πληθυσμός στην Αττική ύστερα και από τις μεταναστευτικές ροές λόγω της προσφυγικής κρίσης αλλά και το άνοιγμα του τουρισμού είναι κατά πολύ αυξανόμενος, με προβλέψεις να αγγίζουν τα 4,5 εκατομμύρια. Έτσι ενώ ο πληθυσμός αυξάνεται, η δύναμη των ασθενοφόρων μειώνεται, πρώτον λόγω του γερασμένου στόλου που εξαιτίας των αρκετών χιλιάμετρων δημιουργεί ασύμφορες και χρονοβόρες βλάβες και δεύτερον, λόγω ελλείψεως εργατικού πιστοποιημένου

προσωπικού. Ενδεικτικά να επισημαίνουμε ότι και σε άλλα παραρτήματα τα προβλήματα με την στελέχωση ασθενοφόρων είναι αρνητικά. Για παράδειγμα, υπάρχουν νησιά ολόκληρα στα οποία επιχειρεί ένα μόνο ασθενοφόρο όπως πχ η Σάμος, η Μύκονος κ.α.

3.9 Ο εξοπλισμός των μέσων διακομιδής

Ο εξοπλισμός που έχουν τα ασθενοφόρα για την ασφαλή αντιμετώπιση των περιστατικών περιλαμβάνει ενδεικτικά (ΕΚΑΒ, 2021):

- Πιεσόμετρο
- Αναπνευστήρα*
- Ηλεκτροκαρδιογράφο* – Απινιδωτή
- Παλμικό οξύμετρο & θερμόμετρο
- Φορείο – Φαράσι (Scoop-strecher)
- Στρώμα πολυτραυματία
- Γιλέκο απεγκλωβισμού*
- Αερονάρθηκες
- Κηδεμόνα κεφαλής (αυχενικό κολλάρο)
- Συσκευή αναρρόφησης (σταθερή και φορητή)
- Μάσκα τύπου ambu
- Φορητό στηθοσκόπιο
- Λαρυγγοσκόπιο με τρεις λάμες*
- Glucotest – Σακχαρόμετρο
- Ισοθερμική κουβέρτα
- Φαρμακευτικό εξοπλισμό.

Ο εξοπλισμός με αστερίσκο (*) βρίσκεται μόνο στις κινητές ιατρικές μονάδες (ΚΙΜ)

Οι ενέργειες και η παροχή εξειδικευμένης προνοσοκομειακής φροντίδας σε τραυματίες και ασθενείς που βρίσκονται σε απειλητική για τη ζωή τους κατάσταση, είναι ουσιαστικές και άμεσες από τους διασώστες. Μερικές σημαντικές από τις ενέργειες αυτές είναι:

- Υποστήριξη αεραγωγού με ακινητοποίηση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.
- Διατήρηση και υποστήριξη αναπνοής με χορήγηση οξυγόνου, διασωλήνωση*, κρικοθυροειδοτομή*, χρήση αναπνευστικών συσκευών
- Βασική και Εξειδικευμένη ΚΑΡΠΑ – Απινίδωση – Βηματοδότηση*
- Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας, αξιολόγηση και δυνατότητα συρραφής τραυμάτων*
- Διατήρηση κυκλοφορίας με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και φαρμάκων (μόνο με εντολή ιατρού η χορήγηση φαρμάκων)
- Αξιολόγηση και ακινητοποίηση ανοικτών και κλειστών κακώσεων και καταγμάτων άκρων και σπονδυλικής στήλης με χρήση των συσκευών ακινητοποίησης
- Αντιμετώπιση θερμικών και χημικών εγκαυμάτων
- Αντιμετώπιση δηλητηριάσεων, χρήση ναρκωτικών και άλλων ουσιών
- Διάγνωση και αντιμετώπιση επιληπτικών κρίσεων, υπογλυκαιμίας, οξέος πνευμονικού οιδήματος, οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου και πολλών άλλων απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων
- Αντιμετώπιση επειγόντων μαιευτικών (τοκετός, κ.α.), νεογνολογικών και παιδιατρικών περιστατικών
- Εκτίμηση, αξιολόγηση, ακινητοποίηση και ασφαλή διακομιδή του πολυτραυματία.

Οι πράξεις που είναι με αστερίσκο (*) διδάσκονται αλλά απαγορεύεται να γίνουν στην Ελλάδα λόγω του νομικού πλαισίου που διέπει την ειδικότητα του διασώστη. (ΕΚΑΒ, 2021)

Οι μοτοσυκλέτες χρησιμοποιούνται διεθνώς, από όλα τα σύγχρονα Συστήματα Ιατρικών Επειγόντων, για την αντιμετώπιση των κυκλοφορικών συνθηκών στα κέντρα των σύγχρονων μεγαλουπόλεων, καθώς και την ταχεία ανταπόκριση σε κρίσιμα περιστατικά, στον προβλεπόμενο χρόνο κάτω των 5 λεπτών. Ο αναβάτης - μοτοσικλετιστής είναι πιστοποιημένος διασώστης με επιπλέον παρακολούθηση σεμιναρίων καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, βασικής και εξειδικευμένης (BLS&ILS), καθώς και σεμιναρίων για την αντιμετώπιση πολυτραυματία (PHTLS)

Ο ρόλος των μοτοσικλετιστών είναι:

- Ταχεία ανταπόκριση, σε κρίσιμα συμβάντα, ιδίως καρδιολογικά, με αποτέλεσμα την επιτυχή ανάταξη περισσότερων ανακοπών
- Υποστήριξη σε ασθενοφόρο, ιδίως σε περιπτώσεις ατυχημάτων με πολλά θύματα
- Αποσαφήνιση κλήσεων για μεταφορά ασθενούς, με αποτέλεσμα την κατακόρυφη αύξηση της διαθεσιμότητας των ασθενοφόρων, τα οποία πλέον μπορούν να απασχολούνται εκεί που πραγματικά υπάρχει ανάγκη
- Κάλυψη ειδικών συμβάντων τα οποία απασχολούσαν για πολύ χρόνο ασθενοφόρα, όπως απειλές αυτοκτονίας ή φωτιές με πιθανά θύματα
- Κάλυψη θυμάτων διαδηλώσεων, συμβάντα στα οποία δεν μπορούσαν με ευκολία να προσεγγίσουν τα ασθενοφόρα
- Κάλυψη αθλητικών εκδηλώσεων, λόγω της δυνατότητας κίνησης μέσα στο πλήθος (ΕΚΑΒ, 2021).

Ο εξοπλισμός της μοτοσυκλέτας περιλαμβάνει:

- Διαγνωστικό monitor 12 απαγωγών με δυνατότητα αποστολής του καρδιογραφήματος στο ιατρό του κέντρου ασύρματα ως τηλεϊατρική.
- Παλμικό οξύμετρο, πιεσόμετρο, στηθοσκόπιο, σακχαρόμετρο, φορητή αναρρόφηση
- Πλήρες σετ αεραγωγού, με ασκό ενηλίκων, παιδιών, με στοματοφαρυγγικούς αεραγωγούς και λαρυγγικές μάσκες όλων των μεγεθών
- Σετ τραύματος, εγκαυμάτων, τοκετού
- Σετ φλεβοκέντησης με αντίστοιχους ορούς
- Αερονάρθηκες, αυχενικά κολάρα
- Φιάλη O₂, με μάσκες χορήγησης

Στις αρμοδιότητες των Διασωστών του ΕΚΑΒ είναι η μεταφορά προώρων και νεογνών που χρήζουν επείγουσας φροντίδας, από υγειονομικούς σχηματισμούς της ελληνικής περιφέρειας προς εξειδικευμένα κέντρα νοσηλείας νεογνών. Το ΕΚΑΒ πραγματοποιεί και μεταφορές νεογνών όταν είναι ακόμη στη μήτρα της μητέρας τους (μεταφορά *in utero*), εξασφαλίζοντας ασφαλείς συνθήκες στη μητέρα και το νεογνό. (ΕΚΑΒ, 2021)

Σε ειδικές καταστάσεις, όπως Μαζικές Απώλειες Υγείας από Τρομοκρατικές Ενέργειες με Όπλα Μαζικής Καταστροφής, Φυσική Μαζική Καταστροφή, Μαζικό Συμβάν που

αφορά στη Δημόσια Υγεία, Τεχνολογική Μαζική Καταστροφή, ενεργοποιείται το Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών (ΕΤΙΚ). Τα οχήματα της ΕΤΙΚ απαρτίζονται από το συντονιστικό κινητό κέντρο με δορυφορική λήψη. Πρόκειται για οχήματα που φέρουν εξοπλισμό για μαζική μεταφορά ασθενών καθώς και υποστήριξη σε υπαίθριο χώρο με στήσιμο σκηνής, που λειτουργεί ως τμήμα επειγόντων, διαλογής ή βραχείας νοσηλείας. (ΕΚΑΒ 2021)

3.10 Το προσωπικό του ΕΚΑΒ

Ο κύριος πυλώνας του ΕΚΑΒ είναι οι διασώστες - πληρώματα ασθενοφόρων οι οποίοι είναι πτυχιούχοι διασώστες της σχολής των ΙΕΚ με τίτλο «διασώστης πλήρωμα ασθενοφόρου». Ανήκουν στη μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση και τα καθήκοντά τους καλύπτονται από το 2007 με προεδρικό διάταγμα. Τον οργανισμό τον απαρτίζουν και διοικητικά στελέχη για τις οικονομικές και διοικητικές υπηρεσίες, καθώς ιατροί και νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές στο οργανόγραμμα του ΕΚΑΒ έχουν κυρίως καθήκοντα διοικητικά, ενώ νοσηλευτική υποστήριξη και εργασία παρέχουν στο ιατρείο του αερολιμένος Αθηνών «Ελ. Βενιζέλος». Οι Ιατροί έχουν την ευθύνη της διαχείρισης των ΜΕΘ καθώς και την υποστήριξη και τις ιατρικές συμβουλές μέσω τηλεφώνου στα πληρώματα και στους πολίτες. Οι ιατροί επίσης στελεχώνουν τις κινητές μονάδες, τα εναέρια μέσα, τα πλωτά και τα οχήματα μικρού όγκου. Υπάρχει τεχνικό τμήμα για συντήρηση των εγκαταστάσεων και των οχημάτων, τμήμα πληροφορικής και συντήρηση δικτύων και ασυρμάτων. (Καρούτσου και συν 2007)

Ο αριθμός όλων των εργαζομένων στο ΕΚΑΒ για όλη την Ελλάδα μέχρι και το Σεπτέμβριο του 2021 είναι 4950 (ιατροί, διασώστες, νοσηλευτές, διοικητικοί και τεχνικοί) (ΚΕΠΥ-ΕΚΑΒ, 2021)

3.11 Ο ρόλος του διασώστη στην Ελλάδα

Η εκπαίδευση των διασωστών στην Ελλάδα είναι δυο χρόνια και ένα επιπλέον εξάμηνο πρακτικής άσκησης. Μια ειδικότητα σχετικά νέα για την Ελλάδα διότι το ΙΕΚ που παρέχει αυτό τον τίτλο σπουδών ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2001. Σωματεία και εργαζόμενοι στην εκπαίδευση προσπαθούν όλα αυτά τα χρόνια για αναβάθμιση της σχολής στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, με σκοπό την περισσότερη εξειδίκευση και

αρτιότερη διαχείριση ενεργειών για να παρακολουθήσουν τις αυξημένες ανάγκες και την ποιότητα των υπηρεσιών που επιτάσσει η σύγχρονη κοινωνία. Τα καθήκοντα τους θεσμοθετήθηκαν το 2007 με το προεδρικό διάταγμα 62 (ΦΕΚ 70Α/2007) και η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος καθορίστηκε το 2015. Στους κόλπους του ΕΚΑΒ όμως απασχολούνται και εργαζόμενοι εκτός της βασικής εκπαίδευσης και χωρίς άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Αυτή η μερίδα εργαζομένων η οποία μεταφέρθηκε στο ΕΚΑΒ λόγω μνημονικών υποχρεώσεων από άλλους οργανισμούς προϋπήρχε της λειτουργίας της σχολής και της θεσμοθέτησης της ονομασίας του επαγγέλματος. Κατά κανόνα κάνουν χρέη οδηγού, όμως λόγω ελλείψεως προσωπικού χρησιμοποιούνται και στη προνοσοκομειακή φροντίδα. Συνεπώς, ενώ για το επάγγελμα του διασώστη προβλέπεται άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, γίνεται ανεκτό από την πολιτεία να ασκείται και από ανειδίκευτο προσωπικό, για να καλύψει τις κενές θέσεις από την έλλειψη εργαζομένων με την αντίστοιχη ειδικότητα. Αυτό δημιουργεί σύγχυση στην συνεργασία μεταξύ πληρωμάτων και μειώνει το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών στο τομέα της ποιότητας.

Επιπρόσθετα, στην Ελλάδα οι εθελοντικές οργανώσεις ακόμη και η πυροσβεστική δεν εκπαιδεύονται από κοινού με το ΕΚΑΒ. Ακολουθούν τροποποιημένα πρωτόκολλα που πολλές φορές δεν ακολουθούν τις νέες προσθήκες οδηγιών με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία στη συνεργασία σε ένα συμβάν. Ακόμη και ο μη κοινός εξοπλισμός δυσχεραίνει τη μεταξύ τους αλληλοεπίδραση σε ένα επείγον ατύχημα.

3.12 Η εκπαιδευτική δράση του ΕΚΑΒ

Το ΕΚΑΒ έχει δημιουργήσει σχολή ΙΕΚ από το 2001 και λειτουργεί κυρίως στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη, κατά καιρούς όμως λειτουργεί και σε κάποια παραρτήματα αναλόγως την τοπική ζήτηση. Το ΙΕΚ εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας, ενώ από το 2016 η ειδικότητα πέρασε και στα ΙΕΚ του Υπουργείου Παιδείας καθώς και στα ιδιωτικά ΙΕΚ. Το ΕΚΑΒ εκπαιδεύει ομάδες πολιτών ή μεμονωμένα άτομα στις πρώτες βοήθειες δωρεάν. Επίσης διοργανώνει εβδομάδες εκπαίδευσης στις πρώτες βοήθειες ανά την Ελλάδα. Μια ακόμη εκπαιδευτική δράση είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στους ήδη εργαζομένους, με ενημέρωση για τα νέα πρωτόκολλα και υπενθύμιση για τις υπάρχουσες δεξιότητες .

Κατά την περίοδο της πανδημίας δημιούργησε το Be Safe που αφορούσε στα μέτρα προφύλαξης από covid-19 και γενικά από λοιμώδη περιστατικά ,σε επαγγελματίες υγείας, εργαζομένους σε ΟΤΑ και στελέχη του λιμενικού στη νησιωτική χώρα.

3.13 Εμπειρική βιοματική προσέγγιση του ρόλου του διασώστη και τους παράγοντες εμφάνισης ΕΕ.

Οι εργαζόμενοι διασώστες του ΕΚΑΒ σε όλους τους τομείς που έχουν επαφή με τον ασθενή (ασθενοφόρα, μηχανές, εναέριες μεταφορές και πλωτά) παρέχουν φροντίδα όχι σε ένα οργανωμένο και ελεγχόμενο περιβάλλον όπως το τμήμα ενός νοσοκομείου, αλλά το συμβάν μπορεί να εξελίσσεται σε κάθε είδους κατάσταση και μη ελεγχόμενα, ενώ οι ίδιοι βρίσκονται εκτεθειμένοι σε κάθε καιρική συνθήκη. Κατά την εκτέλεση των πράξεων τους ενδέχεται να παρακολουθούνται και να κριτικάρονται από συγγενείς, γνωστούς ή και τυχαίους παρευρισκόμενους, γεγονός που τους επιφορτίζει πολύ περισσότερο και ψυχικά. (Cydulka 1989)

Η έκθεση σε αρρώστους με μολυσματικά μεταδιδόμενα νοσήματα (HIV, ηπατίτιδα κ.ά.), είναι μεγάλη, ειδικά την περίοδο της πανδημίας με έναν άγνωστο ιό και με οδηγίες προφύλαξης που άλλαζαν συχνά. Αρκετοί ασθενείς όταν δίνουν την τηλεφωνική κλίση ή και δια ζώσης όταν βρίσκονται με τους διασώστες αποκρύβουν εσκεμμένα το ιστορικό. Η έκθεση σε ένα συμβάν με μολυσματικά υγρά σε συνδυασμό με τον χρόνο που πιέζει, ενδέχεται να είναι μεγάλη, το ίδιο ισχύει και με μολυσματικές ασθένειες που μεταδίδονται από την αναπνευστική οδό με τα σταγονίδια.(πχ μηνιγγίτιδα, φυματίωση).

Οι διασώστες καλούνται να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με χρόνια ή και σπάνια νοσήματα χωρίς να έχουν διδαχτεί ανάλογο τρόπο προσέγγισης ή χρήζουν ιδιαίτερης μεταχείρισης χωρίς να τις έχουν σπουδάσει αυτές τις ιδιαίτερες δεξιότητες με επακόλουθο να νιώθουν αναποτελεσματικοί. Ο συναισθηματικός χειρισμός και η επικοινωνία με τους χρόνιους πάσχοντες συνεπάγεται πλεόνασμα ψυχικών αποθεμάτων ειδικά όταν βρίσκονται στη δύση της ζωής τους ή όταν μιλάμε για παιδική ηλικιακή ομάδα (Mahony, 2001).

Οι διασώστες βρίσκονται ακόμη εκτεθειμένοι στον κίνδυνο διαφόρων έντονων θορύβων ειδικά αυτοί που εργάζονται σε μεγάλα αστικά κέντρα, λόγω της κυκλοφοριακής κίνησης, των κορναρισμάτων, της σειρήνας του ασθενοφόρου, την επιβεβλημένη

προσοχή τους να ακούνε ταυτόχρονα και τον ασύρματο, παράγοντες που επιφορτίζουν τη σωματική και την ψυχική υγεία. (Καρούτσου και συν., 2007)

Η υπηρεσία επειγόντων όπως και τα περισσότερα υγειονομικά επαγγέλματα τελούν επί 24ώρου και οι εργαζόμενοι εναλλάσσονται σε βάρδιες για την κάλυψη των υπηρεσιακών αναγκών, με αποτέλεσμα να επιβαρύνει το βιολογικό - φυσιολογικό ρολόι του εργαζομένου με τις ανάλογες αρνητικές επιπτώσεις σε όλο του το σώμα (αίσθημα κόπωσης, υπνηλία, νευρικότητα κ.α.). (Sveinsdóttir, 2006)

Ένα μεγάλο κίνδυνο που αντιμετωπίζουν τα πληρώματα είναι να εμπλέκονται σε τροχαίο.

Η παραμονή στο δρόμο πολλές εργατοώρες σε συνδυασμό με τις υψηλές ταχύτητες που αναπτύσσονται, τους ελιγμούς, την παραβίαση σηματοδότη για την εκπλήρωση μιας γρήγορης διακομιδής που χρήζει άμεσης μεταφοράς στο νοσοκομείο υποδοχής, δημιουργεί μεγάλο άγχος στον οδηγό. Παράμετροι που επίσης δημιουργούν συνθήκες τροχαίου ατυχήματος είναι η συμπεριφορά άλλων οδηγών, η έλλειψη οδηγικής παιδείας στην Ελλάδα, η κακοτεχνία των δρόμων με τον ελλιπή φωτισμό καθώς και τις καιρικές συνθήκες.

Οι όποιες ενέργειες παραβίασης του Κ.Ο.Κ που κάνουν οι οδηγοί του ασθενοφόρου για να φθάσουν γρήγορα σε ένα σήμα, είναι με δική τους ευθύνη, και εάν προξενήσουν ατύχημα είναι υπόλογοι απέναντι στον Νόμο, χωρίς ελαφρυντικά.

Το εργασιακό άγχος οφείλεται και σε συγκρούσεις που αναπτύσσονται στις εργασιακές σχέσεις με τους συναδέλφους, τη διοίκηση, με το κοινό, με άλλους φορείς όπως η αστυνομία, η ΠΣ, τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα κ.λπ., καθώς και σε συγκρούσεις μεταξύ τηλεφωνικού κέντρου - ασυρμάτου - πληρωμάτων ασθενοφόρου, νέων υπάλληλων με παλαιών, μονίμου με επικουρικό προσωπικό.

Ένα μεγάλο θέμα που αντιμετωπίζουν οι διασώστες που βρίσκονται στην κίνηση με τα ασθενοφόρα είναι τα μυοσκελετικά προβλήματα τα οποία και προκαλούνται από την μεταφορά ασθενών, την καταπόνηση από την ανύψωση παχύσαρκων ατόμων υπερβολικού βάρους, ατόμων διασωληνωμένων με επιπλέον εξοπλισμό για μεταφορά, διεγερτικών ατόμων ή πολυτραυματιών που οι χειρισμοί μεταφοράς είναι λεπτομερείς. Συγχρόνως η καταπόνηση από τη συχνότητα έλλειψης ασανσέρ στις οικίες, οι στενές και απότομες σκάλες, η αδυναμία συνεργασίας λόγω της κατάστασης του ασθενή κατά τη μεταφορά και οι κραδασμοί κατά την οδήγηση ασθενοφόρων των οποίων οι αναρτήσεις προορίζονται για άλλου τύπου αυτοκίνητα πχ φορτηγάκια μεταφοράς υλικών και όχι αερανάρτηση όπως χρησιμοποιούνται από τα ασθενοφόρα όπως σε χώρες του Ηνωμένου

Βασιλείου , Σλοβενίας κ.α. , καθώς και ο εξοπλισμός που δεν πληροί τις προδιαγραφές πχ καρέκλες με όγκο δυσανάλογο και με αρκετό βάρος, φορεία ασθενοφόρων που δεν μετακινούνται εύκολα και δεν είναι εύκαμπτα σε στενά περάσματα, με βαριά ανύψωση και χωρίς υδραυλική υποβοήθηση.

Τέλος, η Επαγγελματική Εξουθένωση και η κατάθλιψη μαζί με όσα αναφέρθηκαν, οφείλεται κατά κύριο λόγο στο ίδιο το είδος της εργασίας, λόγω της συχνής επαφής με τον πόνο και τον θάνατο, αλλά και σε άλλους παράγοντες υπό το βιωματικό πρίσμα όπως περιγράφονται πιο κάτω :

α) Η μη αναγνώριση του έργου των διασωστών από την πολιτεία. Η μισθοδοσία ενός διασώστη είναι η βασική του ενιαίου μισθολογίου σαν να εργάζεται σε γραφείο β) Η έλλειψη επαγγελματικής εξέλιξης στον εν λόγω κλάδο. Ακόμη και σήμερα δεν υπάρχει προοπτική αναβάθμισης της σχολής σε τριτοβάθμια. Η όποια εξέλιξη που θα επιδιώξει να έχει ένας εργαζόμενος προϋποθέτει μετεκπαίδευση σε άλλο τίτλο πτυχίου και εν συνέχεια αναμονή έγκρισης από την υπηρεσία για μετάταξη σε άλλο κλάδο εργασίας και άλλης ειδικότητας. Η εκπαίδευση αυτή κάθε αυτή αντιμετωπίζει προβλήματα λόγω ότι οι ανάγκες της υπηρεσίας είναι αυξημένες και αρκετές εκπαιδευτικές άδειες πέφτουν στο κενό γ) Οι συχνές επιθέσεις κατά των διασωστών όταν εκτελούν το έργο τους από τους συγγενείς κυρίως αλλά και άλλα άτομα, αναδεικνύεται σε μεγάλο ζήτημα των ημερών. Αυτό ως επί το πλείστον οφείλεται στο γεγονός ότι το ασθενοφόρο έχει αργήσει να ανταποκριθεί στο συμβάν. Ένα πρόσθετο στοιχείο εκδήλωσης έντασης προέρχεται από την πεποίθηση ότι το πλήρωμα ασθενοφόρου επιτελεί μόνο χρέη οδηγού και δεν επιτρέπουν στους διασώστες να προβούν σε διασωστικές πράξεις επειδή νομίζουν ότι θα κάνουν επιπλέον ζημιά στον συγγενή- ασθενή τους . Ο νόμος αντιμετωπίζει αυτές τις επιθέσεις ως οι διασώστες να είναι απλοί πολίτες και όχι λειτουργοί του κράτους. Η υπεράσπισή τους γίνεται με δικά τους έξοδα ή του σωματείου τους. δ) Η έλλειψη υλικών ή χρήση υλικών που δεν πληρούν τις προδιαγραφές δυσχεραίνουν το έργο των διασωστών ε) Η έλλειψη καθηκοντολογιών και η εφαρμογή κοινών πρωτόκολλων στ) Η έλλειψη ιεραρχίας σε συνδυασμό με την έλλειψη διαμόρφωσης κοινής κουλτούρας, δυσχεραίνει το έργο του διασώστη και οδηγεί σε Επαγγελματική Εξουθένωση.

3.14 Εμπειρικοί Τρόποι αντιμετώπισης του άγχους στα πληρώματα ασθενοφόρων

Το προσωπικό ασθενοφόρων χρησιμοποιεί πολλές τεχνικές για να αντιμετωπίσει αγχωτικά περιστατικά. Πρώτον, από τη στιγμή που είναι καθ' οδόν για οποιοδήποτε περιστατικά, οι εργαζόμενοι βρίσκουν τον εαυτό τους να προβλέπουν την άγνωστη κατάσταση μέσω της διεξαγωγής ενός «εσωτερικού διαλόγου». Με μια απεικόνιση της φόρμας για τον τρόπο αντιμετώπισης που θα εφαρμόσουν όταν φθάσουν στο σημείο που βρίσκετε ο ασθενής, αυτός ο διάλογος τους βοηθά να παραμείνουν σε εγρήγορση και να χειριστούν το άγχος της πρόβλεψης. Δεύτερον, καθ' όλη τη διάρκεια του περιστατικού, το προσωπικό του ασθενοφόρου καταβάλλει λογικές προσπάθειες για να αποτρέψει συναισθηματικές αποκρίσεις προς τους ασθενείς, μέσω μιας στρατηγικής γνωστικής ενσυναίσθησης, επιτρέποντας στα τεχνικά και γνωστικά τους μέσα να αντιμετωπίσουν το περιστατικό. Τρίτον κατανοούν τον πόνο και την κατάσταση των ασθενών, αλλά διατηρούν συναισθηματική απόσταση για να διατηρήσουν την ικανότητά τους να παρέχουν θεραπεία. (Avraham N et al.,2014)

Κεφάλαιο. 4

Η οργανωσιακή κουλτούρα και οι υποκουλτούρες

4.1. Ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας

Η οργανωσιακή κουλτούρα το τελευταίο διάστημα έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον σε στελέχη επιχειρήσεων και οργανισμών (ιδιωτικών και δημόσιων), τα οποία ασχολούνται με την ανώτερη διοίκηση. Μεγάλο ενδιαφέρον έχει δείξει και η ακαδημαϊκή κοινότητα, στην οποία πολλοί ακαδημαϊκοί προσπάθησαν να δώσουν έναν ορισμό. Επακριβώς αυτό δεν επιτυγχάνεται λόγω της ύπαρξης πληθώρας ορισμών καθώς και λόγω του ότι είναι μια έννοια υποκειμενική.

Ο Handy πάνω σε αυτό τονίζει *«Η κουλτούρα δεν μπορεί να οριστεί επακριβώς διότι είναι κάτι που το αντιλαμβανόμαστε, κάτι που το συναισθανόμαστε...»*

Στις επιχειρήσεις η κουλτούρα που επικρατεί είναι ανάλογη με το κέρδος που θέλει να έχει η επιχείρηση, καθώς και με το καθορισμό ενός δυνατού brand που θα την καθιερώσει έναντι του ανταγωνισμού με απώτερο σκοπό τη μακροπρόθεσμη επιβίωση.

Η κουλτούρα σε επιχειρήσεις και οργανισμούς βασίζεται στους εργαζομένους της. Αυτοί τη δημιουργούν και τη μεταλαμπαδεύουν στους νέους υπαλλήλους και σε τυχόν μικρότερα παραρτήματα της επιχείρησης.

Η κουλτούρα που δημιουργείται μέσω του έμφυχου δυναμικού της διεισδύει στα άψυχα αντικείμενα και στους χώρους του οργανισμού όπως λογού χάρη το έμβλημα του ,η κοινή στολή κ.α.

Η πάροδος του χρόνου μεταβάλλει την κουλτούρα. Άλλες φορές ταχύτατα και άλλες φορές αργά. Ο χρόνος που χρειάζεται αυτή η μεταβατική περίοδος αλλαγής εξαρτάται από το ποσό συχνά αλλάζουν οι άνθρωποι τις συμπεριφορές, τις πράξεις, τις αποφάσεις τους, ακόμη και από το ποσό συχνά αλλάζει το ανθρώπινο δυναμικό με νέες προσλήψεις

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, έχουν καταβληθεί προσπάθειες από πολλούς για έναν ορισμό όμως κανένας δεν ήταν επακριβής. Κάποιοι από τους πιο διαδεδομένους είναι ενδεικτικά:

«Οι κανόνες που αναπτύσσονται σε μια ομάδα». (Hommans)

«Οι κυρίαρχες αξίες τις οποίες ενστερνίζονται τα μέλη ενός οργανισμού». (Deal and Kennedy)

Ο Χ. Φόρντ θεωρούσε τους ανθρώπους του ως την κουλτούρα της επιχείρησής του. Θεωρείται ο πατέρας της γραμμής παραγωγής και αυτό οφείλεται μέσω των υπάλληλων του που το στήριξαν και ακολούθησαν τις αποφάσεις του. Χαρακτηριστικά έλεγε: «Πάρτε μου τα εργοστάσιά μου, κάψτε τα μηχανήματά μου, αφήστε μου όμως τους ανθρώπους μου και θα τα ξαναφτιάξω αμέσως από την αρχή». (Σαρρής,2003)

«Οι κοινές αξίες, οι συμπεριφορές και τα πιστεύω που υπόκεινται των συστημάτων και των διαδικασιών μέσα στους οργανισμούς είναι ο ορισμός που δίνει ο Handy».

Η οργανωσιακή κουλτούρα όπως αναφέρει ο Μπουραντάς είναι το σύνολο των αντιλήψεων, αξιών, συνηθειών, παραδόσεων και πρακτικών οι οποίες έχουν διάρκεια και αποτελούν εμπειρίες όλων των μελών του οργανισμού. (Μπουραντάς, 2003)

Στη σύγχρονη εποχή ένας ορισμός που έχει επικρατήσει και έχει τη μεγαλύτερη αποδοχή διεθνώς είναι του Schein: *«Κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν ανακαλυφθεί- εφευρεθεί ή αναπτυχθεί από μια δεδομένη ομάδα καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης, οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν γενικά επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά».*

Συμπερασματικά, η κουλτούρα ορίζεται για μια συγκεκριμένη ομάδα. Τα μέλη της αποκτούν μάθηση μέσα από ομαδική εμπειρία. Η μάθηση αυτή δεν μεταβιβάζεται σε άλλη ομάδα ή οργανισμό.

Η οργανωσιακή κουλτούρα διέπεται από δυο βασικές λειτουργίες: Α) την προσαρμογή στο εξωτερικό περιβάλλον, που περιλαμβάνει την αποστολή, την στρατηγική, τα μέσα, τη μέτρηση, τις διαρθρωτικές κινήσεις και Β) την εσωτερική ολοκλήρωση που περιλαμβάνει θέματα όπως η κοινή γλώσσα της ομάδας, τα όρια των ομάδων, η διανομή κύρους και δύναμης, η ανάπτυξη ρόλων, η απόδοση ανταμοιβών και κυρώσεων.

Στους οργανισμούς, η κουλτούρα χωρίζεται στην παρατηρήσιμη κουλτούρα και την κεντρική κουλτούρα. Στην παρατηρήσιμη κουλτούρα ένας υπάλληλος ή ένας πελάτης εκλαμβάνει την κουλτούρα από αυτό που βλέπει και ακούει εντός οργανισμού.

Οι εκδηλώσεις, οι συναντήσεις, οι βραβεύσεις, κάποια επαγγελματικά ταξίδια, το λογότυπο ή το σύμβολο του οργανισμού, η κοινή στολή- ενδυμασία ένα σλόγκαν που ακολουθεί την φίρμα, εθιμοτυπικότητες και τυπικά γεγονότα καθημερινής ρουτίνας καθώς και η κοινή γλώσσα που χρησιμοποιείται εντός του οργανισμού, είναι στοιχεία που αποδίδονται στην παρατηρήσιμη κουλτούρα.

Η κεντρική κουλτούρα αντανακλά τον λόγο για τον οποίο τα πράγματα γίνονται κατά τον παραπάνω τρόπο, δηλαδή πως οι αξίες και πεποιθήσεις επηρεάζουν τις συμπεριφορές.

Το ΕΚΑΒ ακόμη και σήμερα δεν έχει βρει την επαγγελματική του ταυτότητα. Όπως ήδη έχει αναφερθεί και παραπάνω ο επαγγελματικός ορισμός και η ονομασία του διασώστη δεν έχει επακριβή μετάφραση διεθνώς.

Ακόμη και εντός Ελλάδας πολλές φορές ο τίτλος για το επάγγελμα αλλοιώνεται και παραφράζεται από τα ΜΜΕ, (συνήθως αποκαλείται ο διασώστης ως τραυματιοφορέας) ακόμη και η ίδια η πολιτεία με πράξεις για ενίσχυση του χώρου με προσωπικό στην περίοδο της πανδημίας καταπατά την ειδικότητα και την συμψηφίζει με αυτή του οδηγού. Στη συνείδηση του κόσμου το ασθενοφόρο επειγόντων πολλές φορές συγχέεται με το ασθενοφόρο κάποιου νοσοκομείου. Χρειάστηκε αρκετός χρόνος όταν το 2004 άλλαξε ο χρωματισμός του ασθενοφόρου από άσπρο σε κίτρινο να γίνει αναγνωρίσιμο από το κοινό. Ακόμη και σήμερα όμως σε όλο κόσμο δεν υπάρχει κοινή ταυτότητά στα χρώματα των ασθενοφόρων ή ακόμη και στις στολές των διασωστών, όπως αντίστοιχα υπάρχουν στις άλλες υπηρεσίες εκτατών αναγκών (αστυνομία και πυροσβεστική).

4.2. Υποκουλτούρες

Μια επιχείρηση ή ένας οργανισμός που σχετικά είναι μικρός και δεν έχει παραρτήματα και μεγάλη γεωγραφική κατανομή, χαρακτηρίζεται από μια κυρίαρχη κουλτούρα.

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα όμως λόγω περίπλοκων ειδικοτήτων, διαφορετικών τμημάτων, διοικήσεων και πολλών ομάδων από διαφορετικές εργασιακές σχέσεις δημιουργούν

αρκετές κουλτούρες κυρίως ανταγωνιστικές. Επίσης στο ΕΚΑΒ οι υποκουλτούρες ενισχύονται ακόμη περισσότερο λόγω της μεγάλης γεωγραφικής κατανομής.

Όπως στα νοσηλευτικά ιδρύματα έτσι και στον οργανισμό του ΕΚΑΒ θα συναντήσουμε διαφορετικές υποκουλτούρες: την ιατρική υποκουλτούρα που έχει μορφή εξουσίας με υψηλή πίστη στην ομάδα, τη νοσηλευτική κουλτούρα η οποία είναι η πιο περιορισμένη, λόγω μη συμμετοχής στα κέντρα αποφάσεων, ενώ στο τεχνικό τμήμα σχηματίζεται η μη κουλτούρα με υψηλό αίσθημα αλληλοσυγκάλυψης. Η διοικητική υποκουλτούρα δημιουργείται ατομικά και η συμμετοχή στην ομάδα χαρακτηρίζεται χαμηλή (Γούλα, 2014).

Οι υποκουλτούρες έχουν αρνητικό πρόσημο για τον οργανισμό μόνο όταν έρχονται σε αντίθεση με τις κύριες αξίες και τη φιλοσοφία του. Πολλές φορές επιβάλλεται να δημιουργούνται, όταν οι στόχοι και οι ανάγκες είναι διαφορετικές για την κάθε ομάδα, γεγονός που βοηθάει στην γενική αποδοτικότητα του οργανισμού.

Μέσα από εργαλεία, οι υποκουλτούρες πρέπει να εντοπιστούν και να μετρηθούν ώστε να έρθουν σε συνένωση με την κυρίαρχη κουλτούρα του οργανισμού. Απώτερος σκοπός αυτής της διεργασίας είναι η συνεχής ανατροφοδότηση της διοίκησης με το προσωπικό, των εργαζομένων μεταξύ τους καθώς και των εργαζομένων με τους ασθενείς.

4.3. Ο ρόλος της οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας.

Στις υπηρεσίες υγείας συναντάμε την οργανωσιακή κουλτούρα τροποποιημένη σε σχέση με τα παραδοσιακά πρότυπα μιας επιχείρησης. Αυτό οφείλεται εξαιτίας των διαφορετικών τρόπων διοίκησης από αυτούς σε άλλους τομείς και μοναδικών οργανωτικών δομών που υπάρχουν στις μονάδες υγείας .

Το προσωπικό σε μία μονάδα υγείας έχει βαθιά αφομοίωση σε αξίες, κοινές παραδοχές, στάσεις και συμπεριφορές. (Seren, Baykal, 2007)

Σε μονάδες υγείας και κυρίως στο ιδιωτικό τομέα έχουμε δει να οικοδομείται όλη η επιτυχία του ομίλου επάνω σε μια διαμορφωμένη κουλτούρα, η οποία ακολουθείται πιστά από τους εργαζομένους όλων των βαθμίδων και αποτελεί πηγή έμπνευσης για καινοτόμα ανάπτυξη και διαφοροποίηση από τον ανταγωνισμό.

Φυσικά συμβαίνει και το αντίθετο. Διαμορφώνονται κουλτούρες που δεν ακολουθούν την τάση της εποχής, έχουν ριζώσει βαθιά μέσα στους εργαζομένους και αδυνατούν να μετασχηματιστούν. Οδηγούν έτσι όλη τη δομή της μονάδας υγείας σε μια αδράνεια, δρώντας σαν τροχοπέδη στην ανάπτυξη. Πολλές στρατηγικές έχουν χαραχτεί με γνώμονα την ήδη υπάρχουσα κουλτούρα του οργανισμού, περιορίζοντας την ανάπτυξη νέων καινοτομιών. (K. Rondeau, T. Wagar, 1999)

Η ύπαρξη και η ανάπτυξη μιας αποδοτικής κουλτούρας στους οργανισμούς υγείας, που έχουν πολυδιάστατες δομές διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας, σε ένα ανταγωνιστικό και μεταβαλλόμενο περιβάλλον που απαιτεί υψηλού επιπέδου υπηρεσίες για την ικανοποίηση των διαρκώς αυξανόμενων αναγκών των ασθενών, είναι ζωτικής σημασίας για την επιβίωση και ανάπτυξη του οργανισμού. (Wooten&Crane 2003)

4.4. Αλλαγή κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας.

Μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει κάποιο είδος κουλτούρας που να υιοθετείται ως κατάλληλη για τις μονάδες υγείας. Ως πιο ικανό μοντέλο θεωρούμε τη μετάλλαξη της υπάρχουσας κουλτούρας μέσα από αλλαγές στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Η συμμετοχή των εργαζομένων σε διοικητικές αποφάσεις συμβάλει καθοριστικά στη βελτίωση και την καινοτομία πορεία του οργανισμού. Οι εργαζόμενοι νιώθουν σημαντικό κρίκοι στον οργανισμό. Γίνονται «φάροι» για άτομα που νιώθουν ότι δεν μπορούν να μετασχηματιστούν. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τους κοινούς στόχους και τα ανοιχτά κανάλια επικοινωνίας που δημιουργούνται, μειώνοντας έτσι τις όποιες αντιστάσεις κατά την περίοδο της μεταβατικής διαδικασίας. Τα ανώτερα στελέχη μέσα από τους διαύλους επικοινωνίας πρέπει να είναι σε θέση να αντιληφθούν τις συμπεριφορές εκατέρωθεν, ώστε να δημιουργηθεί εύφορο έδαφος που θα υποστηρίξει και θα βελτιώσει τις όποιες αλλαγές προκύψουν για να αυξήσουν την ποιότητα υπηρεσιών. (Cameron, 1999)

Η δημιουργία προτύπων ποιότητας για να είναι επιτυχής θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συνύπαρξή της με την οργανωσιακή κουλτούρα και τη μακροπρόθεσμη σχεδίασή της. (Aiman - Smith, 2004)

Η κουλτούρα εξουσίας είναι η επικρατέστερη εντός νοσοκομείων ή ενός οργανισμού όπως το ΕΚΑΒ και μέσα από την αυστηρότητα που την περιβάλλει λειτουργεί σαν τροχοπέδη στις μεταβατικές αλλαγές που πρέπει να γίνουν ώστε τα νοσοκομεία να συμβαδίσουν με την αλματώδη εξέλιξη της τεχνολογίας. Το έντονο ανταγωνιστικό περιβάλλον ανάμεσα σε ιδιωτικούς φορείς αλλά ακόμη και στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς και οι νέες προσεγγίσεις που έχουν προκύψει στη διαχείριση ποιότητας καθιστούν την οργανωσιακή κουλτούρα στρατηγικό πλεονέκτημα για τον σχεδιασμό ενός οργανισμού.

Η τεχνολογική εξέλιξη είναι αναπόφευκτη για την πορεία ενός οργανισμού προς την επιτυχία και αποτελεί σημαντική συνιστώσα της οργανωσιακής κουλτούρας.

Βασικό μέλημα ενός οργανισμού θα πρέπει να είναι η επικέντρωση των διοικητικών στελεχών του στους ανθρώπους της επιχείρησης, η ενίσχυση της κοινωνικοποίησης μεταξύ τους και η ανάπτυξη του «ανήκειν», να συναισθανθούν δηλαδή ότι είναι μέλη του ίδιου οργανισμού και μέσα από την ενθάρρυνση να συμμετέχουν στο σύστημα ενεργά. (Kimball, 2005)

Συνεπώς, η έλλειψη κυρίαρχης κουλτούρας και οι πολλές υποκουλτούρες που έχουν δημιουργηθεί αλλοιώνουν τον πρωταρχικό στόχο του οργανισμού. Αποτέλεσμα αυτού είναι να οδηγούν τον επαγγελματία διασώστη σε μια απαξίωση του έργου του, να μην απολαμβάνει την αποδοχή από τον κόσμο και την πολιτεία ούτε καν την αναγνώριση της ονομασίας του επαγγέλματός του, γεγονός που τον οδηγεί στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, την τρίτη διάσταση του φαινομένου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, όπως περιγράφεται από την Christine Maslach.

ΜΕΡΟΣ Β

Κεφάλαιο 5

5.1 Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης είναι η αναζήτηση ερευνών, η καταγραφή και η ανάλυση της πιθανής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε οργανισμούς υγείας και κυρίως στο προ-νοσοκομειακό χώρο.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης περιλαμβάνουν:

- Καταγραφή της εμφάνισης του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας
- Καταγραφή του Συνδρόμου σε άλλες ειδικότητες που μπορεί να αναπτύξουν τα συμπτώματα του φαινομένου, όπως οι διοικητικοί υπάλληλοι.
- Μελέτη της εμφάνισης του φαινομένου ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως: το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η ειδικότητα, ο τομέας και ο τόπος εργασίας, τα έτη προϋπηρεσίας, η οικογενειακή κατάσταση (άγαμος ή έγγαμος) και το εάν ο εργαζόμενος έχει παιδιά ή όχι.
- Ανάδειξη του κατά πόσο ο τρόπος ζωής συμβάλει στην εμφάνιση του Συνδρόμου λαμβάνοντας υπόψη καθημερινές συνήθειες όπως: το κάπνισμα, η καθιστική ζωή και η άθληση.
- Καταγραφή του επιπέδου συναισθηματικής εξουθένωσης και αποπροσωποποίησης, προσωπικών επιτευγμάτων και εργατικότητας των επαγγελματιών υγείας.
- Αξιολόγηση της συνθήκης που θέλει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων να επηρεάζουν το επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης, προσωπικών επιτευγμάτων καθώς και της εργατικότητάς τους.
- Καταγραφή του συσχετισμού της συναισθηματικής εξουθένωσης, της αποπροσωποποίησης, των προσωπικών επιτευγμάτων και της εργατικότητας των επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους.

5.2 Μεθοδολογία Συστηματικής Ανασκόπησης .

Η συστηματική ανασκόπηση αποτελεί σημαντικό εργαλείο και συμβάλει στην ανάλυση των πρωτογενών ερευνών μέσα από το πρίσμα της κριτικής. Βοηθάει στην ανάδειξη παραλείψεων και καταγράφει αστοχίες των πρωτογενών μελετών. Είναι μια οικονομική μέθοδος έναντι των πρωτογενών ερευνών, βοηθάει στη διευκρίνιση των προβλημάτων που ανακύπτουν λόγω λιγοστών στοιχείων ή λόγω αναληθών αποτελεσμάτων.

Στις δευτερογενείς έρευνες χρησιμοποιούνται οι έννοιες «συστηματική ανασκόπηση» και «μετα- ανάλυση». Πολλές φορές συγχέονται και χρησιμοποιούνται εσφαλμένα σαν μια ίδια έννοια. Η συστηματική ανασκόπηση πραγματοποιείται τη βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με συγκεκριμένο επιστημονικό πεδίο, που συλλέγει τις πιο αξιόπιστες υποθέσεις. Η μετα-ανάλυση στηρίζεται σε μαθηματικά μοντέλα και κυρίως της στατιστικής, όπου αναλύει τα αποτελέσματα που εισήχθησαν έπειτα από συστηματική ανασκόπηση. Στην ουσία η μετα-ανάλυση χρησιμοποιείται σαν ένα ακόμη εργαλείο για αξιόπιστα αποτελέσματα όμως για να το επιτύχει αυτό πρέπει να συνυπάρχει με την συστηματική ανασκόπηση και να αναλύει τα πιο δόκιμα αποτελέσματα που έχουν επιλεγεί να συμμετέχουν στη διαδικασία. (Γαλάνης 2009)

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις είναι ένα σημαντικό εργαλείο για νέες έρευνες που πρόκειται να διεξαχθούν, διότι τα αναγόμενα αποτελέσματα από την νέα μελέτη θα δείξουν εάν προσθέτουν επιπλέον πληροφορία σε σχέση με την επιστημονική υπόθεση που διερευνά η εν λόγω μελέτη.

Η συγκέντρωση βιβλιογραφικών αποτελεσμάτων όπως γίνεται μέσω των συστηματικών ανασκοπήσεων είναι ό,τι πιο σύγχρονο και βέλτιστο υπάρχει αυτήν την στιγμή για την επιλογή των πιο αποτελεσματικών θεραπευτικών μέτρων, καθώς και την αποφυγή των πιο διαδεδομένων ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τα συγκεκριμένα θεραπευτικά πλάνα. (Φ. Β. Καρασσα, 2006)

Οι περιορισμοί και τυχόν λάθη που ανιχνεύονται στις συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν να κάνουν με τις πρωτογενείς προς μελέτη έρευνες, εάν δηλαδή εντοπίζονται συστηματικά σφάλματα δημοσίευσης ή στερούνται μεθοδολογικής ποιότητας.

Για τη σωστή επιτυχία και την έλλειψη λαθών πρέπει να ακολουθούνται συγκεκριμένες αρχές. Όπως περιγράφει και η Μπελλάλη Θ. σε ένα άρθρο της στη «Νοσηλευτική», από το 2011 υπάρχει μεθοδολογία εκπόνησης μιας συστηματικής ανασκόπησης και περιγράφεται από τα παρακάτω βήματα:

1ο βήμα: Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος

2ο βήμα: Σχεδιασμός ερευνητικού πρωτοκόλλου

- Εισαγωγή
- Σκοπός ανασκόπησης
- Μεθοδολογία
 1. Αρχικά κριτήρια επιλογής μελετών
 2. Προσδιορισμός πηγών αναζήτησης
 3. Ανάλυση ποσοτικών δεδομένων (π.χ. στατιστικές δοκιμασίες)
 4. Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων

3ο βήμα: Αναζήτηση τίτλων και περιλήψεων πρωτογενών μελετών

4ο βήμα: Ορισμός κριτηρίων «ένταξης και αποκλεισμού» και εντοπισμός πλήρων κειμένων των μελετών

5ο βήμα: Αξιολόγηση ποιότητας μελετών

6ο βήμα: Καταγραφή και ανάλυση δεδομένων

7ο βήμα: Ερμηνεία αποτελεσμάτων

8ο βήμα: Παρουσίαση ανασκόπησης.

5.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Στις επόμενες υποενότητες θα αναλυθούν δέκα δημοσιευμένες έρευνες από το εξωτερικό. Οι περισσότερες από αυτές απευθύνονται σε επαγγελματίες που εργάζονται στο προνοσοκομειακό χώρο.

Ο όρος διασώστης ή πλήρωμα ασθενοφόρου που χρησιμοποιείται στην Ελλάδα έχει διαφορετική ονομασία από ότι στον υπόλοιπο κόσμο. Συχνά στην Αμερική και τη Μεγάλη Βρετανία χρησιμοποιείται ο όρος paramedic, ενώ στην Ευρώπη χρησιμοποιείται ο όρος τεχνικός ασθενοφόρου. Επίσης περιγράφεται και από τις συντομογραφίες E.M.S & E.M.T, ενώ συχνά συναντάμε και τον όρο παραϊατρικός.

Οι έρευνες είναι συστηματικές ανασκοπήσεις με τις πρώτες τρεις να εστιάζουν στο επάγγελμα του διασώστη και το βαθμό ψυχικής εξουθένωσης (burnout) που το διακατέχει. Υπάρχει από μια συστηματική έρευνα για τους ιατρούς και νοσηλευτές επειγόντων για την Επαγγελματική Εξουθένωση. Μια συστηματική έρευνα για το πώς η πανδημία επηρεάζει την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Στη συνέχεια υπάρχουν τρεις συστηματικές έρευνες που προσπαθούν να διερευνήσουν την επαγγελματική εξουθένωση (burnout) στους παραϊατρικούς σε συσχέτιση με άλλες μεταβλητές.

Η πρώτη αναφέρεται στον βαθμό ενσυναίσθησης που έχουν οι υπάλληλοι στα ασθενοφόρα και εάν συσχετίζεται με το βαθμό εξουθένωσης που τους έχει καταβάλει. Η δεύτερη πραγματεύεται τη βία που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Η τρίτη διερευνά πως επηρεάζεται η ασφάλεια των ασθενών από επαγγελματίες που έχουν επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Τέλος, η τελευταία έρευνα διαφοροποιείται από τις άλλες καθώς είναι μια συστηματική έρευνα οποία επιλέχθηκε διότι διερευνά την συσχέτιση της εξουθένωσης με την ενσυνειδητότητα ως μετρώ προφύλαξης και αυτοθεραπείας του συνδρόμου ΕΕ. Εκτός από μια έρευνα, όλες οι άλλες έρευνες είναι τελευταίας πενταετίας. Επιλέχθηκε η έρευνα του 2006 με γνώμονα την συστηματική ανασκόπηση για την συγκεκριμένη ομάδα εργαζομένων και επιπλέον είχε σαν σκοπό να αναδείξει και την διαχρονικότητα του φαινομένου σε αυτό τον κλάδο .

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν συστηματικές έρευνες για τους επαγγελματίες υγείας στον προ-νοσοκομειακό χώρο, ακόμα και οι πρωτογενείς έρευνες ερωτηματολογίων σε αυτή την ομάδα εργαζομένων είναι ελάχιστες και σε επίπεδο διπλωματικών ή πτυχιακών εργασιών .

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την εκπόνηση της διπλωματικής αφορά μια συστηματική ανασκόπηση βιβλιογραφίας με σκοπό να εντοπιστούν οι κατάλληλες μελέτες και άρθρα ψάχνοντας αναμεσα σε μεγάλες διεθνείς βάσεις ιατρικών δεδομένων (PubMed, ScienceDirect, .ncbi Web of Science και Google Scholar), καθώς και σε ελληνικές όπως το ΙΑΤΡΟΤΕΚ.

Η επιλογή των άρθρων έγινε μέσα από τον καθορισμό των παραμέτρων που έχει να κάνει με την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων στην προ-νοσοκομειακή φροντίδα, των διασωστών καθώς και γενικά το burnout στους επαγγελματίες υγείας.

Επίσης, επιλέχθηκαν άρθρα που σχετίζονται με το ρόλο των διασωστών και το ρόλο της προ-νοσοκομειακής φροντίδας στα συστήματα υγείας

Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να γίνει μια όσο το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή των νέων δεδομένων σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζομένους στην προνοσοκομειακή. Μέσα από τις ανάλυση των εμπειρικών βιογραφικών ερευνών που θα αναφερθούν, είναι η κατανόηση και αναγνώριση των συμπτωμάτων στους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές, ιατροί, παραϊατρικοί.

Για την εκπόνηση της έρευνας πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση άρθρων στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Τα κριτήρια ένταξης των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν για την ολοκλήρωση της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας σχετικά με επαγγελματική εξουθένωση στην προνοσοκομειακή φροντίδα ασθενών είναι:

Τα άρθρα να είναι γραμμένα στην Ελληνική ή Αγγλική γλώσσα ή να είναι μεταφρασμένα σε αυτές τις γλώσσες από την αρχική τους έκδοση.

Να έχουν δημοσιευθεί από επίσημους επιστημονικούς φορείς από την Ελλάδα και το εξωτερικό (πανεπιστημιακά ιδρύματα, υπουργεία υγείας και ερευνητικά κέντρα, νοσηλευτικά ιδρύματα) από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ή να έχουν δημοσιευθεί σε παγκοσμίως αναγνωρισμένα επιστημονικά περιοδικά

Οι χρονολογίες έκδοσης τους να είναι μεταξύ 2006-2021.

Παλαιότερα δημοσιευμένα άρθρα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως μέρος ιστορικής αναδρομής.

Οι συμμετέχοντες να είναι επαγγελματίες υγείας.

Να υπάρχει ο όρος επαγγελματική εξουθένωση .

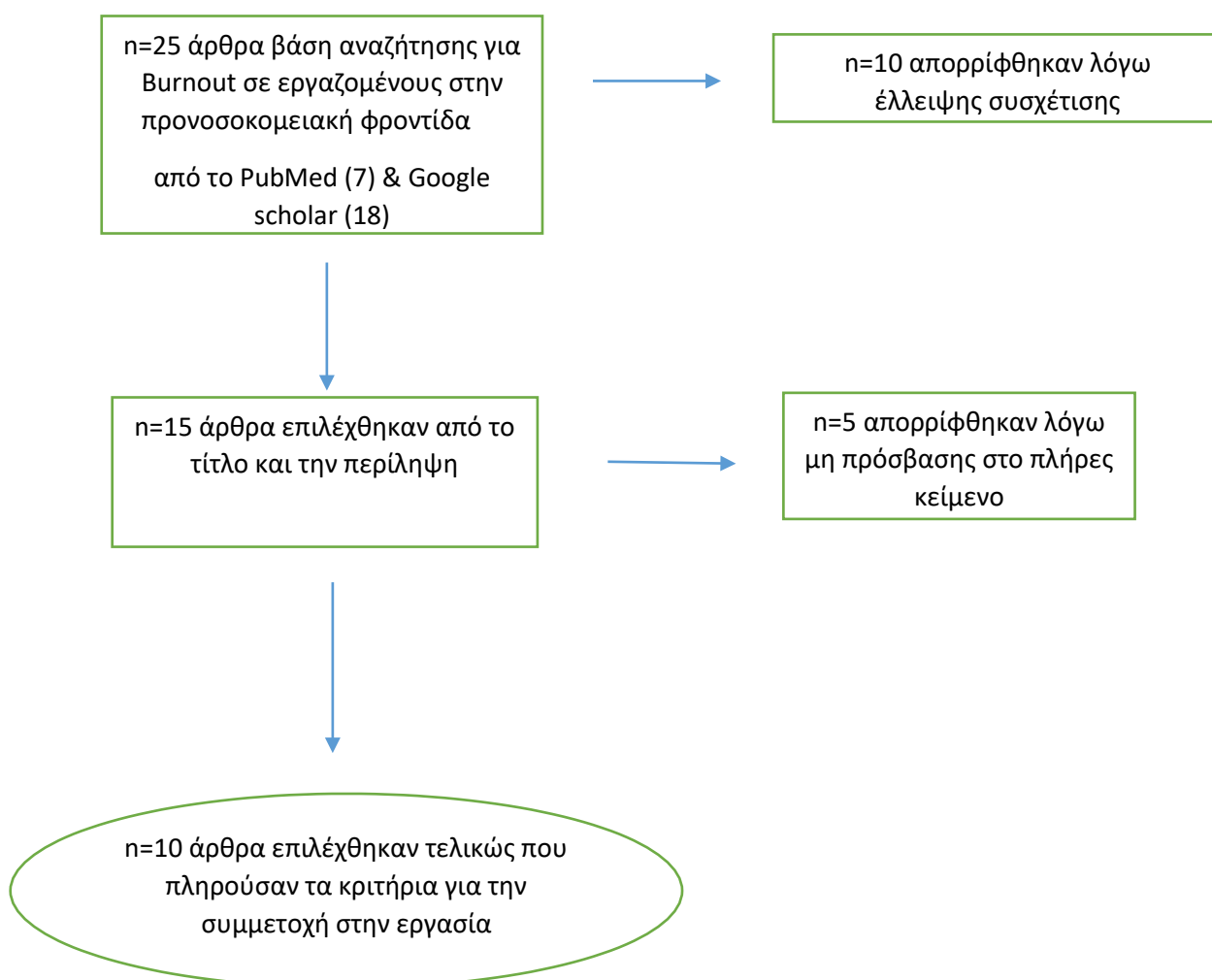
Να είναι συστηματικές ανασκοπήσεις

Να μην είναι εργασίες φοιτητών ή εργασίες συνέδριων.

5.4 Αποτελέσματα βιβλιογραφικής έρευνας.

Μέσα από την αναζήτηση που πραγματοποιήθηκε με στόχο τη συστηματική κριτική της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με επαγγελματική εξουθένωση στο προνοσοκομειακό χώρο προέκυψαν 25 άρθρα. 15 από αυτά κρίθηκαν ως επιλέξιμες πηγές από τον τίτλο και την περίληψη που παρουσιάζονταν για την άντληση γενικών πληροφοριών ενώ 10 από αυτά επιλέχθηκαν τελικά για να συμπεριληφθούν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, ενώ τα υπόλοιπα απορρίφθηκαν. Ο πιο συνηθισμένος λόγος για τον αποκλεισμό ενός άρθρου από οποιαδήποτε περαιτέρω εξέταση ήταν η έλλειψη του συνδυασμού των αρχικών δεδομένων και η αδύνατη πρόσβασης στο πλήρες άρθρο.

Διάγραμμα ροής 1.1



5.4.1 Μελέτη Νο1

Η πρώτη έρευνα έρχεται από το Ιράν και αφορά το προσωπικό EMS, που έχουν κοινά χαρακτηριστικά με τα πληρώματα του ΕΚΑΒ στην Ελλάδα. Είναι μια συστηματική έρευνα από τους Ali Sahebi, Mohamad Golitaleb, & Katayoun Jahangiri¹. Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν για την άντληση των αποτελεσμάτων είναι το SID, Magiran, Islamic World Science Citation Center (ISC), Irandoc, PubMed, Scopus, Web of Science και Google Scholar.

Οι πρώτες μελέτες περιείχαν 178 άρθρα και από αυτά συμμετείχαν στην ερευνητική ομάδα μόνο τα 13. Οι λέξεις κλειδιά ήταν Burnout, ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, επείγουσα ιατρική τεχνικούς (EMT), επαγγελματίες.

Για την ανάλυση συμμετείχε το μοντέλο των τριών διαστάσεων. (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων). Αποτυπώνεται μια μεγάλη απόκλιση στην εξουθένωση που βιώνουν οι ιατροί της επείγουσα ιατρικής με τους διασώστες, οι πρώτοι την βιώνουν σε ποσοστό 70% ενώ οι EMT σε 35%, ο νοσηλευτικός κλάδος είναι περίπου στην μέση των δυο με ποσοστό 50%.

Διαπιστώνεται ότι εάν η εξουθένωση αργήσει να διαγνωστεί και δεν ληφθούν προληπτικά μέτρα οι προσφερόμενες υπηρεσίες θα παρουσιάσουν σημαντική έλλειψη ποιότητας. Οι οργανισμοί θα υποστελεχθούν από απουσίες λόγω αναρρωτικών αδειών έως και μονίμων αποχωρίσεων. Η μελέτη των Khatiban et al, έδειξε ότι οι EMT έχουν υψηλό επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, με αποτέλεσμα να υπάρχουν συνέπειες για την υγεία τους όπως αϋπνία, κατάθλιψη και υπέρταση.

Λόγω των εργασιακών συνθηκών, ότι είναι δηλαδή οι πρώτοι ανταποκριτές και έχουν ζωτικό ρόλο οι ενέργειες τους στο να σώζουν τις ζωές των ανθρώπων, το άγχος του προ-νοσοκομειακού προσωπικού έκτακτης ανάγκης, έχει μεγάλη σημασία να εντοπιστεί καθώς και η συχνότητα που εμφανίζεται η επαγγελματική εξουθένωση. Όστε να μην γίνονται λανθασμένες ενέργειες και να μην παίρνονται εσφαλμένες αποφάσεις. Ως εκ τούτου, ο καθορισμός του ποσοστού επαγγελματικής εξουθένωσης στο προ-νοσοκομειακό προσωπικό έκτακτης ανάγκης μπορεί να παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Η παρούσα μελέτη διεξήχθη για τον προσδιορισμό της συχνότητας και της έντασης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε αυτή την ομάδα Επαγγελματιών Υγείας στην χώρα του Ιράν.

Στο κομμάτι της ανάλυσης συμμετείχαν δυο ερευνητές δουλεύοντας ανεξάρτητα μεταξύ τους. Εάν υπήρχε έντονη διαφωνία συμμετείχε ένας τρίτος ερευνητής όπου προσπαθούσε να συμβάλει σε με συμφωνία και να έχει καταλυτική απόφαση.

Σε τρεις βάσεις δεδομένων εισάχθηκαν λέξεις κλειδιά αναφέρονται περιγραμματακά:

Στο PubMed αναζητήθηκε «Επαγγελματική εξουθένωση» ή « εξουθένωση εργασίας » « Προσωπικό ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης » κ.α.

Στο Scopus αναζητήθηκε «Επαγγελματική εξουθένωση», «Εξάντληση καριέρας» «Προσωπικό ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης» «Προσωπικό Επείγουσας Ιατρικής Υπηρεσίας» κ.α.

Στο Web of Science αναζητήθηκαν οι όροι «Προσωπικό Επείγουσας Ιατρικής Υπηρεσίας » « Προσωπικό Επειγόντων Νοσοκομείου » « Τεχνικός Επείγουσας Ιατρικής» «Επείγουσα παραϊατρική» «Τεχνικός έκτακτης ιατρικής» «παραϊατρικός» «Ιράν» κ.α.

Η γλώσσα αναζήτησης περιλάμβανε την αγγλική και την περσική γραφή, ενώ σαν απαιτούμενο ήταν οι μελέτες να χρησιμοποιούν το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory.

Μελέτες που δεν ήταν όλο το κείμενο αποκλείστηκαν καθώς και μελέτες με σύντομες αναφορές και συστηματικές αναθεωρήσεις. Τα αρχικά άρθρα ήταν 178 και με την βοήθεια του λογισμικού EndNote X7 τα διπλότυπα αποκλειστήκαν και συμμετείχαν τα 156. Από αυτά μετά την μελέτη των ευρυτήτων προχωρήσαν στην επόμενη φάση τα 23 όπου ήταν τα πιο σχετικά με την ερευνά . Εν συνεχεία οι μελετητές καταλήξαν σε 13 άρθρα για να συμμετέχουν στην ερευνά αποκλείοντας τα 10 από τα 23. Για τον έλεγχο της ποιότητας των μελετών, χρησιμοποιήθηκε το STROBE που είναι μια λίστα ελέγχου Ενίσχυση της Αναφοράς Παρατηρητικών Μελετών στην Επιδημιολογία. Η ελάχιστη και η μέγιστη βαθμολογία που συγκεντρώθηκαν σε αυτήν τη λίστα ελέγχου ήταν από 0 έως 44. Αυτές οι μελέτες που έλαβαν ελάχιστη βαθμολογία 16 και κάτω επιλέχθηκαν για τη μετα-ανάλυση.

Τα απαιτούμενα δεδομένα από τις τελικές μελέτες εξήχθησαν χρησιμοποιώντας μια προπαρασκευασμένη λίστα ελέγχου για την καταγραφή των ονομάτων των πρώτων συγγραφέων, του τόπου μελέτης, του μεγέθους του δείγματος, του έτους δημοσίευση, και τη συχνότητα και την ένταση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε κάθε μελέτη, τα μέσα και οι τυπικές αποκλίσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης εξήχθησαν για κάθε

διάσταση του MIB ξεχωριστά. Η παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης και του έτους σπουδών. Επίσης σε αυτή τη μελέτη, το τεστ Begg χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της δημοσίευσης. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας την 14^η έκδοση του λογισμικού STATA.

Αυτή η μελέτη εγκρίθηκε από την επιτροπή δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Ιατρικών Επιστημών Shahid Beheshti, της Τεχεράνη. Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, τα συλλεγόμενα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν μόνο για επιστημονικούς σκοπούς και τηρήθηκε η πνευματική ιδιοκτησία.

Μελετήθηκαν 2034 άτομα που απασχολούνται στην προνοσοκομειακή φροντίδα έκτακτης ανάγκης. Στο ερωτηματολόγιο της MIB που περιέχει 22 ερωτήσεις αντισταθμίσθηκαν τα αποτελέσματα σε τρεις κλίμακες βαθμολογίας για να δηλώσουν την χαμηλή, την μέτρια και την υψηλή συχνότητά σε κάθε μια διάσταση.

Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης έδειξαν ότι η μέση συχνότητα επαγγελματικής εξουθένωσης όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων ήταν χαμηλή, μέτρια και υψηλή, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα της δοκιμής Begg έδειξαν ότι η προκατάληψη δημοσίευσης για τη συχνότητα επαγγελματικής εξουθένωσης δεν ήταν σημαντική. (συναισθηματική εξάντληση ($p = 0.721$), αποπροσωποποίηση ($p = 0.371$), έλλειψη προσωπικής επίτευξης ($p = 0.858$))

Επιπλέον τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μέση τιμή της επαγγελματικής εξουθένωσης όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων ως χαμηλή, μέτρια και υψηλή, αντίστοιχα. Επίσης, το τεστ Begg έδειξε ότι η προκατάληψη δημοσίευσης για την ένταση της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν ήταν σημαντική (συναισθηματική εξάντληση ($p = 0.677$), αποπροσωποποίηση ($p = 0.173$) και έλλειψη προσωπικής επίτευξης ($p = 0.297$). Τα αποτελέσματα της μετα-παλινδρόμησης έδειξαν ότι υπάρχει μια αυξανόμενη τάση στην συχνότητα της αποπροσωποποίησης ενώ οι άλλες δυο διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης μειώνονταν.

Σύμφωνα με τα ευρήματά της συστηματικής ανασκόπησης η χαμηλότερη και υψηλότερη συχνότητα της έντασης της επαγγελματικής εξουθένωσης στο προ-νοσοκομειακό προσωπικό έκτακτης ανάγκης στο Ιράν σχετιζόνταν με τη συναισθηματική εξάντληση

και την έλλειψη διαστάσεων προσωπικής επίτευξης, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα μιας μελέτης μέσω της μετα-ανάλυσης έδειξαν ότι η επικράτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές του τμήματος επειγόντων περιστατικών ήταν: συναισθηματική εξάντληση (31%), αποπροσωποποίηση (36%) και έλλειψη προσωπικής επιτυχίας (29%) αντίστοιχα. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αντιμετωπίζουν άγχος, υψηλό φόρτο εργασίας και είδη βίας στο χώρο εργασίας. Επομένως, αυτοί οι παράγοντες μπορούν να αυξήσουν την επαγγελματική εξουθένωση. Σε άλλες μελέτες, της μετα- ανάλυσης οι συχνότερες συναισθηματικές εξάντλησης του προσωπικού έκτακτης ανάγκης προ-νοσοκομείου αναφέρθηκαν ως 20% από τους Juliá-Sanchis et al στην Ισπανία, 44% από τους Kalemoglu et al στην Τουρκία, 13% από τον Boland et al. στην πολιτεία Μινεσότα των ΗΠΑ και 20 ως 40% στη μελέτη των Baier et al . Μελέτες σε νοσηλευτές δίνουν το ποσοστό της συχνότητας στο 27% και για τους γιατρούς στο 47%. Η συναισθηματική εξάντληση, η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο στην εργασιακή ικανοποίηση, μπορεί να προέλθει από συγκρούσεις και ασάφειες στους ρόλους, λειτουργική υπερφόρτωση, ατομικές συγκρούσεις, καθώς και την έλλειψη συμμετοχής στις αποφάσεις, έλλειψη ανταμοιβών επιβράβευσης. Επιπλέον, η συνεχής έκθεση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης σε συναισθηματικές εντάσεις μπορεί να συμβάλει στην επαγγελματική εξουθένωση. Στην παρούσα μελέτη, τα μέσα συχνότητας και έντασης επαγγελματικής εξουθένωσης σχετικά με τη διάσταση της αποπροσωποποίησης ήταν 11,57% και 11,20% αντίστοιχα. Στη μελέτη των Moukarzel et al., η συχνότητα της αποπροσωποποίησης στο προσωπικό έκτακτης ανάγκης αναφέρθηκε στο 29,6%. Σε μελέτες που διεξήχθησαν στην Τουρκία στο 32.2%, στην Ισπανία στο 10,10% και στις Ηνωμένες Πολιτείες μόλις στο 6,9%. Η συνεχής συναισθηματική εξάντληση μειώνει την πνευματική ικανότητα των ατόμων, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ακραία αδιαφορία για τη δουλειά ακόμη και τους ιδίους τους ασθενείς τους. Επομένως, η αποπροσωποποίηση μπορεί να θεωρηθεί ως μια έννοια στενά συνδεδεμένη και συμβατή με τη συναισθηματική εξάντληση. Ωστόσο, κληρονομικοί, κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες μπορούν επίσης να συμβάλουν στην αποπροσωποποίηση. Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων μειώνει την ικανότητα στην εκτέλεση των καθηκόντων και προάγει μια αρνητική αυτοαξιολόγηση για την εκτέλεση καθηκόντων (Moukarzel et al,2019)

Στην παρούσα μελέτη, η μέση συχνότητα και ένταση επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με την έλλειψη προσωπικής επίτευξης ήταν 16.11 % και 23,45% αντίστοιχα, ενώ

οι αντίστοιχες συχνότητες αναφέρθηκαν στην Ισπανία ως και 37% από τους Juliá-Sanchis et al . στην Τουρκία ως 28% από τους Kalemoglu et al . και 39,10% από τους Boland et al . στην πολιτεία των ΗΠΑ Μινεσότα.

Η συμμετοχή του προσωπικού στις οργανωτικές αποφάσεις, η εκτίμηση των προσπαθειών τους και η ενίσχυση των κινήτρων τους μπορεί να αυξήσει την αυτοεκτίμηση των εργαζομένων στο χώρο εργασίας και έτσι να μετριάσει την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων τους.

Τα διαφορετικά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να οφείλονται σε πολιτιστικούς παράγοντες σε διάφορες κοινότητες, ατομικά χαρακτηριστικά και μεταβλητές ερμηνείες σχετικά με τον ορισμό της έννοιας της εξουθένωσης σε διαφορετικές κοινωνίες.

Σε μια μελέτη στην Κολομβία, η συχνότητα της εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών αναφέρθηκε στο 1,90%. Στις τρεις διαστάσεις παρουσίασαν έντονη συναισθηματική εξάντληση (15,50%), αποπροσωποποίηση (16,50%) και έλλειψη προσωπικής επιτυχίας (9,70%).

Μια άλλη μελέτη που συμμετείχε στην ανασκόπηση έδειξε ότι η ενσυναίσθηση μεταξύ των νοσηλευτών μείωσε την επαγγελματική εξουθένωση και αύξησε την εργασιακή ικανοποίηση (Taleghani F et al 2017). Συνολικά, η εκπαίδευση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τον τρόπο προσαρμογής στα επαγγέλματά τους μπορεί να ενισχύσει την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν υψηλό φόρτο εργασίας και συνεπώς να μειωθεί η επαγγελματική εξουθένωση. (Juliá-Sanchis et al , 2019)

Ως αποτέλεσμα, το προσωπικό της προνοσοκομειακής φροντίδας εκτίθεται σε επαγγελματική εξουθένωση όπως όλοι οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, με τη διεξαγωγή αυτής της ολοκληρωμένης μελέτης και την αποτύπωση ενός αξιοσημείωτου ποσοστού επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό των έκτακτων αναγκών μπορεί να αποτελέσει σημείο καμπής στην αντιμετώπιση αυτού του σημαντικού ζητήματος σε αυτή την επαγγελματική ομάδα.

Ένας από τους περιορισμούς αυτής της μελέτης ήταν η υψηλή ετερογένεια μεταξύ των περιλαμβανόμενων μελετών. Επιπλέον, οι μελέτες ανέφεραν τον μέσο όρο επαγγελματικής εξουθένωσης σε μεμονωμένες διαστάσεις αντί να αναφέρουν έναν συνολικό μέσο όρο. Έτσι, δεν ήταν δυνατό να αναφερθεί ο συνολικός μέσος όρος

επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος, οι περισσότερες μελέτες δεν ανέφεραν την μέση ηλικία και τα χρονιά εμπειρίας των συμμετεχόντων.

Συμπερασματικά τα ευρήματα αυτής της μελέτης έδειξαν μέτρια συχνότητα και ένταση επαγγελματικής εξουθένωσης από την άποψη της αποπροσωποποίησης, ενώ υψηλά επίπεδα από την έλλειψη προσωπικής επιτυχίας μεταξύ του προνοσοκομειακού προσωπικού έκτακτης ανάγκης στο Ιράν. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για την υγεία να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στον εντοπισμό και την επίλυση των αιτιών της επαγγελματικής εξουθένωσης σε αυτόν τον πληθυσμό και να φέρουν κατάλληλα μετρά αντιμετώπισης και πρόληψης. Αυτό μπορεί να αποτρέψει τις απουσίες ή παρατήσεις, τη δυσαρέσκεια στην εργασία και τις δυσμενείς επιπτώσεις στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, μέσω αυτών θα βελτιωθεί η ποσότητα των ατόμων και η ποιότητα των προνοσοκομειακών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης. Τέλος, η ερευνά προτείνει μέσα από μελλοντικές μελέτες να εξεταστούν τόσο τα εμπόδια όσο και οι παράγοντες εμφανίσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στο προνοσοκομειακό προσωπικό έκτακτης ανάγκης.

5.4.2 Μελέτη Νο2

Η δεύτερη ερευνά είναι και αυτή μια συστηματική ανασκόπηση. Παρουσιάζεται ως η πρώτη μετα-ανάλυση που ασχολείτο αποκλειστικά με την ομάδα των εργαζομένων που δουλεύουν στα ασθενοφόρα και για αυτό το λόγω συμπεριλήφθηκε στην εργασία αν και υπάρχει μεγάλη χρονική απόκλιση καθώς έχει διεξαχθεί το 2006. Επίσης είναι πιο γενική διότι συμπεριλαμβάνει την κατάσταση της υγείας των πληρωμάτων σφαιρικά. Και μέσα από αυτή την γενικότητα διακρίνεται και η επαγγελματική εξουθένωση σαν ένας προγνωστικός παράγοντας επιρροής της υγείας των EMT.

Η ερευνά έγινε από 3 μελετητές Tom Sterud ,Øivind Ekeberg & Erlend Hem στο Όσλο της Νορβηγίας.

Σαράντα εννέα μελέτες περιλαμβάνονται σε αυτήν την ανασκόπηση. Μια έρευνα δείχνει ότι οι εργαζόμενοι στα ασθενοφόρα έχουν υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας, υψηλότερο επίπεδο θανατηφόρων ατυχημάτων, υψηλότερο επίπεδο τραυματισμών από ατυχήματα και υψηλότερη πρόωρη συνταξιοδότηση για ιατρικούς λόγους από ότι ο γενικός εργαζόμενος πληθυσμός και οι εργαζόμενοι σε άλλα επαγγέλματα υγείας. Οι

εργαζόμενοι στο ασθενοφόρο φαίνεται επίσης να έχουν περισσότερα μυοσκελετικά προβλήματα από τον γενικό πληθυσμό. Αυτά τα συμπεράσματα είναι προκαταρκτικά προς το παρόν επειδή το καθένα βασίζεται σε μία μόνο μελέτη. Περισσότερες μελέτες έχουν αναδείξει προβλήματα ψυχικής υγείας. Ο επιπολασμός της ευαισθησίας των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες ήταν κοντά στο 20% σε πέντε από επτά μελέτες και παρόμοια υψηλά ποσοστά επιπολασμού αναφέρθηκαν για το άγχος και τη γενική ψυχοπαθολογία σε τέσσερις από πέντε μελέτες

Η Στρατηγική αναζήτησης βασίστηκε στην εμπειρική βιβλιογραφία, που αλιευτικέ μέσα στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως το Medline (Ovid) (1966 έως 2005), EMBASE (1980 έως 2005), PsychINFO (1972 έως 2005), CINAHL (1982 έως 2005), και ISI Web of Science (1980 έως 2005) Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την διασταύρωση των λέξεων "προσωπικό ασθενοφόρου", "εργαζόμενος σε ασθενοφόρο", "παραϊατρικοί", "τεχνικοί έκτακτης ιατρικής" FFή "προσωπικό ems" με "ψυχική υγεία", "άγχος", "διαταραχές στρες, μετατραυματικές", "στρες, ψυχολογικές", "κατάθλιψη", "άγχος", "εξουθένωση", "σωματική υγεία", "κατάσταση υγείας", "αναρρωτική άδεια", "θνησιμότητα", "αρτηριακή πίεση"

Τα κριτήρια ένταξης ήταν να είναι πρωτότυπες δημοσιευόμενες μελέτες όπου η δημοσίευση να μην ήταν πριν το 1966 και εκτιμούν την κατάσταση μεταξύ υγείας και αγχωτικών συνθηκών εργασίας ή ατομικές διαφορές στις υπηρεσίες ασθενοφόρων. Μεταξύ των μελετών που αφορούν τη σχέση μεταξύ στρες και καταπόνησης στην υπηρεσία ασθενοφόρων επιλέχθηκαν μόνο μελέτες που δεν περιλαμβάνονταν στην προηγούμενη ανασκόπηση.

Ο στόχος της έρευνας ήταν να απαντήσει στα παρακάτω δυο ερευνητικά ερωτήματα.

1. Το προσωπικό ασθενοφόρων έχει περισσότερα προβλήματα υγείας σε σύγκριση με άλλες επαγγελματικές ομάδες; 2. Ποια είναι αρνητικές συνέπειες για την υγεία των εργαζομένων στα ασθενοφόρα ως αποτέλεσμα αγχωτικών επιβλαβών συνθηκών εργασίας και ατομικών διαφορών (π.χ. προσωπικότητα και συμπεριφορά αντιμετώπισης);

Για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, οι μελέτες που συνέκριναν τους εργαζόμενους ασθενοφόρων με άλλες ομάδες εργαζομένων που χρησιμοποιούσαν τις ίδιες μεθόδους και όργανα θεωρήθηκαν πιο επαρκείς και για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, οι προοπτικές μελέτες θεωρήθηκαν οι πιο κατάλληλες.

Η αναζήτηση κατέληξε σε 573 επισκέψεις στη βάση δεδομένων Ovid Medline, εκ των οποίων 39 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης.

Οι περισσότερες μελέτες που εξαιρέθηκαν ήταν οι σύντομες αναφορές, οι άλλες είχαν μια προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή ή επικεντρώθηκαν στη διαχείριση του στρες ή στην ενημέρωση του προσωπικού ασθενοφόρων. Άλλες μελέτες αποκλείστηκαν λόγω μη σχετικού αποτελέσματος υγείας, χωρίς καθορισμένο δείγμα από επαγγελματίες στα ασθενοφόρα. Μελέτες που αφορούσαν τις συνέπειες της επίθεσης αποκλείστηκαν λόγω των ειδικών συνθηκών και της συμπερίληψης εθελοντών. Αρκετές μελέτες επικεντρώθηκαν σε μολυσματικές ασθένειες, κυρίως ηπατίτιδα, αυτές οι μελέτες εξετάστηκαν σε δύο ανασκοπήσεις. Δύο μελέτες αποκλείστηκαν επειδή τα ίδια ευρήματα αναφέρθηκαν σε ιδία μελέτη. Δεκαπέντε από τις μελέτες αποκλείστηκαν επειδή είχαν αναφερθεί σε προηγούμενη ανασκόπηση.

Οι μελέτες που συμμετείχαν τελικά ήταν από τις ΗΠΑ (21), το Ηνωμένο Βασίλειο (6), Βόρεια Ιρλανδία (3), τη Σουηδία (4), τις Κάτω Χώρες (3), τον Καναδά (3), την Αυστραλία (2), την Ουαλία (2), τη Γαλλία (1) Γερμανία (1), Νέα Ζηλανδία (1), Ιαπωνία (1) και Σκωτία (1).

Οι έρευνες έδωσαν στοιχεία για πολλές παθήσεις, περιγραμματακά θα αναφέρουμε τα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) την Κατάθλιψη και άγχος

Μια εκ των τεσσάρων ερευνών από την Σουηδία η οποία είχε μεγάλη ανταπόκριση (72.4% σε 362 άτομα δείγματος) έδειξε σαν αποτέλεσμα ότι το προσωπικό του ασθενοφόρου σε 21,5% ήταν πολύ υψηλότερη η εμφάνιση PTSD από ό,τι στο γενικό πληθυσμό στη Σουηδία (2,6%) και σε άλλες χώρες όπου μετρήθηκε ο επιπολασμός των συμπτωμάτων PTSD, έδειξε ότι είναι σταθερά υψηλός στις υπηρεσίες ασθενοφόρων, (περίπου το 20% των εργαζομένων). Ωστόσο, καμία μελέτη δεν έχει ελέγξει επαρκώς εάν οι εργαζόμενοι στα ασθενοφόρα έχουν υψηλότερο κίνδυνο από εκείνους σε άλλες επαγγελματικές ομάδες στην υγεία.

Για την Κατάθλιψη και άγχος το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για να μέτρησε ήταν από το State-Trait Anxiety Inventory του Spielberger. Οπου σε μια έρευνα που αφορούσε μια πολιτεία των ΗΠΑ, το άγχος ήταν χαμηλότερο στους εργαζόμενους σε ασθενοφόρα από ό,τι σε ένα τυπικό δείγμα εργαζομένων. Ωστόσο, επειδή αυτές οι συγκρίσεις βασίστηκαν σε ένα μικρό και μη αντιπροσωπευτικό δείγμα και οι βαθμοί διακύμανσης

και ο επιπολασμός δεν αναφέρθηκαν, οι μέσες βαθμολογίες θα μπορούσαν να αποκρύψουν σημαντικές ατομικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σύγκρισης.

Σε μια σχετικά μεγάλη άλλη μελέτη από έναν μόνο οργανισμό στην Ουαλία ($n = 617/60\%$), ο επιπολασμός της ευαισθησίας άγχους ήταν 22% και η κατάθλιψη 10%, όπως μετρήθηκε με την κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης. Τρεις άλλες μελέτες ανέφεραν παρόμοια υψηλή επικράτηση ψυχολογικής δυσφορίας ($> 20\%$), όπως μετρήθηκε από το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας [GHQ-12] επίσης σε μια μελέτη που αφορούσε μια υπηρεσία ασθενοφόρων στον Καναδά, ο επιπολασμός ήταν στο 2,1%, όπως μετρήθηκε με το εργαλείο μέτρησης κατάθλιψης του Beck, αναφέρθηκε

Συμπερασματικά, τέσσερις στις πέντε μελέτες υποστήριξαν ότι έως και το 20% των εργαζομένων στις υπηρεσίες ασθενοφόρων υποφέρουν από ψυχοπαθολογικά προβλήματα, αλλά είναι άγνωστο εάν αυτός ο επιπολασμός διαφέρει από αυτόν στους εργαζόμενους του γενικού πληθυσμού στις αντίστοιχες χώρες.

Αναφορικά με την Εξουθένωση μια μελέτη από την Ολλανδία χρησιμοποίησε το Maslach Burnout Inventory για να διερευνήσει την επαγγελματική εξουθένωση σε εργαζόμενους από 10 περιοχές (αριθμός δείγματος 221 και η ανταπόκριση στο 56%) και διαπίστωσε υψηλότερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης σε εργαζόμενους σε ασθενοφόρα (8,6%) σε σχέση με τον γενικό εργαζόμενο πληθυσμό (5,3%). Τα ποσοστά των εργαζομένων με υψηλές βαθμολογίες στις τρεις ξεχωριστές διαστάσεις του MIB αναφέρθηκαν ως 12% για συναισθηματική εξάντληση, 18% για αποπροσωποποίηση και 16% στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Η μελέτη ανέφερε σημαντικά υψηλότερο επιπολασμό κόπωσης (10%), όπως μετρήθηκε από το εργαλείο ελέγχου Individual Strength, στους εργαζόμενους στα ασθενοφόρα. Ωστόσο, αυτό το συμπέρασμα βασίστηκε σε ένα μικρό και μη αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Σε άλλη μελέτη από μια υπηρεσία ασθενοφόρων σε μια περιφέρεια της Σκωτίας, σε δείγμα 160 ατόμων με ανταπόκριση στο 69%, ανέφερε ποσοστά των εργαζομένων με υψηλές βαθμολογίες στο Maslach Burnout Inventory για τις τρεις διαστάσεις του (ως 26% για συναισθηματική εξάντληση, 36% για την αποπροσωποποίηση και 22% στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

Ως εκ τούτου οι ερευνητές με τα δεδομένα που εξήγαγαν καταλήγουν ότι δεν μπορεί να έχουν ένα σαφές συμπέρασμα σχετικά με την επικράτηση της εξουθένωσης στις

υπηρεσίες ασθενοφόρων και παραμένει ανοιχτό το ερώτημα εάν τα επίπεδα εξουθένωσης είναι υψηλότερα από ότι στο γενικό εργαζόμενο πληθυσμό.

Η ανασκόπηση περιλάμβανε και αλλά στοιχεία ως προς της γενική υγεία των διασωστών και περιγράφονται επιγραμματικά παρακάτω μέσα από τις πρωτογενείς επιλεγμένες έρευνες.

Οι στρεσογόνοι παράγοντες αντιμετωπίστηκαν σε μια μονοετή μελέτη παρακολούθησης προσωπικού ασθενοφόρων από 10 περιοχές της Ολλανδίας (n = 142/36%) που περιλάμβανε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα της αγροτικής-αστικής κατανομής έδειξε ότι η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους και τους προϊστάμενους δημιούργησε περισσότερα συμπτώματα εξουθένωσης και γενικής κόπωσης. Οι στρεσογόνοι παράγοντες συσχετίστηκαν με κόπωση και εξουθένωση αλλά όχι με τα γενικά συμπτώματα υγείας. Επίσης άλλοι παράγοντες εξωγενείς με την υγεία όπως η έλλειψη αυτονομίας και οικονομικής ανταμοιβής δεν ήταν σημαντικοί παράγοντες επίδρασης.

Σε μια προοπτική μελέτη από τις ΗΠΑ (n = 65/33%)η ομάδα συνεργασίας και η υποστήριξη των προϊσταμένων στους υπάλληλους , προέβλεπαν λιγότερο άγχος που σχετίζεται με την εργασία σαν ένα μέτρο θεραπείας και πρόληψή μαζί.

Σε μια πρόσφατη μελέτη από τη Σουηδία (n = 1189/79%), η ανησυχία για τις συνθήκες εργασίας και τις ψυχολογικές απαιτήσεις και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, σχετίζονται σημαντικά με περισσότερα προβλήματα ύπνου, πονοκέφαλου και στομαχικές διαταραχές. Δυστυχώς, τα δεδομένα υγείας δεν βασίστηκαν σε τυποποιημένα όργανα.

Μια μελέτη από τη Νέα Ζηλανδία (n = 686/46%, 232 εργαζόμενοι ασθενοφόρων) έδειξε ότι τα επίπεδα άγχους δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ της αστυνομίας, της πυροσβεστικής και των εργαζομένων στα ασθενοφόρα, δηλαδή από τους πρώτους ανταποκριτές εκτατών αναγκών Οι λειτουργικοί στρεσογόνοι παράγοντες συσχετίστηκαν με περισσότερη συμπτωματολογία τραύματος και ψυχολογικής καταπόνησης σε όλες τις ομάδες εκτατών συμβατών. Αντίθετα, οι οργανωτικές ενοχλήσεις δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με την ψυχολογική πίεση στο προσωπικό ασθενοφόρων.

Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα, τρεις μελέτες έχουν αναφέρει σημαντικές σχέσεις μεταξύ του υψηλού εργασιακού στρες και της ψυχολογικής καταπόνησης. Τέσσερις μελέτες ανέφεραν ότι η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας. Εάν και μια μελέτη από τον Καναδά, αποτύπωσε ότι η

κοινωνική υποστήριξη δεν συνδέθηκε σημαντικά με προβλήματα ψυχικής υγείας όταν μεμονωμένοι παράγοντες συμπεριλήφθηκαν στα μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης

Το άγχος που σχετίζεται με την εργασία συνδέθηκε με προβλήματα ψυχικής υγείας σε επτά μελέτες. Ωστόσο, δύο μελέτες ανέφεραν ότι οι παράγοντες προσωπικότητας και η αντιμετώπιση του συσχετίστηκαν περισσότερο με την ψυχολογική πίεση. Η χαμηλή υποστήριξη συνδέθηκε με προβλήματα ψυχικής υγείας σε έξι μελέτες.

Οι κύριες αιτίες πρόωρης συνταξιοδότησης ήταν μυοσκελετικές και ψυχικές διαταραχές, αν και αυτές οι κύριες αιτίες δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων. Ωστόσο, το προσωπικό των ασθενοφόρων ήταν πιο πιθανό να συνταξιοδοτηθεί πιο νωρίς σε σχέση με άλλους εργαζομένους λόγω καρδιολογικών και ψυχικών προβλημάτων που οφείλονται κυρίως σε κατάχρηση αλκοόλ.

Στην σωματική υγεία, τρεις μελέτες ανέφεραν ότι το προσωπικό ασθενοφόρων έχει περισσότερα από το γενικό πληθυσμό παθολογικά προβλήματα υγείας, όπως υψηλότερη αρτηριακή πίεση και μυοσκελετικά. Δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία για αυξημένο κίνδυνο έκθεσης στην ηπατίτιδα στο προσωπικό ασθενοφόρων. Ενώ αναφορικά την θνησιμότητα δύο μελέτες υποδεικνύουν ότι οι εργαζόμενοι στα ασθενοφόρα έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο απεβίωσης και θανατηφόρων ή σοβαρών ατυχημάτων από τον γενικό εργαζόμενο πληθυσμό. Μία μελέτη δείχνει υψηλότερο σχετικό κίνδυνο τραυματισμού μεταξύ των εργαζομένων ασθενοφόρων σε σύγκριση με τον εθνικό μέσο όρο και τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας στις ΗΠΑ, ενώ δύο μελέτες αναφέρουν υψηλά ποσοστά τραυματισμών χωρίς συγκριτικά δεδομένα. Ωστόσο, διαφορετικοί ορισμοί περιπτώσεων θανάτου και αίτιας του, καθιστούν δύσκολη τη σύγκριση μεταξύ των μελετών.

Καταλήγοντας οι ερευνητές διαπίστωσαν στις μελέτες επιλογής τους, έλλειψη συνέπειας στις μεθόδους και τα μέσα αξιολόγησης για τη μέτρηση των προβλημάτων υγείας, επίσης υπήρχαν μελέτες με μικρά δείγματα καθώς και ένας μεγάλο εύρος για το τι εστί διασώστης. Σε πολλές έρευνες συμμετείχαν πυροσβέστες σαν πρώτοι ανταποκριτές-διασώστες ενώ σε κάποιες άλλες συμμετείχαν όλοι οι οδηγοί ασθενοφόρων, δηλαδή αυτοί που κατά κυρίαρχο λόγω κάνουν διακομιδές χρονιών ασθενών και όχι επειγόντων.

Προτείνεται από τους ερευνητές μια πιο συστηματική έρευνα για τη σύγκριση των επιπέδων στρες και πίεσης που βιώνει το προσωπικό ασθενοφόρων με εκείνα που βιώνουν άλλες παρόμοιες επαγγελματικές ομάδες και γενικά εργαζόμενοι. Προτείνεται σαν εργαλείο το MBI για την εξουθένωση, που αναπτύχθηκε για χρήση σε επαγγέλματα

υγείας, το οποίο χρησιμοποιείται ήδη και σήμερα για τη μελέτη στα πληρώματα των ασθενοφόρων και μπορεί να αποτελέσει ένα σημείο σύγκρισης της κατάστασης της υγείας σε διάφορες υπηρεσίες ασθενοφόρων ανά την υφήλιο.

5.4.3 Μελέτη Νο3

Η τρίτη σε σειρά μελέτη είναι και αυτή μια συστηματική ανασκόπηση δημοσιευμένη το Φεβρουάριο του 2020 από τους Matthew Reardon, Raquel Abrahams, Liz Thyer και τον Paul Simpson, Διενεργήθηκε σύμφωνα με τα κατευθυντήρια βήματα για συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις (PRISMA).

Οι αναζητήσεις έγιναν σε επτά βάσεις δεδομένων (PsycINFO, MEDLINE, CINAHL, PubMed, EMBASE, ERIC, PsycARTICLES) Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Burnout ,Paramedics, Ambulance officers, Emergency medical technicians, Emergency medical clinicians and Military medics. Further limits were applied to exclude articles involving, Students, nurses, community health clinicians, doctors and retirees.

Δυο ερευνητές κάνανε την διαλογή και την επιλογή από το σύνολο των ερευνών, ενώ εάν υπήρχε διαφωνία, ένας τρίτος συμμετείχε για να δώσει την επιλογή για το πια έρευνα θα συμμετείχε τελικώς.

Το εργαλείο Hoy χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών που αναφέρουν τον επιπολασμό.

Από τις 498 αρχικές έρευνες συμμετείχαν μόνο 5 που κατανέμονται χωροταξικά ως: δύο από τις ΗΠΑ, από μια για την Αυστραλία την Νότια Αφρική και το Ισραήλ. Υπήρχε ετερογένεια στα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της επικράτησης της ΕΕ με το Copenhagen Burnout Inventory (CBI) να χρησιμοποιήθηκε σε τρεις μελέτες, και το General Burnout Measure (GBM) σε μια και το Maslach Burnout Inventory (MBI) υπολειπομένη. Τα ποσοστά ανταπόκρισης κυμαίνονταν μεταξύ 8,3% και 88%, και τα δείγματα περιλάμβαναν διασώστες που είχαν προσόντα για Advanced Life Support (ALS)εξειδικευμένης βοήθειας και εκπαίδευσης ή Basic Life Support (BLS) βασικής εκπαίδευσης και προσφερόμενης βοήθειας.

Υπήρχε σημαντική διακύμανση στην επικράτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των μελετών που συμπεριλήφθηκαν. Μια έρευνα από τους Nirel et al(2008)

ανέφεραν τον χαμηλότερο επιπολασμό (16%) στη μελέτη τους για παραϊατρικούς BLS και ALS στο Ισραήλ. Ο πληθυσμός της μελέτης τους ήταν κυρίως άνδρες (85%), αντικατοπτρίζοντας το δημογραφικό φύλο του εργατικού δυναμικού σε αυτήν την περιοχή. Οι Boland et al ανέφεραν παρόμοια χαμηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης 18% στη μελέτη τους για παραϊατρικούς BLS και ALS στις ΗΠΑ (ποσοστό ανταπόκρισης 54%· 190 συμμετέχοντες). Με εργαλείο μελέτης το MBI οι Crowe et al.'s (2018) ανέφεραν επικράτηση 38% σε ένα μεγάλο δείγμα 2650 παραϊατρικών που αποτελούνταν και από εξειδικευμένους διασώστες αλλά και με βασική εκπαίδευση, σε διάφορες πολιτείες των ΗΠΑ (ποσοστό ανταπόκρισης 14,1%). Χρησιμοποιήθηκε το όργανο CBI για την αξιολόγηση, ενώ ο πληθυσμός ήταν κυρίως από ανδρικό δυναμικό(74%), η επικράτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν υψηλότερη στους παραϊατρικούς του ALS σε σύγκριση με τους διασώστες της βασικής φροντίδας. Οι Thyer L και συν(2018) ανέφεραν επικράτηση συνολικής εξουθένωσης, χρησιμοποιώντας το όργανο CBI σε ποσοστό 56% στην μελέτη για τους Αυστραλούς παραϊατρικούς που το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 8,3% (893 συμμετέχοντες). Τέλος οι Stassen et al το 2013, ανέφεραν επικράτηση συνολικής εξουθένωσης 30% χρησιμοποιώντας το εργαλείο CBI, από ένα δείγμα 45 ερωτηθέντων που εργάζονταν στο Γιοχάνεσμπουργκ της Νότιας Αφρικής με ποσοστό ανταπόκρισης στο 46%. Αυτό το δείγμα αποτελούταν κυρίως από άνδρες (70%).

Χρησιμοποιήθηκαν τρία διαφορετικά εργαλεία έρευνας όπως ειπώθηκε και πιο επάνω, κάθε μελέτη συνέλεξε δεδομένα για διάφορους παραμέτρους της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και για το συνολικό ποσοστό εξουθένωσης. Μία μελέτη χρησιμοποίησε το MBI και άλλη μια το GBM, αποτρέποντας τη σύγκριση μεταξύ τους. Στις τρεις μελέτες που χρησιμοποίησαν το όργανο CBI, η επικράτηση ήταν υψηλότερη στον τομέα «προσωπικής εξουθένωσης». Ο χαμηλότερος επιπολασμός, παρατηρήθηκε στην επαγγελματική εξουθένωση που σχετίζεται με τον ασθενή.

Στον Crowe et al .'s που αφορά την μελέτη των παραϊατρικών στις ΗΠΑ το 2018, για την επαγγελματική εξουθένωση, η πιστοποίηση ALS, η εμπειρία 5-15 ετών και ο υψηλότερος όγκος εβδομαδιαίας απόκρισης κλήσεων ήταν προγνωστικός παράγοντας για την αύξηση του κινδύνου εξουθένωσης. Για την εξουθένωση σχετιζόμενη με τους ασθενείς, η συσχέτιση του φύλου αντιστράφηκε, με τους άνδρες να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εξουθένωσης σε σχέση με τις γυναίκες. Ενώ η μελέτη των Thyer et al . είχε το υψηλότερο ποσοστό γυναικών (46%). Ανέφεραν ότι το φύλο ήταν ένας σημαντικός προγνωστικός

παράγοντας της συνολικής εξουθένωσης, με τις γυναίκες να έχουν 30% περισσότερες πιθανότητες συνολικής εξουθένωσης σε σύγκριση με τους άνδρες. Τέλος δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ μεταβλητών φύλου, επιχειρησιακής θέσης, εκπαιδευτικού τίτλου ή ετών εμπειρίας, στην μελέτη του Stassen για τους Νοτιοαφρικάνους παραϊατρικούς, επομένως δεν εντοπίστηκαν παράγοντες πρόβλεψης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ένας περιορισμός σε όλη τη μελέτη, ήταν η μέτρηση της επικράτησης της εξουθένωσης χρησιμοποιώντας διαφορετικά μη επικυρωμένα όργανα μέτρησης της, γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια παραπλανητική ερμηνεία ενώ ένας άλλος περιορισμός ήταν τα έτη πριν από το 2000 και αυτό έγινε διότι οι οργανωτικές δομές και συστήματα παραϊατρικής έχουν εξελιχθεί σημαντικά από το τέλος του αιώνα. Συνεπώς παράγοντες που σχετίζονται με την οργανωτική δομή του οργανισμού έχουν μετασχηματιστεί – αναπτυχθεί, και για αυτό παλιές έρευνες διατρέχουν το κίνδυνο να παρουσιάσουν αποτελέσματα που δεν είναι πλέον σχετικά.

Συμπερασματικά αυτή η συστηματική ανασκόπηση των 5 μελετών αποκαλύπτει έναν επιπολασμό «συνολικής εξουθένωσης» που κυμαίνεται μεταξύ 16% και 56%. Ωστόσο η ετερογένεια αναμεσα στους πληθυσμούς της μελέτης και τα εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, μαζί με έναν μέτριο κίνδυνο μεροληψίας που προκύπτει από την ποιότητα της συμπεριλαμβανόμενης έρευνας, αποδυναμώνουν την ισχύ αυτών των στοιχείων και των συμπερασμάτων που μπορούν να εξαχθούν από αυτά. Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν είχαν χαμηλότερα από τα βέλτιστα ποσοστά απόκρισης και μη αντιπροσωπευτικά δείγματα. Αυτή η συστηματική ανασκόπηση επιβεβαιώνει ότι είναι γνωστό, ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ζήτημα ανησυχίας στους διασώστες. Δυστυχώς, τα τρέχοντα στοιχεία είναι ανεπαρκή για να επιτρέψουν στις παραϊατρικές οργανώσεις να τα χρησιμοποιήσουν ως θεμέλιο για την ανάπτυξη παρεμβάσεων και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους. Προτείνεται μια έρευνα στην οποία οι παραϊατρικοί οργανισμοί μπορούν με βεβαιότητα να βασίσουν τις παρεμβάσεις για την πρόληψη ή την αντιστάθμιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

5.4.4 Μελέτη Νο4

Η επόμενη έρευνα αφορά τους νοσηλευτές που επιχειρούν σε εκτατά περιστατικά. Όπως έχει αναφερθεί και στη ενότητα 3.5 , κάποια συστήματα υγείας έχουν στο ανθρώπινο δυναμικό τους νοσηλευτές για την στελέχωση των ασθενοφόρων ή συνεπικουρούν με τους διασώστες σαν τρίτο μέλος πληρώματος. Επίσης οι νοσηλευτές των ΤΕΠ και των κέντρων τραύματος, βιώνουν παρόμοιες καταστάσεις λόγω των επειγόντων περιστατικών που χαρακτηρίζονται από το απρόβλεπτο, το συνωστισμό και την συνεχή αντιπαράθεση, αντιμετωπίζοντας ένα ευρύ φάσμα ασθενειών, τραυματισμών και τραυματικών συμβάντων όπως δηλαδή και οι διασώστες των ασθενοφόρων

Η έρευνα των Jef Adriaenssens aVéronique De Gucht και Stan Maes είναι μια συστηματική ανασκόπηση από έρευνες που έχουν γίνει ενός 25ετίας.

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις διάφορες βάσεις δεδομένων αποκάλυψε 489 ερευνητικές εργασίες όμως διπλότυπα οι έρευνες που δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας που έθεσαν οι συγγραφείς, απορρίφθηκαν και τελικά συμπεριλήφθηκαν 17 μελέτες .

Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν:NCBI PubMed, Embase, ISI Web of Knowledge, Informa HealthCare, Picarta, Cinahl και Scielo. Οι λέξεις κλειδιά όπως Εξουθένωση Νοσηλευτή έκτακτης ανάγκης και Επαγγελματικό στρες ,καταπόνηση, εργασιακό άγχος, εργασιακό άγχος, άγχος στο χώρο εργασίας, εργασιακό περιβάλλον, ER, κέντρο τραυμάτων, αίθουσα διαλογής, ασθενοφόρο, μονάδα εντατικής θεραπείας , υπηρεσία έκτακτης ανάγκης, πρώτες βοήθειες, «Υπηρεσία έκτακτης ανάγκης, Νοσοκομείο, Ιατρική έκτακτης ανάγκης, νοσηλευτικό προσωπικό, επαγγελματίας υγείας, παραϊατρικός, ιατρικό προσωπικό, κρίσιμο περιστατικό, κρίσιμο συμβάν, τραυματικό γεγονός συμμετείχαν στην αναζήτηση.

Η μελέτη έγινε στην Ολλανδία και δημοσιεύτηκε το Φεβρουάριο του 2015. Η έρευνα αναφέρει την ήδη γνωστή θεωρία περί τριών διαστάσεων και τις σημαντικές συνέπειες για τον εργαζόμενο της υγειονομικής περίθαλψης (σωματική και ψυχική), τον ασθενή (π.χ. ποιότητα περίθαλψης) και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. υψηλότερες απουσίες).

Οι μελέτες για να μπορέσουν να συμπεριληφθούν έπρεπε να είχαν ένα δείγμα άνω του 40 ατόμων, να ήταν νοσηλευτές με τομέα εργασίας σε ΤΕΠ ή σε ασθενοφόρο. Το επίκεντρο της μελέτης έπρεπε να αφορά καθοριστικούς και προγνωστικούς παράγοντες εξουθένωσης, η μελέτη έπρεπε να είναι εμπειρική και ποσοτική και το ποσοστό

ανταπόκρισης να είναι υψηλότερο από 25%. Για κάθε μελέτη χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Τα αρχικά μεγέθη του δείγματος κυμαίνονταν από 57 έως 945 ερωτηθέντες (διάμεσος: 228) με τα ποσοστά απόκρισης να κυμαίνονται από 25,8% έως 100%.

Δεκαπέντε από τις 17 μελέτες χρησιμοποίησαν το Maslach Burnout Inventory για να ενάγουν το επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Δώδεκα μελέτες χρησιμοποίησαν το MBI για ανθρώπινες υπηρεσίες (MBI-HSS) και δύο το MBI-GS 16 στοιχείων . Το MBI-HSS εστιάζει πρωτίστως σε επαγγέλματα, στα οποία η επαφή με άλλα άτομα αποτελεί ουσιαστικό μέρος του περιεχομένου της εργασίας. Το MBI-GS είναι ένα όργανο βασισμένο στο MBI-HSS για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγέλματα χωρίς επαφή με άλλα άτομα. Οι συνέπειες της εξουθένωσης είναι πολλαπλές. Εκτός από τη μείωση της ποιότητας της περίθαλψης (στην περίπτωση εργασιών υγειονομικής περίθαλψης), βρέθηκε σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εμφάνισης μυοσκελετικών προβλημάτων, κατάθλιψης, παχυσαρκίας, αϋπνίας, κατανάλωσης αλκοόλ και κατάχρησης ουσιών (Poghosyan et al., 2010 , Sorour and El-Maksoud, 2012 , Iacovides et al., 1999 , Moustaka and Constantinidis, 2010). Η εξουθένωση έχει επίσης αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του εργαζομένου, με περισσότερες συγκρούσεις στις σχέσεις μεταξύ ατόμων και εκδήλωση επιθετικότητας (Wu et al., 2011). Τέλος, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί επίσης να οδηγήσει σε σημαντική οικονομική απώλεια για την πολιτεία μέσω της αυξημένης απουσίας, των υψηλότερων ποσοστών κύκλου εργασιών και της αύξησης του κόστους υγειονομικής περίθαλψης (Borritz et al., 2006).

Η επικράτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, που αξιολογείται με τη χρήση ενός εργαλείου αυτοαναφοράς σε ένα γενικό εργαζόμενο πληθυσμό στις δυτικές χώρες, κυμαίνεται από 13% έως 27% (Norlund et al., 2010 , Lindblom et al., 2006 , Kant et al., 2004 , Houtman et al., 2000 , Aromaa and Koskinen, 2004).

Η έρευνα έδειξε ότι οι νοσηλευτές αναφέρουν πράγματι υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες (Hasselhorn et al., 2003 , Smith et al., 2000 , Clegg, 2001, McVicar, 2003) και ότι το 30% έως 50% φτάνει σε κλινικά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Aiken et al., 2002 , Poncet et al., 2007 , Gelsema et al., 2006). Σύμφωνα με αρκετούς συγγραφείς, οι απαιτήσεις που επιβαρύνουν τους νοσηλευτές (όσον αφορά τη ρύθμιση της εργασίας, την

περιγραφή καθηκόντων, την ευθύνη, την απρόβλεπτη κατάσταση και την έκθεση σε δυνητικά τραυματικές καταστάσεις) και οι πόροι στους οποίους μπορούν να βασιστούν, σχετίζονται στενά με το περιεχόμενο της εργασίας τους και τη νοσηλευτική τους ειδικότητα (Browning et al., 2007 , Ergun et al., 2005 , Eriksen, 2006 , Kipping, 2000 , Mealer et al., 2007).

Η Νοσηλευτική έκτακτης ανάγκης (ER) είναι μια ειδικότητα που διαφέρει σε σχέση με την άσκηση νοσηλευτικής σε τμήματα νοσοκομείο. Η εργασία στα τμήματα έκτακτης ανάγκης είναι ταραχώδης, απρόβλεπτη και συνεχώς μεταβαλλόμενη. Οι νοσηλευτές ER αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα ασθενειών, τραυματισμών και προβλημάτων. Επιπλέον, λόγω των έντονων συνθηκών εργασίας και του συνωστισμού, οι νοσηλευτές επείγουσας ανάγκης συχνά πρέπει να μετακινούνται από τη μια επείγουσα κατάσταση στην άλλη, με συχνά μικρό χρόνο αποκατάστασης (Alexander and Klein, 2001 , Gates et al., 2011). Κατά συνέπεια, τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης βρέθηκαν να είναι πολύ υψηλά στις επείγουσες νοσηλευτικές ρυθμίσεις (Hooper et al., 2010 , Potter, 2006).

Το σταθμισμένο μέσο ποσοστό των ερωτηθέντων που υπερέβη το όριο για τις διαφορετικές διαστάσεις της εξουθένωσης ήταν 26% για συναισθηματική εξάντληση, 35% για αποπροσωποποίηση και 27% για έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Αυτά τα αποτελέσματα είναι ανησυχητικά και χρήζουν προσοχής όλων των ενδιαφερομένων. Το ευρύ φάσμα περιπτώσεων μεταξύ των επιλεγμένων μελετών μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από τα μικρά μεγέθη δείγματος σε αρκετές μελέτες. Ωστόσο, προηγούμενη έρευνα σε άλλους νοσηλευτικούς πληθυσμούς, έδειξε επίσης σημαντικές διακρατικές διαφορές στις βαθμολογίες στις διαστάσεις του MBI. Βρέθηκε ότι οι βορειοαμερικανοί νοσηλευτές είχαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης από τους Ολλανδούς συναδέλφους τους (Schaufeli και Van Dierendonck, 1995). Σημαντικές διαφορές στη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση βρέθηκαν επίσης μεταξύ Ιρλανδών, Ελλήνων, Ιταλών, Πολωνών, Ολλανδών και Βρετανών νοσηλευτών (O'Mahony, 2011 , Pisanti et al., 2011 , Schaufeli and Janczur, 1994). Για αυτό το εύρημα μπορούν να δοθούν διάφορες εξηγήσεις. Πρώτα απ' όλα, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην επαγγελματική κατάσταση και στο ρόλο των νοσηλευτών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρο τον κόσμο (McGonagle et al., 2013 , Pisanti et al., 2011). Αυτό συνεπάγεται διαφορές στον ρυθμό εργασίας, το βαθμό επαγγελματικής αυτονομίας, το εύρος ελέγχου και τη διεπιστημονική συνεργασία και επικοινωνία. Επιπλέον, οι απαντήσεις στα μέτρα ευημερίας βρέθηκαν να είναι διαφορετικές μεταξύ

πολιτισμών και εθνικοτήτων. Οι Schaufeli και Van Dierendonck (1995) συνέστησαν επομένως να είμαστε προσεκτικοί με τη διακρατική σύγκριση των αποτελεσμάτων εξουθένωσης. Poghosyan et al. (2009) έδειξε επίσης σημαντικές διαφορές στα φορτία παραγόντων και στις μεταβλητές των στοιχείων MBI μεταξύ των χωρών. Οι διακρατικές διαφορές στην αντίληψη και τη βαθμολόγηση των στοιχείων MBI μπορεί να είχαν ως αποτέλεσμα διαφορές στις σύνθετες βαθμολογίες στις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (Poghosyan et al., 2009). Όλα αυτά τα ζητήματα δείχνουν σημαντικά μεθοδολογικά ελαττώματα στη διαπολιτισμική έρευνα. Όπως επισημαίνεται από τους Squires et al. (2013) Ακόμη και η μετάφραση εργαλείου όπως π.χ. το MBI, δεν αποτελεί επαρκή εγγύηση για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, η γνώση της επαγγελματικής γλώσσας, η συνάφεια με τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε διάφορες χώρες και η ποιότητα της επαγγελματικής ερευνητικής υποδομής είναι άλλες πηγές εσφαλμένων αποτελεσμάτων και προκατάληψης. Μια άλλη πτυχή που μπορεί να εμποδίσει τη σύγκριση των βαθμολογιών εξουθένωσης για τις επιλεγμένες μελέτες σε αυτήν την ανασκόπηση είναι το γεγονός ότι χρησιμοποιήθηκαν τρία διαφορετικά όργανα (MBI-HSS, MBI-GS και ProQOL R-IV).

Σε αυτή την ανασκόπηση, το όριο του μεγέθους του δείγματος για την ένταξη μιας μελέτης ορίστηκε στο 25%. Παρόλα αυτά, το μέγεθος του δείγματος ορισμένων μελετών που περιλαμβάνονται σε αυτήν την ανασκόπηση είναι ακόμα χαμηλό, γεγονός που μπορεί να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα. Οι διαφορές στη σύνθεση των δειγμάτων της μελέτης, μπορεί επίσης να έχουν συνέπειες για τα αποτελέσματα. Είναι αξιοσημείωτο ότι τα δύο υψηλότερα και τα δύο χαμηλότερα ποσοστά περιστατικών συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης αναφέρονται, αντίστοιχα, από τα δείγματα της μελέτης με τα υψηλότερα και τα χαμηλότερα ποσοστά γυναικών νοσηλευτών.

Δύο συγγραφείς συνέλεξαν τα δεδομένα τους σε συνέδρια (Walsh et al., 1998 , Browning et al., 2007). Αυτό μπορεί να έχει προκαλέσει μεροληψία καθώς τα άτομα που πηγαίνουν σε συνέδρια είναι λιγότερο πιθανό να υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση. Τέλος, η μελέτη των Sorour και El-Maksoud (2012) χρησιμοποίησε διαφορετική κλίμακα από το συμβατικό όργανο MBI-HSS, καθιστώντας αδύνατη τη σύγκριση των αποτελεσμάτων του επιπολασμού με άλλες μελέτες.

Ο μέσος όρος περιστατικών εξουθένωσης σε νοσηλευτές ER είναι υψηλός και απαιτεί την προσοχή της διοίκησης του νοσοκομείου και των υπευθύνων χάραξης πολιτικής, καθώς η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται άμεσα με την εργασιακή ικανοποίηση (Rheajane et al., 2013) την ευημερία των νοσηλευτών (Burke et al. , 2010), εναλλαγή νοσηλευτών (Leiter and Maslach, 2009), ασφάλεια ασθενών (Halbesleben et al., 2008) και ποιότητα φροντίδας (Poghosyan et al., 2010). Υψηλά ποσοστά περιστατικών εξουθένωσης βρέθηκαν επίσης σε μελέτες σε κλάδους νοσηλευτικής εκτός ER

Αρκετές μελέτες τονίζουν την ανάγκη μιας καλής προσαρμογής ανθρώπου-περιβάλλοντος στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach and Leiter, 2008 , Leiter et al., 2010 , Bakker et al., 2005 , Mark and Smith, 2008). Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ληφθεί υπόψη ένα σύνθετο σύνολο μεταβλητών που σχετίζονται με την εργασία και που σχετίζονται με το άτομο. Ωστόσο, η πλειονότητα των 17 μελετών σχετικά με το επαγγελματικό άγχος και την εξουθένωση σε νοσηλευτές ER στην παρούσα ανασκόπηση στερείται θεωρητικού υποβάθρου. Οι περισσότερες μελέτες μετρούν μόνο κάποιους εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες. Επιπλέον, συχνά χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά μέτρα για την αξιολόγηση μιας κοινής έννοιας. Η έλλειψη ομοιότητας μεταξύ των διαφόρων μελετών ως προς τους καθοριστικούς παράγοντες, τα μέσα και τα αποτελέσματα είναι εμπόδιο για τη διεξαγωγή μιας μετα-ανάλυσης διότι καθιστάτε αδύνατη μια σωστή στατιστική εφαρμογή. Επιπλέον, 16 από τις 17 μελέτες είχαν διατομειακό σχεδιασμό. Με μόνο μικρά μέρη διακύμανσης να μπορούν να εξηγηθούν, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των καθοριστικών παραγόντων δεν μπορούν να διερευνηθούν επαρκώς, τα αποτελέσματα από διαφορετικές μελέτες για την ίδια έννοια δεν μπορούν να συγκριθούν και οι αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των καθοριστικών παραγόντων και των αποτελεσμάτων δεν μπορούν να εξαχθούν. Μια πιο προτιμώμενη προσέγγιση είναι η χρήση ενός διαμήκους σχεδιασμού που βασίζεται σε μια προσέγγιση επεξεργασίας πληροφοριών που λαμβάνει υπόψη τις συνέπειες με την πάροδο του χρόνου της ατομικής αξιολόγησης και της αντιμετώπισης του εργασιακού στρες. (Perrewé and Zellars, 1999 , Mackintosh, 2007).

Ξεκινώντας από τα προαναφερθέντα μεθοδολογικά πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες, τα αποτελέσματα των Van der Ploeg και Kleber, 2001 , Van der Ploeg και Kleber, 2003 , Escriba-Agüir και Pérez-Hoyos (2007) και Γκαρσία-Izquierdo και Rios-Risque (2012) παρέχουν τα ισχυρότερα στοιχεία σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση και τους καθοριστικούς της παράγοντες σε νοσηλευτές ER. Αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι οι

μεταβλητές JDCS είναι ισχυροί καθοριστικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές ER. Van der Ploeg and Kleber, 2001 , Van der Ploeg and Kleber, 2003 και Garcia-Izquierdo and Rios-Risquez (2012) έδειξαν επίσης τη βλαβερή (μακροπρόθεσμη) επίδραση της επαναλαμβανόμενης έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα στην ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές ER. Τέλος, επτά από τις 17 μελέτες υποδεικνύουν τη σημασία της καλής επικοινωνίας, της διεπιστημονικής συνεργασίας και του ομαδικού πνεύματος για την πρόληψη της εξουθένωσης

Από την άλλη πλευρά, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οι στρατηγικές αντιμετώπισης και οι εργασιακές στάσεις (προσανατολισμός προς το στόχο) υποδιερευνήθηκαν στις επιλεγμένες μελέτες. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να λάβει υπόψιν αυτές τις πτυχές.

Η ανασκόπηση στο τελείωμα της, δίνει ιδέες για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές ER αν και αρκετές μελέτες έχουν μεθοδολογικές αδυναμίες. Οι παρεμβάσεις θα μπορούσαν να επικεντρωθούν στην (1) προώθηση της επαρκούς επαγγελματικής αυτονομίας (όσον αφορά τη λήψη κλινικών αποφάσεων, τη διεπιστημονική διαβούλευση και τη συνεργασία), (2) τη δημιουργία καλού ομαδικού πνεύματος και την επαρκή υποστήριξη μεταξύ των μελών της ομάδας, (3) ποιοτική ηγεσία των προϊστάμενων νοσηλευτών (όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη, την καθοδήγηση, τη διαφανή επικοινωνία και την παροχή ευκαιριών για καινοτομία και διασφάλιση ποιότητας), (4) μείωση της επαναλαμβανόμενης έκθεσης σε τραυματικά συμβάντα, (5) εναλλαγή τμημάτων ώστε οι εκτεθειμένοι ER να μπορούν να αποσυμπιεστούν ψυχολογικά, (6) παροχή συμβουλευτικής σε εκτεθειμένους νοσηλευτές και (7) εκπαίδευση νοσηλευτών ER σε δεξιότητες προληπτικής αντιμετώπισης.

5.4.5 Μελέτη Νο5

Η επόμενη έρευνα είναι από την Βαλτιμόρη αφορά μια μετα- ανάλυση για το σύνδρομο του burnout στους ιατρούς της προνοσοκομειακής φροντίδας από τους Qin Zhang ,a Ming-chun, Yan He , Zhao-lun Cai and Zheng-chi Li και δημοσιεύτηκε στις 7 Αυγούστου του 2020. Η συστηματική αναζήτηση έγινε στις βάσεις δεδομένων των PubMed, Embase, PsychINFO και της Βιβλιοθήκης Cochrane. Όλα τα άρθρα αναζητήθηκαν στην αγγλική γλωσσά και υπήρχε η προϋπόθεση να χρησιμοποιείτε το Maslach Burnout Inventory για

να αξιολογηθεί η επαγγελματική εξουθένωση. Μετά τον έλεγχο της βιβλιογραφίας, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση ποιότητας για τις επιλέξιμες μελέτες που αναφέρουν δεδομένα επιπολασμού, χρησιμοποιώντας τη λίστα ελέγχου κριτικής αξιολόγησης του Ινστιτούτου Joanna Briggs (JBI) Στη συνέχεια, το τεστ Begg και το τεστ Egger χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της μεροληψίας δημοσίευσης. Τα συγκεντρωτικά ποσοστά επικράτησης εκτιμήθηκαν με τη διεξαγωγή μετα-ανάλυσης χρησιμοποιώντας μαθηματικά μοντέλα τυχαίων επιδράσεων.

Οι Λέξεις-κλειδιά ήταν: επαγγελματική εξουθένωση, επείγουσα ιατρική, Maslach (MIB), γιατροί προνοσοκομειακοί. Συντομογραφίες: DP = αποπροσωποποίηση, EE = συναισθηματική εξάντληση, EM = επείγουσα ιατρική, MBI = Maslach Burnout Inventory, PA = προσωπικό επίτευγμα.

Εντοπίστηκαν συνολικά 243 αφαιρέθηκαν 88 διπλότυπα άρθρα. Σύμφωνα με τα κριτήρια ένταξης 62 εγγραφές αποκλείστηκαν μετά την εξέταση των τίτλων και των περιλήψεων. Τα άρθρα πλήρους κειμένου των υπόλοιπων αρχείων αξιολογήθηκαν ως προς την καταλληλότητα τους και 76 αφαιρέθηκαν λόγω έλλειψης ειδικών δεδομένων για την επάγγελμα του ιατρού. Επιπλέον περιλήψεις αναφοράς και κριτικές εξαιρέθηκαν. Τέλος, στην ανάλυσή συμπεριλήφθηκαν 17 άρθρα από 12 διαφορετικές χώρες, στις οποίες συμμετείχαν 1943 ιατροί της προνοσοκομειακής ιατρικής. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν περίπου 35 έως 40 ετών. Η διαδικασία ελέγχου και επιλογής μελετών έγινε από δυο ερευνητές. Οι δοκιμές Begg και Egger δεν έδειξαν στοιχεία σημαντικής μεροληψίας στη δημοσίευση μεταξύ των 13 μελετών που ανέφεραν τον επιπολασμό υψηλών επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα επιλέξιμα κριτήρια καταλληλότητας που καθοδηγούνται με τα αρχικά « PICOS» περιλάμβαναν τα ακόλουθα:

- 1) Πληθυσμός (P): οι συμμετέχοντες ήταν ιατροί που έπασχαν από εξουθένωση.
- 2) Μελέτες που χρησιμοποίησαν το MBI (I) για να αξιολογήσουν την εξουθένωση με επαρκή δεδομένα
- 3) Αποτελέσματα (O): Η επικράτηση της εξουθένωσης και οι 3 διαστάσεις της.
- 4) Σχεδιασμός μελέτης (S): μελέτες διατομής και μελέτες παρέμβασης. Αποκλειστική βιβλιογραφία με: περιλήψεις συνεδρίων, κριτικές, επιστολές, αναφορές περιπτώσεων, αδημοσίευτα δεδομένα και ανεπαρκή δεδομένα.

Η αξιολόγηση καταλληλότητας πραγματοποιήθηκε από 2 ερευνητές και οι διαφωνίες επιλύθηκαν με συζήτηση μεταξύ όλων των συγγραφέων.

Το τμήμα της προνοσοκομειακής ιατρικής είναι γνωστό για τις συναισθηματικές και σωματικές του προκλήσεις. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι οι γιατροί επειγόντων αντιμετωπίζουν υψηλότερα από το μέσο όρο επίπεδα εξουθένωσης, γεγονός που οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ίδιους τους γιατρούς. Ωστόσο, η επικράτηση της εξουθένωσης μεταξύ των γιατρών δεν έχει περιγράψει αρκετά καλά για να κάνει τους ανθρώπους και διοικήσεις να δώσουν προσοχή σε αυτό το ζήτημα. Η συγκεντρωτική ανάλυσή της συγκεκριμένης μετα-ανάλυσης έδωσε δεδομένα ότι περίπου το 40% των ιατρών εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ΕΕ όταν αξιολογούνται από το ερωτηματολόγιο MBI.

Σε σύγκριση με το ιατρικό προσωπικό σε άλλες επαγγελματικές ειδικότητες ή τμήματα, τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γιατροί της προνοσοκομειακής ήταν πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση. Μια έρευνα που συμμετέχει στην μετα-ανάλυση και συγκεντρώνει διαφορετικούς επαγγελματίες γιατρούς έδειξε ότι ο επιπολασμός των ΕΕ, DP και PA ήταν 21% (95% CI 19–24, I² = 94,7%), 29% (95% CI 25–33, I² = 96,7 %) και 29% (95% CI 24–34, I² = 97,7%), αντίστοιχα. Περαιτέρω ανάλυση διαπίστωσε επίσης ότι οι γιατροί EM είχαν σημαντικά πιο σοβαρή εξουθένωση από άλλους γιατρούς (P = 0,019). (Ziad K et al., 2019) Ομοίως, μια άλλη μετα-ανάλυση παρατήρησε ότι οι ογκολόγοι είχαν χαμηλότερα ποσοστά επιπολασμού για υψηλά επίπεδα ΕΕ, υψηλά επίπεδα DP και χαμηλά επίπεδα PA (32%, 24% και 37%). (Yates M & Samuel V, 2019) Επιπλέον, σε σύγκριση με άλλους εργαζόμενους στο τμήμα EM, οι γιατροί είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση. Για παράδειγμα, μια μετα-ανάλυση που περιελάμβανε 1566 νοσηλευτές επειγόντων περιστατικών παρατήρησε ότι ο επιπολασμός κάθε υποκλίμακας της MBI ήταν 31% (95% CI, 20%–44%), 36% (95% CI, 23%–51%) και 29 % (95% CI, 15%–44%) για υψηλά επίπεδα ΕΕ, υψηλά επίπεδα DP και χαμηλά επίπεδα PA, αντίστοιχα. (Yates M & Samuel V, 2019)

Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Η εργασία τη νύχτα, η εργασία στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, η εργασιακή πίεση, ο φόβος για λάθη, οι διαταραχές του ύπνου και η βία στον εργασιακό χώρο ήταν οι κύριοι παράγοντες που σχετίζονται σημαντικά με τα υψηλότερα ποσοστά εξουθένωσης (P <.05) στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. (Moukarzel A, et al., 2019) Για μεμονωμένους παράγοντες,

όπως το νεαρό της ηλικίας, τα λιγότερα χρόνια εμπειρίας, το γυναικείο φύλο σχετίζονταν περισσότερο με υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. (Soltanifar A, Pishbin E, Mashhadī et al. , 2019) Έτσι, αποτελεσματικά μέτρα που επικεντρώνονται στην ανάπαυση, την αποκατάσταση και την υποστήριξη μπορεί να βελτιώσουν την εξουθένωση. (Kimo Takayesu J, Ramoska EA, Clark TR, et al. 2014)

Υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί σε αυτή τη μελέτη. Όπως ότι αυτή η μετα-ανάλυση περιλάμβανε περιορισμένο αριθμό μελετών και υπήρχε σημαντική ετερογένεια μεταξύ τους με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να εξαχθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση για ποσοτική ανάλυση. Περαιτέρω μελέτες προτείνονται για την ανάλυση των σχετικών παραγόντων θα παράσχουν χρήσιμες πληροφορίες για τους επαγγελματίες υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης των ιατρών EM.

Συμπερασματικά, αυτή η μετα-ανάλυση καταδεικνύει ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης που επικρατεί στους γιατρούς επειγόντων που περίπου το 40% βιώνουν υψηλά επίπεδα EE. Επίσης ότι οι γιατροί EM είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση σε σύγκριση με τους γιατρούς σε άλλα τμήματα. Θα πρέπει να δοθεί περισσότερη προσοχή στην ψυχική κατάσταση των ιατρών EM και μια περαιτέρω έρευνα σχετικά με τον τρόπο μείωσης της εξουθένωσης θα ήταν επωφελής για τους γιατρούς EM.

Συνολικά 1943 γιατροί EM παρείχαν δεδομένα εξουθένωσης. Τα συγκεντρωτικά ποσοστά επικράτησης υψηλών επιπέδων συναισθηματικής εξάντλησης, υψηλών επιπέδων αποπροσωποποίησης και χαμηλών επιπέδων προσωπικών επιτευγμάτων ήταν 40% (95% CI: 26%–55%, I² = 97,4%), 41% (95% CI: 30% –52%· I² = 94,5%) και 35% (95% CI: 19%–52%· I² = 99,0%), αντίστοιχα. Οι ενδιάμεσες βαθμολογίες εξουθένωσης ήταν 23,95 (SD = 11,88) για τη συναισθηματική εξάντληση, 11,63 (SD = 6,85) για την αποπροσωποποίηση και 34,69 (SD = 7,71) για το προσωπικό επίτευγμα.

Οι αιφνίδιοι θάνατοι που προέρχονται από μεγάλο φόρτο εργασίας μεταξύ των γιατρών αυξήθηκαν απότομα από το 2008 έως το 2015 στην Κίνα. (Song XN, Shen J, Ling W, et al., 2015) Στην πραγματικότητα, η εξουθένωση των γιατρών είναι επίσης ένα σοβαρό ζήτημα σε παγκόσμιο επίπεδο. Η επαγγελματική εξουθένωση όχι μόνο επηρεάζει αρνητικά την υγεία των γιατρών, αλλά έχει επίσης συσχετιστεί με υψηλότερο κίνδυνο να επηρεάσει αρνητικά τα αποτελέσματα των ασθενών. (PubMed, 2019)

5.4.6 Μελέτη Νο6

Η επόμενη έρευνα είναι πάλι στο τομέα των παραϊατρικών επαγγελματιών και εξετάζει την σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και εξουθένωσης.

Οι Μπρετ Γουίλιαμς , Rosalind Lau , Emma Thornton , και Lauren S Olney δημιούργησαν αυτή την ανασκόπηση διότι εάν και υπάρχει ένας αυξανόμενος όγκος ερευνών σχετικά με τη σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και εξουθένωσης με γιατρούς και νοσηλευτές, δεν έχει πραγματοποιηθεί έρευνα σε παραϊατρικούς που να μελετά αυτή την σχέση.

Η αναζήτηση αρχικά εντόπισε 1270 άρθρα, μετά την αφαίρεση των διπλότυπων και τις περιλήψεις επιλέχθηκαν 30 άρθρα για περαιτέρω εξέταση. Είκοσι έξι άρθρα κρίθηκαν σχετικά με το ερευνητικό κομμάτι όπου τελικώς και επιλέχθηκαν,(σημειωτέων ότι στα 23 υπήρχαν σύγχρονες μελέτες). Οι περιορισμοί για συμμετοχή, ήταν ότι τα άρθρα πρέπει να εξετάζουν τη σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και εξουθένωσης, να αφορούν ιατρικά και νοσηλευτικά επαγγέλματα και το πλήρες κείμενο να είναι διαθέσιμο στα Αγγλικά.

Οι μελέτες διεξήχθησαν στην Ευρώπη, τις ΗΠΑ, τη Βόρεια Αμερική και την Ασία. Στις περισσότερες μελέτες, υπήρχε μια αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, αλλά μια θετική συσχέτιση με τα προσωπικά επιτεύγματα.

Η αναζήτηση έγινε σε πέντε βάσεις δεδομένων: CINAHL plus, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO και Scopus. Έγινε αναζήτηση στο Google Scholar για γκρίζα λογοτεχνία. Δύο ερευνητές αξιολόγησαν ανεξάρτητα την καταλληλότητα και εξήγαγαν τα δεδομένα και οι λέξεις κλειδιά ήταν: εξουθένωση, ενσυναίσθηση, νοσηλεύτης, ιατρός, παραϊατρικός.

Η ενσυναίσθηση είναι σημαντική σε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης επειδή διευκολύνει μια θετική σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Αυτή η θετική σχέση μπορεί να προστατευτεί έναντι της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία ΕΕ έχει αυξανόμενους ρυθμούς επικράτησης στα επαγγέλματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των παραϊατρικών.

Η έρευνα δεν μπόρεσε να εντοπίσει βιβλιογραφία με κριτές από ομότιμους τίτλους που να εξετάζει τη σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και επαγγελματικής εξουθένωσης στο

επάγγελμα του παραϊατρικού. Ως εκ τούτου, δεδομένης της σπανιότητας της παραϊατρικής βιβλιογραφίας, χρησιμοποιήθηκε βιβλιογραφία από άλλα συναφή επαγγέλματα υγείας, όπως η ιατρική και η νοσηλευτική. Υπάρχουν ορισμένες επαγγελματικές ομοιότητες μεταξύ αυτών των επαγγελμάτων και της παραϊατρικής. Η ιατρική και η νοσηλευτική έχουν συμβάλει στις σπουδές των παραϊατρικών με κοινή βιβλιογραφία και κοινές δεξιότητες. Ως εκ τούτου, είναι πιθανό ότι τα αποτελέσματα από αυτά τα δύο επαγγέλματα μπορεί να σχετίζονται με το επάγγελμα του διασώστη.(Lamothe M., 2014)

Αυτή η επισκόπηση του πεδίου εφαρμογής καθοδηγήθηκε από τη μεθοδολογία έξι σταδίων των Arksey και O'Malley. Τα στάδια είναι: Α) Προσδιορίστε το ερευνητικό ερώτημα. Β) Προσδιορίστε σχετικές μελέτες. Γ) Επιλογή μελέτης. Δ) Χαρτογραφώντας τα δεδομένα. Ε) Συγκέντρωση, σύνοψη και αναφορά αποτελεσμάτων. ΣΤ) Διαβούλευση με ειδικούς.

Οι αρχικοί όροι αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν περιλάμβαναν «παραϊατρικό», «ιατρικό τεχνικό έκτακτης ανάγκης», «ασθενόφορο», «ενσυναίσθηση», «εξουθένωση» και «εργασιακή ικανοποίηση». Ωστόσο, καθώς δεν βρέθηκαν σχετικές μελέτες σε αυτήν την αρχική αναζήτηση, οι παράμετροι αναζήτησης επεκτάθηκαν για να συμπεριλάβουν γιατρούς και νοσηλευτές, δεδομένου ότι οι εργασιακές τους λειτουργίες είναι οι πλησιέστερες στην παραϊατρική όσον αφορά τις καταστάσεις επαφής με τους ασθενείς, τις πολλές και ακανόνιστες ώρες εργασίας και την έκθεση σε οδυνηρές περιστάσεις. Οι όροι αναζήτησης που προστέθηκαν σε αυτό το στάδιο περιλάμβαναν "νοσηλευτές" και "ιατρός".

Από τα 26 άρθρα που εξετάστηκαν και συζητούσαν τη σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και εξουθένωσης για τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, τα 23 ήταν πρωτότυπες μελέτες. Αν και οι περισσότερες μελέτες έδειξαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ ενσυναίσθησης και εξουθένωσης, είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι η ισχύς των σχέσεων διέφερε ανάλογα με τα δείγματα και τις ρυθμίσεις. Τα υπόλοιπα δύο άρθρα ήταν τα συντακτικά και το τελευταίο ήταν ένα έγγραφο περιγραφής σχετικά με τα πολυδιάστατα χαρακτηριστικά της ενσυναίσθησης και της εξουθένωσης και τις διαφορές μεταξύ ενσυναίσθησης και συμπάθειας για να δοθεί καλύτερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ ενσυναίσθησης και εξουθένωσης. Τρεις μελέτες εντόπισαν ότι η χαμηλή ενσυναίσθηση θα μπορούσε να είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην υψηλή εξουθένωση. Έξι άρθρα υπονοούσαν ότι η

υψηλή εξουθένωση μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή ενσυναίσθηση. Πολλοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης υπόκεινται σε υπερφόρτωση εργασίας, την οποία οι Astrom et al(1990) αναγνώρισαν ως σημαντική αιτία εξουθένωσης. Μια εκ των μελετημένων ερευνών έδειξε (Ferrì et al) ότι η μείωση της ενσυναίσθησης παρατηρείται όταν υπάρχει η επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές, μπορεί να είναι ένας αμυντικός μηχανισμός ενάντια στον ανθρώπινο πόνο προσπαθώντας υποσυνείδητα να προστατεύσουν τον εαυτό τους, νιώθοντας λιγότερη ενσυναίσθηση προς τους ασθενείς.

Έξι άρθρα έδειξαν ότι η ενσυναίσθηση θα μπορούσε να είναι προστατευτικός παράγοντας κατά της εξουθένωσης. Σύμφωνα με μια από αυτές ένα βασικό χαρακτηριστικό της ενσυναίσθησης είναι η διάκριση του εαυτού σου από τον άλλον, δηλαδή το να βάζεις τον εαυτό σου στη θέση των ασθενών αλλά ταυτόχρονα να αναγνωρίζεις ότι τα συναισθήματά σου διαχωρίζονται από αυτά των ασθενών. Αυτή η διάκριση του εαυτού του άλλου βοηθά στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς μειώνει την ΕΕ που σχετίζεται με αρνητικά συναισθήματα. Ωστόσο, η μεγαλύτερη επίδραση της ενσυναίσθησης στην επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να είναι η αύξηση των προσωπικών επιτευγμάτων. Είναι ευρέως γνωστό ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές με ενσυναίσθηση παρέχουν υψηλότερη ποιότητα φροντίδας και αυτό «δημιουργεί μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση».(Thirioux B et al., 2016)

Αν και αυτή η ανασκόπηση του πεδίου εφαρμογής διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ενσυναίσθησης σε γιατρούς και νοσηλευτές, είναι κατανοητό ότι ορισμένα από τα ευρήματα μπορούν επίσης να σχετίζονται με τους παραϊατρικούς. Οι παραϊατρικοί αντιμετωπίζουν πολλούς από τους ίδιους εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες με τους νοσηλευτές και τους γιατρούς, και η επαγγελματική εξουθένωση είναι εξίσου γνωστό ότι επηρεάζει τους παραϊατρικούς όσο και τους ενδονοσοκομειακούς επαγγελματίες υγείας. Η ενσυναίσθηση είναι ένα κεντρικό στοιχείο στην αποτελεσματική επικοινωνία και τη διατήρηση της θεραπευτικής επικοινωνίας μεταξύ παραϊατρικών και ασθενών. Οι παραϊατρικοί που εκτίθενται συνεχώς σε άκρωσ οδυνηρές καταστάσεις (π.χ. ασθένειες με σκληρούς τραυματισμούς και θάνατοι) μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο άγχος και τη συμπόνια, εκτός εάν είναι αποτελεσματικοί στον έλεγχο της ικανότητάς τους να συναισθάνονται. Αν και υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της εξουθένωσης σε πολλούς επαγγελματίες υγείας, δεν είναι σαφές ποιος βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης πρέπει να εμφανιστεί πριν οδηγήσει σε χαμηλή ενσυναίσθηση για αυτό χρειάζεται να γίνει μια μελλοντική μελέτη σε

διαχρονικές έρευνες για τον προσδιορισμό των παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν τα επίπεδα ενσυναίσθησης και επαγγελματικής εξουθένωσης για την καλύτερη κατανόηση αυτών των δύο στοιχείων, και να καθοριστεί επιπλέον εάν αυτές οι στρατηγικές είναι εφαρμόσιμες και στο επάγγελμα του διασώστη. Οι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη πολιτικής και οι εκπαιδευτές παραϊατρικών μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτά τα ευρήματα που περιγράφονται σε άλλους επαγγελματίες υγείας προς το παρόν για την ανάπτυξη μελλοντικών παρεμβάσεων στους παραϊατρικούς έως ότου ολοκληρωθεί η προτεινομένη έρευνα.

5.4.7 Μελέτη Νο7

Η επόμενη μελέτη είναι μια συστηματική ανασκόπηση που επικεντρώνεται κυρίως στην συσχέτιση μεταξύ της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας με την ασφάλεια των ασθενών μέσα από τις υπηρεσίες που δέχονται από τους λειτουργούς υγείας. Δηλαδή είναι ή νιώθει ασφαλής ένας ασθενής όταν δέχεται υγειονομική φροντίδα από έναν ΕΥ που έχει «καεί»;

Η έρευνα έχει γίνει στην Αγγλία από τους Louise H. Hall , Judith Johnson , Ian Watt , Αναστασία Τσίπα , Daryl B. O'Connor και την Fiona Harris που είναι η συντάκτρια. Δημοσιεύθηκε στο διαδίκτυο 8 Ιουλίου 2016.

Πηγές δεδομένων ήταν οι βάσεις PsychInfo, το Medline, το Embase και το Scopus. Τα κριτήρια επιλεξιμότητας για την συμμετοχή των εμπειρικών ποσοτικών ερευνών ήταν, να εμπεριέχουν ένα μέτρο ευεξίας ή εξουθένωσης και την ασφάλεια των ασθενών σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης οι λέξεις κλειδιά ήταν: υγειονομικό προσωπικό, ευεξία ,επαγγελματικό άγχος, εξάντληση , ψυχική υγεία , ποιότητα ζωής ,ιατρικό σφάλμα, ασφάλεια ασθενούς και η ποιότητα φροντίδας.

Τα αρχικά άρθρα ήταν αρκετά, φτάνοντας τα 12031 από τον πρώτο μελετητή. Υστέρα από αφαιρέσεις διπλότυπων καθώς και εάν πληρούν τα κριτήρια ένταξης οι υπόλοιποι συγγραφείς καταλήξαν στο να συμμετέχουν στην έρευνα τα 46.

Αλλά κριτήρια ένταξης ήταν ότι η γλώσσα γραφής, έπρεπε να είναι η αγγλική ή να υπάρχει μετάφραση σε αυτή. Άρθρα περιλήψεων από συνέδρια ή από βιβλία ή διατριβές αποκλείστηκαν.

Ένα εργαλείο αξιολόγησης ποιότητας αναπτύχθηκε για αυτήν την ανασκόπηση, με βάση τα κριτήρια που μπορούσαν να μεταφερθούν σε δοκιμές από το εργαλείο COCHRANE (του κινδύνου μεροληψίας).

Δεκαεννέα μελέτες μέτρησαν την επαγγελματική εξουθένωση, δεκαέξι μέτρησαν την ευημερία και οι υπόλοιπες έντεκα περιλάμβαναν και ένα μέτρο της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ευεξίας μαζί. Από τις μελέτες εξουθένωσης, η συντριπτική πλειονότητα των μελετών (n = 24) χρησιμοποίησε κάποια παραλλαγή του Maslach Burnout Inventory (MBI), όπως το MBI-Human Services Survey, η κλίμακα ΕΕ του MBI ή μια διεθνής παραλλαγή του MBI. Τα μέτρα ευημερίας ήταν πολύ πιο ποικίλα και περιλάμβαναν, Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ), Εθνική Κλίμακα Κατάθλιψης του Χάρβαρντ (HANDS), γραμμικές κλίμακες άγχους, κλίμακες ποιότητας ζωής και συναισθηματική δυσφορία. Τα περισσότερα από τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν επικυρωμένα και αξιόπιστα μέτρα. Ενώ για την ασφάλεια των ασθενών η μέτρηση έγινε με την χρήση μιας ερώτησης σχετικά με τη συχνότητα των σφαλμάτων που αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ΕΥ σε ένα συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο, που κυμαίνονταν από τις προηγούμενες τέσσερις εβδομάδες έως το προηγούμενο έτος. Άλλα υποκειμενικά και αυτοαναφερόμενα μέτρα περιλάμβαναν τη δήλωση της τάσης ατυχήματος του επαγγελματία υγείας (από «καθόλου» σε «πολύ πιθανό») και την αντιληπτή πιθανότητα να κάνουν λάθη. Οι εργαζόμενοι που δεν ερχότανε σε επαφή με ασθενείς για την παροχή φροντίδας δεν συμμετείχαν στην έρευνα.

Οι μελέτες διεξήχθησαν σε 16 διαφορετικές χώρες και έξι ηπείρους, με ένα μεγάλο ποσοστό να βασίζεται στην Αμερική. Οι έρευνες απαρτίζονταν από διάφορες ειδικότητες ΕΥ και διαχωρίζονται ως: νοσηλευτές (n = 24), τους γιατρούς (n = 7), τους φαρμακοποιούς (n = 2), διάφοροι βοηθητικοί νοσοκομειακού προσωπικού (n = 2), παραϊατρικούς (n = 1), χειρουργούς (n = 2), αναισθησιολόγους (n = 1), ειδικευμένους ιατρούς (n= 8), γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης (n=1).

Από τα άρθρα που μετρούν την ευημερία, πάνω από τα μισά (16/27, 59,3%) διαπίστωσαν ότι η κακή ευημερία, όπως μετρήθηκε χρησιμοποιώντας διάφορους ορισμούς (κατάθλιψη, άγχος, εργασιακό στρες, ψυχική υγεία, αγωνία), συσχετίστηκε με φτωχότερη ασφάλεια των ασθενών, ενώ επιπλέον έξι μελέτες βρήκαν κάποιο είδος της σχέσης μεταξύ ευημερίας και της ασφάλειας των ασθενών, αλλά με μόνο μερικές υποκλίμακες

των μέτρων της ευεξίας ή μέτρων ασφαλείας να συσχετίζονται. Πέντε μελέτες δεν βρήκαν καμία συσχέτιση μεταξύ ευεξία και την ασφάλεια των ασθενών.

Επικεντρώνοντας στην μελέτη των παραϊατρικών στις Ηνωμένες Πολιτείες τα αποτελέσματα έδειξαν συσχέτιση μεταξύ χαμηλής πίεσης και αυξημένων λαθών. Ανέφεραν ότι όσοι είχαν λιγότερη σωματική δυσφορία και χαμηλότερο συνολικό σκορ στρες (στο MPSS-R) έκαναν σημαντικά περισσότερα λάθη. Αυτό θα μπορούσε ίσως να οφείλεται στα μέτρα που χρησιμοποιήθηκαν, τα οποία διαφέρουν από όλες τις άλλες μελέτες. Η μέτρηση άγχους αφορούσε το οργανωτικό άγχος και δεν μετρήσε τα επίπεδα άγχους των συμμετεχόντων. Το μέτρο δυσφορίας είναι επίσης αμφισβητήσιμο, καθώς παρόλο που χρησιμοποιεί ορισμένες έννοιες που σχετίζονται με την κακή ευημερία, όπως «ξυπνάω νιώθοντας κουρασμένος», άλλες ερωτήσεις αφορούν συμπεριφορές που δεν είναι απαραίτητα ενδεικτικές κακής ψυχικής υγείας, π.χ. «το Σαββατοκύριακο εάν δεν εργάζεστε χαλαρώνεται και ξεκουράζεστε; ».(Hammer JS et al., 1986)

Αρκετές μελέτες (21) που μετρήσαν την εξουθένωση διαπίστωσαν ότι περισσότερα σφάλματα συσχετίστηκαν σημαντικά με την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας ενώ μόλις πέντε μελέτες δεν βρέθηκε καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης των λαθών. Από αυτές τις μελέτες όμως, μόνο μία χρησιμοποίησε ένα πλήρες σύνολο ερωτήσεων του MBI, και (αυτή ήταν μεταφρασμένη έκδοση)

Έντεκα μελέτες μετρήσαν τόσο την εξουθένωση όσο και την ευημερία σε σχέση με τα αποτελέσματα ασφαλείας των ασθενών. Αν και η πλειονότητα (7/11) διαπίστωσε ότι τόσο η κακή ευημερία όσο και ο κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετίστηκαν σημαντικά με σφάλματα. Ενώ μόνο μια δεν βρήκε καμία απολύτως συσχέτιση μεταξύ ευεξίας ή επαγγελματικής εξουθένωσης με την ασφάλεια.

Η κακή ευημερία και τα μέτρια έως υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέονται, στην πλειονότητα των μελετών που εξετάστηκαν, με τα κακά αποτελέσματα της ασφαλείας των ασθενών, όπως πχ ιατρικά λάθη...

Η ασφάλεια των ασθενών έχει σημαντικές επιπτώσεις για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τις ομάδες διαχείρισης εντός των πλαισίων υγειονομικής περίθαλψης. Για να παρέχεται ποιοτική φροντίδα ασθενών, η φροντίδα πρέπει πρώτα και κύρια να είναι ασφαλής και τα ευρήματα από αυτήν την ανασκόπηση υποδηλώνουν ότι η ευημερία του

προσωπικού μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ασφάλεια των ασθενών. Φαίνεται συνετό οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης να παρέχουν ένα εργασιακό περιβάλλον που προάγει την ευημερία του προσωπικού και προστατεύει από την εξουθένωση, για να παρέχουν στη συνέχεια ασφαλείς υπηρεσίες στους ασθενείς τους.

Αυτή η ανασκόπηση είναι περιορισμένη στην ικανότητά της να προσδιορίζει τη φύση των συσχετισμών μεταξύ ευεξίας, επαγγελματικής εξουθένωσης και ασφάλειας των ασθενών, λόγω των περιορισμών που περιλαμβάνονται στις μελέτες. Ο πρωταρχικός περιορισμός ήταν το μέτρο της ασφάλειας, το οποίο είναι ένα γενικό πρόβλημα στην έρευνα για την ασφάλεια των ασθενών. Τα μέτρα που χρησιμοποιήθηκαν βασίζονταν συχνά σε λάθη που αναφέρθηκαν από τον ίδιο τον επαγγελματία σε βάθος χρόνου έως και πριν από ένα χρόνο, καθιστώντας τα αποτελέσματα ευάλωτα σε μια ποικιλία προκαταλήψεων μνήμης και γνωστικές αποτυχίες. Ωστόσο, παρά τους περιορισμούς αυτούς, τα αυτοαναφερόμενα μέτρα παρέχουν ορισμένα πλεονεκτήματα έναντι των υποκειμενικών μέτρων. Είναι πιο ευαίσθητα, μπορούν να παρέχουν πληροφορίες για όλους τους τύπους σφαλμάτων και μπορούν να μετρηθούν σε ατομικό επίπεδο πιο εύκολα από ότι τα αντικειμενικά μέτρα.

Οι επιλεγμένες μελέτες προέρχονταν από ένα ευρύ φάσμα τοποθεσιών ανά τον κόσμο και περιλάμβαναν μια ποικιλία ρόλων εργασίας (νοσηλευτές, χειρουργοί κ.λπ.).

Απαιτείται μια μελλοντική έρευνα για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων και οι παρεμβάσεις πρέπει να δοκιμαστούν σε διάφορα σημεία του οργανωτικού επιπέδου, του προσωπικού και του ασθενούς για να καθοριστεί πού ταιριάζει η πιο αποτελεσματική παρέμβαση για την ευημερία του προσωπικού και την ασφάλεια των ασθενών και σαφέστερος ορισμός της ευημερίας του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης πρέπει να γίνουν μελέτες και στην πρωτοβάθμια φροντίδα ασθενών.

5.4.8 Μελέτη Νο8

Η επομένη συστηματική μελέτη έρχεται από τους Αμερικανούς μελετητές Regan M. Murray, Andrea L. Davis, Lauren J. Shepler, Lori Moore-Merrell, William J. Troup, Joseph A. Allen & Jennifer A. Taylor και δημοσιεύτηκε το Δεκέμβριο του 2019.

Η ανασκόπηση εάν και δεν απευθύνεται αποκλειστικά στην Εργασιακή Εξουθένωση συμπεριλήφθηκε στην εργασία διότι αναδεικνύει την βία που αντιμετωπίζουν οι πρώτοι

ανταποκριτές σε ένα συμβάν. Το ερώτημα εάν η βία θα οδηγούσε τελικά σε εξουθένωση τέθηκε για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του 1990, (Nordberg M 1992). Ωστόσο υπάρχουν ελάχιστα γνωστές για το θέμα βιβλιογραφίες και οι μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση στο EMS έχουν περιγραφεί ως ελλιπείς.

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει αναγνωριστεί ως ένας πιθανός παράγοντας που σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα ποιοτικής φροντίδας ασθενών (Erdur, B, et al., 2015). Επιπλέον, μελέτες μικτών μεθόδων που διεξήχθησαν στη Σουηδία και τις Ηνωμένες Πολιτείες διαπίστωσαν ότι οι βίαιες συναντήσεις και διαπληκτισμοί αλλάζουν τη σχέση ασθενή με ΕΥ. Οι εργαζόμενοι αποτραβιούνται και δεν συμμετέχουν στην διαδικασία διάσωσης όταν απειλούνται (Taylor J. et al 2015). Τα αισθήματα εξουθένωσης, σε συνδυασμό με την έκθεση σε βίαια περιστατικά, μπορεί να έχουν μόνιμες επιπτώσεις στους EMS και σχετικά με τη βία που βιώνεται στον εργασιακό χώρο γεννιέται ένα νέο φαινόμενο όπου οι EMS να αντεπιτίθενται αντί να βοηθούν «η επιθετικότητα γεννά την επιθετικότητα» (Lewis E, 1978).

Μια μελέτη του 1998 διαπίστωσε ότι το 7% των ερωτηθέντων σε ένα πυροσβεστικό τμήμα σε αστικό περιβάλλον, σκέφτηκε να εγκαταλείψουν το EMS ως άμεσο αποτέλεσμα της βίας που βίωσαν στη δουλειά και το 42 τοις εκατό δήλωσε ότι η βία είχε μια συνολική επίδραση στη στάση τους για τη δουλειά τους, γεγονός που υποδηλώνει ότι υπάρχει μια ανησυχητική σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης, της βίας και της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών (Pozzi C., 1998).

Τα αρχικά άρθρα που αναζητήθηκαν ήταν 387 και κατόπιν ελέγχου επιλέχθηκαν 104 που πληρούν τις προϋποθέσεις με την μέθοδο του prisma και του διαγράμματος ροής.

Οι Λέξεις-κλειδιά περιλάμβαναν την συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση , βία στο χώρο εργασίας , ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης , πρώτοι ανταποκριτές. Η αναζήτηση έγινε σε τρεις βάσεις δεδομένων (PubMed, CINAHL και Web of Science) χρησιμοποιήθηκαν συστηματικά, χρησιμοποιώντας ειδική ορολογία για το EMS. Οι επικεφαλίδες ιατρικών θεμάτων MeSH (έκτακτη ανάγκη) έθεσαν σε λειτουργία την αναζήτηση παρέχοντας οριοθετημένα σύνολα όρων που επιτρέπουν διάφορα επίπεδα ειδικότητας και συμβάλλοντας στη συλλογή της σχετικής βιβλιογραφίας, λόγω ότι η ονομασία EMS δίνεται σε διαφορετικά επάγγελμα όπως οι πυροσβέστες και πρώτοι ανταποκριτές.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διεξήχθη σε τρεις φάσεις: Η Φάση 1 περιλάμβανε την αξιολόγηση κάθε άρθρου με βάση τον τίτλο, την περίληψη και τις λέξεις κλειδιά. Η Φάση 2 περιλάμβανε ανασκόπηση, αξιολόγηση και τεκμηρίωση τίτλων και περιλήψεων με χρονολογική σειρά. Η Φάση 3 περιλάμβανε την ανασκόπηση, την αξιολόγηση και την τεκμηρίωση των άρθρων όσων κρίθηκαν σχετικά με βάση τις δύο πρώτες φάσεις.

Τα κριτήρια που έπρεπε να πληρούν τα άρθρα ήταν: (i) να είναι σε αγγλική γλώσσα και (ii) να ήταν δημοσιευμένα ολόκληρα και όχι μόνο η περίληψη, (iii) να βρίσκονται οι εργαζόμενοι σε προνοσοκομειακό χώρο και να περιέχει γεγονότα με βία στην εργασία τους.

Το Endnote, ένα εργαλείο λογισμικού αναφοράς, χρησιμοποιήθηκε για να βοηθήσει με την αφαίρεση των αντιγράφων.

Οι ορισμοί του WPV στο EMS έχουν εξελιχθεί σταδιακά για να περιλαμβάνουν πιο ολοκληρωμένες ταξινομήσεις όπως έχει αναπτυχθεί το σύστημα EMS. Για παράδειγμα, ένας από τους πρώτους ορισμούς του κλάδου του WPV το όρισε ως «βίαιη συμπεριφορά πελατών καταστροφική για τον εαυτό, τους άλλους, τους εργαζομένους ή την ιδιοκτησία». (Infantino, JA, 1984) Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η αξιολόγηση του ορισμού συμπεριέλαβε τις ψυχολογικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένου του συσσωρευτικού στρες και της εξουθένωσης (ΠΟΥ, 2016). Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων και το Εθνικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας (NIOSH) ορίζουν τη βία στο χώρο εργασίας (WPV) ως «βίαιες πράξεις, συμπεριλαμβανομένων σωματικών επιθέσεων και απειλών για επιθέσεις, που απευθύνονται σε άτομα στην εργασία ή εκτελώντας υπηρεσία»

Η βία έχει πολλές μορφές και εκδηλώνεται ποικιλότροπος σύμφωνα με τους Koritsas, S, Boyle, και M, Coles, J έχουμε:

- Λεκτική κακοποίηση: ένας ασθενής/πελάτης, οι φίλοι τους, μέλη της οικογένειάς τους, άλλοι επαγγελματίες ή συνάδελφοι που χρησιμοποιούν προσβλητική γλώσσα, φωνάζοντας ή ουρλιάζοντας με σκοπό να σας προσβάλουν ή να σας τρομάξουν. Μπορεί να περιλαμβάνει απειλές για κακοποίηση μέσω τηλεφώνου, αλλά αποκλείει τη σεξουαλική παρενόχληση και τη σεξουαλική επίθεση.

- Ζημιά ή κλοπή περιουσίας: ένας ασθενής/πελάτης, οι φίλοι τους, μέλη της οικογένειάς τους, άλλοι επαγγελματίες ή συνάδελφοι που προκαλούν ζημιά ή κλέβουν περιουσιακά στοιχεία που ανήκουν σε εσάς, την οικογένειά σας ή του χώρου εργασίας σας. Περιλαμβάνει ζημιά ή κλοπή οχήματος, προσωπικά είδη, οικιακά περιεχόμενα, εξοπλισμό και προμήθειες γραφείου ή έπιπλα γραφείου ή ιατρονοσηλευτικά- νοσοκομειακά υλικά. Περιλαμβάνεται και η απόπειρα κλοπής των παραπάνω αντικειμένων.
- Εκφοβισμός: ένας ασθενής/πελάτης, φίλος του, μέλος της οικογένειάς του, άλλος επαγγελματίας ή συνάδελφος που σας απειλεί, σας ακολουθεί ή χρησιμοποιεί χειρονομίες για να σας προσβάλει ή να σας φοβίσει σκόπιμα.
- Σωματική κακοποίηση: ένας ασθενής/πελάτης, οι φίλοι τους, μέλη της οικογένειάς τους, άλλοι επαγγελματίες ή συνάδελφοι που σας επιτίθενται σωματικά ή επιχειρούν να σας επιτεθούν. Περιλαμβάνει συμπεριφορές όπως γροθιές, χαστούκια, κλωτσιές ή χρήση όπλου ή άλλου αντικειμένου με σκοπό την πρόκληση σωματικής βλάβης.
- Σεξουαλική παρενόχληση: οποιαδήποτε μορφή σεξουαλικής πρότασης ή ανεπιθύμητης σεξουαλικής προσοχής από έναν ασθενή/πελάτη, τους φίλους του, μέλη της οικογένειάς του, άλλους επαγγελματίες ή συναδέλφους. Περιλαμβάνει συμπεριφορές όπως ταπεινωτικά ή προσβλητικά αστεία και παρατηρήσεις με σεξουαλικές προεκτάσεις, υποβλητικά βλέμματα ή σωματικές χειρονομίες, ακατάλληλα δώρα ή αιτήματα για ακατάλληλες σωματικές εξετάσεις, το άγγιγμα ή το πιάσιμο με εξαίρεση το σεξουαλικό άγγιγμα (π.χ. στην περιοχή των γεννητικών οργάνων ή του μαστού).
- Σεξουαλική επίθεση: οποιαδήποτε αναγκαστική σεξουαλική πράξη, βιασμός ή άσεμνη επίθεση που διαπράττεται από ασθενή/πελάτη, φίλο, μέλος της οικογένειάς του, άλλον επαγγελματία ή συνάδελφο. Περιλαμβάνει άγγιγμα ή πιάσιμο των γεννητικών οργάνων ή του στήθους. Περιλαμβάνει επίσης απόπειρα σεξουαλικής επίθεσης. (Koritsas S., Boyle M. & Coles J., 2009)

Οι βασικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την μέτρηση του ποσοστού του προβλήματος της βίας κατά των ατόμων που ανταποκρίνονται στο EMS ήταν έρευνες, άμεσες παρατηρήσεις και αναφορές τραυματισμών. Αυτές οι μεθοδολογικές παραλλαγές δεν επιτρέπουν διασταυρούμενες συγκρίσεις μεταξύ των μελετών επειδή δεν περιέχουν τον ίδιο πληθυσμιακό παρονομαστή και τα διαστήματα μέτρησης της βίας ποικίλλουν,

έτσι μπορούν να περιγράψουν μόνο εκτιμήσεις της βίας σε σύγκριση με τον πληθυσμό από τον οποίο συλλέχθηκε.

Σε μελέτες που μέτρησαν την εξέλιξη της σταδιοδρομίας, έδειξε ότι 57% έως και 93% των ατόμων που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα δουλεύοντας ως EMS ανέφεραν ότι είχαν βιώσει τουλάχιστον μία πράξη λεκτικής ή σωματικής βίας κατά τη διάρκεια της καριέρας τους.

Μια ανασκόπηση του 2013 διαπίστωσε ότι μεταξύ των 1789 ερωτηθέντων των εθνικά εγγεγραμμένων EMT στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 69% βίωσαν τουλάχιστον μία μορφή σωματικής ή και λεκτικής βίας τους τελευταίους δώδεκα μήνες. (Gormley M. et al., 2016)

Μια μελέτη της Νέας Αγγλίας βρήκε ότι το ποσοστό επικράτησης της βίας ήταν 20, ανά 100 εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης, μέσα σε ένα έτος στα άτομα που ήταν απασχολούμενοι στις υπηρεσίες EMT. Το 38% των ερωτηθέντων ανέφερε πολλαπλές επιθέσεις μέσα στους τελευταίους έξι μήνες και ένας paramedic ανέφερε ότι δέχθηκε επίθεση εννέα φορές κατά τη διάρκεια του ίδιου εξαμήνου (Schwartz RJ. ,1993).

Σε μια μελέτη μικτών μεθόδων της βίας σε άτομα που ανταποκρίθηκαν στο EMS σε αγροτικές και αστικές περιοχές στη Σουηδία, τα ποσοστά λεκτικής βίας ήταν 67% και της σωματικής βίας 78% τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Στην ίδια μελέτη, ένα επιπλέον 35% ανέφερε ότι πέφτει θύματα τουλάχιστον κάθε τρεις μήνες (Suserud BO., 2002).

Όλη αυτή η βία έχει και ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο και αυτό διαπιστώνεται από ορισμένες έρευνες που συμμετείχαν στην ανασκόπηση διαπιστώνοντας ότι η βία είναι η κύρια αιτία στρες, έκθεση στη βία έχει επίσης συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα φόβου και άγχους σε άτομα που ανταποκρίνονται σε περιστατικά για να παράσχουν πρώτες βοήθειες.

Στη Φιλαδέλφεια, μια μελέτη ανέλυσε όλους τους τραυματισμούς που αναφέρθηκαν μεταξύ Ιανουαρίου 1996 και Δεκεμβρίου 1998. Από τις 1.100 αναφορές τραυματισμών που σχετίζονται με βίαια περιστατικά, το 93,2% των τεκμηριωμένων επιθέσεων σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων φροντίδας ασθενών, υποδηλώνοντας ότι οι κλήσεις για ιατρική βοήθεια ενέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση με τις κλήσεις πυρκαγιάς. Όλες οι άλλες επιλεγμένες έρευνες απέδωσαν αποτελέσματα που δείχνουν ότι το επίπεδο φορέα ανταπόκρισης σχετίζεται σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο βίαιων αλληλεπιδράσεων. Ισχυρά στοιχεία δείχνουν ότι οι παραϊατρικοί διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο βίας σε σύγκριση με τους πυροσβέστες. Σε πολλά κράτη οι παραϊατρικοί και οι

πυροσβέστες συστεγάζονται, λαμβάνουν κλήσεις στο ίδιο αριθμό έκτακτης ανάγκης και υπάγονται στην ίδια διοίκηση. Αυτές οι μικτές υπηρεσίες πυροσβεστικής και ασθενοφόρων είναι αυτές που περιγράφονται κυρίως σαν EMS.

Οι ασθενείς δεν είναι οι μόνοι δράστες βίας, η βία προκαλείται επίσης από μέλη της οικογένειας ασθενών και παρευρισκόμενων σε ένα συμβάν.

Επίσης παράγοντες που κάνουν τους ασθενείς να είναι βίαιοι είναι να έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών καθώς και μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Ακόμη άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές ή με αλλοιωμένη νοητική ικανότητα γίνονται βίαιοι διότι νομίζουν ότι θα περιοριστούν και θα αλλάξουν περιβάλλον, όταν οι παραϊατρικοί καλούνται να τους μεταφέρουν.

Επιπλέον παθολογικές καταστάσεις μπορεί να βλάψουν το νοητικό επίπεδο των ασθενών και να κινηθούν απειλητικά προς τους παρόχους φροντίδας υγείας. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα οι ινσουλινοεξαρτώμενοι διαβητικοί που παρουσίασαν υπογλυκαιμικά επεισόδια ήταν η αιτία του 9% των βίαιων περιστατικών σε μια αναδρομική ανασκόπηση που περιλάμβανε μια χρονική περίοδο μελέτης έξι μηνών (Tintinalli, JE & McCoy, M., 1993).

Οι τηλεφωνικές κλήσεις δεν μπορούν να εντοπίσουν εάν ένα συμβάν εξελιχθεί σε βίαιο. Μια μελέτη που περιλαμβάνετε στην ανασκόπηση διαπίστωσε ότι ενώ μόνο το 5% των κλήσεων αφορούσε τελικώς σε βίαιο περιστατικό ενώ ένα 14% δήλωσε ότι σε αυτό το περιβάλλον που θα πήγαινε το ασθενοφόρο είχε βίαιες πράξεις πριν την άφιξη ή τραυματισμού για τους όποιους κλήθηκε η υπηρεσία επειγόντων σχετίζονται με βία (Mock EF. et al.,1993). Άλλοι πιθανοί παράγοντες που συμβάλλουν στη βίαιη συμπεριφορά των ασθενών περιλαμβάνουν τη δυσαρέσκεια με τον χρόνο απόκρισης καθώς και η έλλειψη κατανόησης των αναγκών για θεραπεία και φροντίδα (Bernaldo-de-Quiros, et al.,2014) τα αισθήματα αδυναμίας, απογοήτευσης και θυμού μπροστά σε μια έκτακτη ανάγκη, είναι συχνά και αλλάζουν την συμπεριφορά των ανθρώπων ειδικά σε μια απότομη απώλειά ζωής ενός αγαπημένου ανθρώπου.

Στις μέρες μας με την συχνή μετακίνηση πληθυσμών υπάρχουν συγκρούσεις πολιτισμικές και επικοινωνιακές που οφείλονται σε κάποιες περιπτώσεις στην γλωσσική ανεπάρκεια και τι μη κατανόηση της εκάστοτε εθνικής κουλτούρας .

Συμπερασματικά επί του παρόντος, η εκπαίδευση για την πρόληψη της βίας που υπάρχει, αποτελείται από γενικά προγράμματα που δεν είναι προσαρμοσμένα στον προνοσοκομειακό διασώστη. Οι διαθέσιμες εκπαιδεύσεις τείνουν να επικεντρώνονται κυρίως σε τεχνικές αυτοάμυνας παρά στην πρόληψη. Η χάραξη μιας πολιτικής πρόληψης της βίας θα μπορούσε να επικεντρωθεί στην αύξηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας των παραϊατρικών μέσω εκπαίδευσης με ασθενείς ή συγγενείς και παρευρισκόμενους, την ικανότητα εντοπισμού καταστάσεων υψηλού κινδύνου, την ικανότητα αποτελεσματικής εφαρμογής μέτρων ασφαλείας, και τέλος με εκπαίδευση στην προσέγγιση ατόμων που έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας.

Η βία είναι ένα ανησυχητικό και περίπλοκο ζήτημα που αντιμετωπίζει μεγάλο μέρος του κλάδου της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου και της προνοσοκομειακής φροντίδας. Οι περισσότερες βιβλιογραφικές αναφορές για το θέμα του WPV στην υγειονομική περίθαλψη προέρχονται από τις ψυχιατρικές δομές. Πολλά ερευνητικά ευρήματα για το WPV έχουν βρεθεί στο ευρύτερο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης μέσα από γενικές έρευνες στο χώρο της υγείας και όχι στην ομάδα των εργαζόμενων στα ασθενοφόρα. Η έρευνα για την βία στους παραϊατρικούς επειγόντων εξακολουθεί να λείπει με αποτέλεσμα να λείπουν και προγράμματα πρόληψης αυτής. Επίσης απουσιάζει η πολιτική χάραξης για την αντιμετώπιση των μετατραυματικών ψυχοσωματικών καταστάσεων που έρχονται τα πληρώματα.

Συνεπώς προτείνεται μια επιστημονική έρευνα για τον καλύτερο εντοπισμό παραγόντων κινδύνου που παράγουν βία, περιστάσεων που περιβάλλουν βία και μεθόδους για τον καλύτερο μετριασμό της βίας, έτσι ώστε οι πόροι να μπορούν να κατανεμηθούν σωστά για την προστασία της υγείας, της ασφάλειας και της ευημερίας των ατόμων που ανταποκρίνονται πρώτοι στα συμβάντα με προβλήματα υγείας ή τραυματισμών, καθώς και την αφύπνιση των υπευθύνων για να εφαρμόσουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του WPV στην υγειονομική περίθαλψη.

5.4.9 Μελέτη Νο9

Η προτελευταία συστηματική ανασκόπηση έχει να κάνει με την πανδημία και την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων στην υγεία. Την δεδομένη χρονική στιγμή δεν υπάρχει βιβλιογραφία που να αφορά κάθε αυτού τους εργαζομένους στην

προνοσοκομειακή φροντίδα σε συσχετισμό με το κορονοϊό και την ΕΕ. Για αυτό προσεγγίζεται στο ευρύ φάσμα του υγειονομικού εργατικού δυναμικού.

Οι Ιρανοί ερευνητές Mehrdad Sharifi , Ali Akbar Asadi-Pooya , και Razieh Sadat Mousavi-Roknabadi δημοσίευσαν την συστηματική ανασκόπηση στις 10 Δεκεμβρίου 2020. Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το MEDLINE (πρόσβαση από το PubMed), Science Direct και Scopus, αναζητήθηκαν στην αγγλική γλώσσα μελέτες από την 1η Δεκεμβρίου 2019 έως τις 15 Αυγούστου 2020. Οι λέξεις κλειδιά ήταν: Burnout, Επαγγελματίας, COVID-19, Coronavirus, πολιτική για την υγεία, εργατικό δυναμικό.

Είναι μια σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση που ο χρονικός ορίζοντας αναζήτησης είναι αρκετά μικρός ,αυτό συμβαίνει επειδή ακολουθεί τις ημερομηνίες εξάπλωσης της πανδημίας. Τα αρχικά άρθρα ήταν 121 και μετά από έλεγχο διπλοτύπων και κριτηρίων επιλεξιμότητας όπως πχ εξαιρέθηκαν άρθρα που δεν ήταν σχετικά με την επιδημιολογία του covid και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Δυο ερευνητές υστέρησαν από συζητήσεις και με ενδελεχή διάβαση των άρθρων εάν πληρούν τα κριτήρια κατέληξαν να συμπεριλάβουν 12 μελέτες. Η ποιότητα των μελετών καθορίστηκε σύμφωνα με τα κριτήρια της Αμερικανικής Ακαδημίας Νευρολογίας (Gronseth G. et al., 2011).

Έντεκα μελέτες ήταν πρωτότυπα άρθρα και μια μελέτη παρείχε ένα εννοιολογικό παράδειγμα για να δείξει τη σχέση μεταξύ της οξείας διαταραχής στρες, της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της εξουθένωσης. Πέντε μελέτες διερεύνησαν τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση όμως κανένας δεν μπορούσε να δημιουργήσει μια αιτιώδη σχέση λόγω της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε. Η αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ΕΥ που εργάζονται στις πτέρυγες πρώτης γραμμής πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις μελέτες. Οι περισσότερες από τις μελέτες χρησιμοποίησαν το εργαλείο MBI για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αρκετές μελέτες επικεντρώθηκαν στις συνθήκες εργασίας και την οργανωτική συμπεριφορά καθώς και στην κατάσταση της ψυχικής υγείας.

Από την έναρξη της πανδημίας, οι Επαγγελματίες Υγείας(ΕΥ), ειδικά εκείνοι που εργάζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών και τμήματα που ήταν ειδικά αφιερωμένα στη θεραπεία ασθενών με COVID-19, έχουν αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα επαγγελματικών στρεσογόνων παραγόντων και μεγαλύτερο φόρτο εργασίας από το συνηθισμένο. Η παρατεταμένη χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού με την υπερβολική ζέστη που προκαλείται από επιπλέον ρούχα, η αφυδάτωση, η κακή διατροφή,

η έλλειψη επαρκούς ύπνου και η κόπωση έχουν προδιαθέσει τους ΕΥ σε εξουθένωση (Dimitriou MCT et al., 2020). Από την άλλη πλευρά, η συνεχής έκθεση στην ταλαιπωρία και το θάνατο των ασθενών και η συνεχής ανάγκη για συμπόνοια με τους ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους, έχουν προκαλέσει επιπλέον προβλήματα ψυχικής υγείας στους εργαζομένους (Fessell D et al.,2020).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των ΕΥ που εργάζονται στους θαλάμους πρώτης γραμμής αξιολογήθηκε σε τέσσερις μελέτες. Άλλοι αξιολόγησαν την επαγγελματική εξουθένωση σε όλους τους εργαζομένους υγείας που εργάζονται στους θαλάμους τακτικής και πρώτης γραμμής. Υπάρχουν αντικρουόμενα ευρήματα σχετικά με το ποσοστό και την επιδημιολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των υγειονομικών που εργάζονται σε θαλάμους COVID-19. Μια μελέτη σε 1.153 Ιταλούς επαγγελματίες υγείας διαπίστωσε ότι όσοι εμπλέκονταν άμεσα με ασθενείς με COVID-19 παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες, σωματικά συμπτώματα και εξάντληση. Η εξουθένωση, ιδιαίτερα η συναισθηματική κόπωση και η αποπροσωποποίηση, συνδέθηκε άμεσα με την εμπειρία τουλάχιστον ενός σωματικού συμπτώματος (όπως αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, δυσκολία στον ύπνο και μυϊκή ένταση) κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες (Barello S et al., 2020). Σε μια άλλη μελέτη οι νοσηλευτές και οι γιατροί των θαλάμων COVID-19 παρουσίασαν επαγγελματική εξουθένωση σε ποσοστό 45% και 31% αντίστοιχα (Sung C-W, et al.,2020). Μια μελέτη από την Τουρκία διαπίστωσε ότι το ποσοστό εξουθένωσης ήταν υψηλότερο μεταξύ του προσωπικού των τμημάτων επειγόντων περιστατικών, των ασθενοφόρων και των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), που ήταν στην πρώτη γραμμή μάχης κατά του COVID-19 (Sahin T et al., 2020). Μια μελέτη ανέφερε ότι οι εκπαιδευόμενοι που εκτέθηκαν σε ασθενείς με COVID-19 είχαν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε σύγκριση με εκείνους της ομάδας που δεν εκτέθηκαν (Kannampallil TG et al., 2020). Μια άλλη έρευνα διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές είχαν βιώσει τα εξής: 60,5% συναισθηματική κόπωση, 42,3% αποπροσωποποίηση και 60,6% μειωμένη αυτοεπάρκεια (Hu D. et al. ,2020).

Σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες μελέτες, μια μόνο μελέτη ανέφερε ότι όσοι εργάζονταν σε θαλάμους COVID-19 είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σύγκριση με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε άλλους θαλάμους. Επιπλέον, το προσωπικό που εργάζεται στους θαλάμους COVID-19 αισθάνθηκε μεγαλύτερη αξία μέσω της προσφοράς (Wu Y. et al.,

2020). Μια άλλη μελέτη σε προσωπικό πρώτης γραμμής (π.χ. επείγουσα ιατρική, ακτινολογία και ΜΕΘ), έδειξε ότι το 76% από αυτούς είχαν επαγγελματική εξουθένωση, το οποίο ήταν χαμηλότερο σε σύγκριση με αυτό μεταξύ των ΕΥ σε άλλους θαλάμους (ποσοστό 86%) (Dimitriu MCT et al., 2020). Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να διευκρινιστεί η συχνότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των υγειονομικών που εργάζονται υπό διαφορετικές συνθήκες κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Διάφορες μελέτες έχουν αναφέρει αρκετούς σχετικούς παράγοντες για την επαγγελματική εξουθένωση. Οι ΕΥ μπορεί να αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα φόρτου εργασίας, να εμπλέκονται με αυστηρούς οργανωτικούς κανονισμούς, να έχουν λιγότερο χρόνο για να αντιμετωπίσουν τις εργασιακές προκλήσεις και η γνώση στον τομέα εξελίσσεται συνεχώς(De Simone S, et al.,2019). Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η αβέβαιη πρόγνωση των ασθενών, η έλλειψη επαρκών ιατρικών πόρων για διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη, τα προβλήματα που σχετίζονται με την προστασία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης από τη μόλυνση λόγω ανεπάρκειας ΜΑΠ, την ταχεία αλλαγή των πολιτικών γραμμών που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το μειωμένο εισόδημα και οικονομική ύφεση και οι αντικρουόμενες πληροφορίες που ανακοινώθηκαν από αξιωματούχους ήταν σημαντικοί παράγοντες άγχους που σίγουρα μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης (Pfefferbaum B et al.,2020).

Ορισμένες μελέτες ανέφεραν ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής κόπωσης από τους άνδρες.

Η διατήρηση της σωματικής και συναισθηματικής υγιεινής είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για τη μείωση της εξουθένωσης. Η ευτυχία, η τακτική άσκηση, το πόσιμο νερό και η καλή ανάπαυση μπορεί να αυξήσουν την ανοσία και να κρατήσουν το άτομο μακριά από την ΕΕ

Η βελτίωση των προγραμμάτων εργασίας, η προώθηση της αυτοδιαχείρισης, η διδασκαλία της σωματικής, διανοητικής και συναισθηματικής αυτοφροντίδας και η έναρξη δραστηριοτήτων ελέγχου του άγχους που βασίζονται στη συνείδηση είναι μεταξύ των αποτελεσματικών τεχνικών για την πρόληψη ή τη μείωση της εξουθένωσης ως προς την ψυχική υγεία.

Καμία μελέτη δεν διερεύνησε καμία παρέμβαση για την πρόληψη ή τη μείωση της εξουθένωσης και οι παρεχόμενες συστάσεις βασίστηκαν στις εμπειρίες και τις απόψεις των συγγραφέων. Καμία από τις μελέτες δεν παρακολούθησε τους συμμετέχοντες και

όλες οι αξιολογήσεις έγιναν σύμφωνα με την αυτοαναφορά και τη δήλωση των συμμετεχόντων. Καμία μελέτη δεν απέδειξε αιτιώδη σχέση λόγω της μεθοδολογίας τους. Τα μη διαθέσιμα στοιχεία του πρώιμου σταδίου δεν μπορούν να παράσχουν πειστική υποστήριξη υπέρ ή κατά μιας συγκεκριμένης σύστασης για την πρόληψη ή τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσοκομειακούς εργαζομένους των θαλάμων COVID-19. Αυτό οφείλεται κυρίως στην ετερογένεια ως προς τους συμμετέχοντες και τα εφαρμοσμένα εργαλεία, τις διαφορετικές προτάσεις, την απουσία οποιασδήποτε παρέμβασης και τη μη παρακολούθηση των συμμετεχόντων.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής μπορούν να λάβουν μέτρα για την πρόληψη ή τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης την δεδομένη στιγμή. Ωστόσο, συνιστώνται πιο μεγάλες και επεμβατικές μελέτες για τον εντοπισμό αποτελεσματικών λύσεων και τη μέτρηση της αποτελεσματικότητάς τους.

5.4.10 Μελέτη Νο10

Η τελευταία ερευνά έρχεται από τους ευρωπαίους ερευνητές Anaelle Kleina, Olivier Taieb, Salome Xavier, Thierry Baubetab και Aymeric Reyre. Δημοσιεύθηκε στις 3 Οκτωβρίου 2019 και η αναζήτηση των μελετών έγινε στις βάσεις δεδομένων PubMed, Psycinfo, Web of Science και Science Direct όπου εξετάστηκαν πρωτότυπα άρθρα στα αγγλικά γραμμένα με την μέθοδο του prisma. Οι λέξεις κλειδιά είναι: Ενσυνειδητότητα Επαγγελματική εξουθένωση, Υγειονομικό προσωπικό, Συστηματική ανασκόπηση.

Η εν λόγω συστηματική ανασκόπηση διαπραγματεύεται με τα οφέλη των παρεμβάσεων που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα (Mindfulness-based Interventions -MI) για την μείωση του κινδύνου από την επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ επαγγελματιών υγείας.

Η ενσυνειδητότητα έχει τις ρίζες της στον Βουδισμό και ορίστηκε από τους Williams και Kabat-Zinn ως ποιότητα επίγνωσης που επιτρέπει σε ένα άτομο την πρόθεση παρατήρησης της εμπειρίας του χωρίς κριτική. Επιδιώκει μια κατάσταση του νου απαλλαγμένη από συναισθήματα αυτοκριτικής και τάσεις αυτοελέγχου που μπορούν να νοθεύσουν την εμπειρία της παρούσας στιγμής, αντί να την αναλύσουν ή να την εκφράσουν με λέξεις. Δίνει έτσι τη δυνατότητα στο άτομο να εκτιμήσει την εμπειρία της παρούσας στιγμής μέσω πολλών τεχνικών, όπως η εστίαση της προσοχής σε συγκεκριμένα ερεθίσματα όπως η αναπνοή, ο ήχος και οι αισθήσεις του σώματος. Το

πρωτόκολλο μείωσης του άγχους με βάση την ενσυνειδητότητα (MBSR) είναι ένα κλασικό και συχνά χρησιμοποιούμενο όφελος από τους ΜΙ. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος, οι συμμετέχοντες μαθαίνουν διάφορες τεχνικές διαλογισμού, τις οποίες μπορούν να εφαρμόσουν ατομικά ή σε ομαδικές συνεδρίες. Πρέπει να σημειωθεί ότι το MBSR είναι απαιτητικό όσον αφορά την ατομική δέσμευση και τους οργανωτικούς πόρους. Για αυτό συχνά τροποποιείται και προσαρμόζεται ώστε να εφαρμόζεται πιο εύκολα. Αυτές οι «ελαφριές» εκδόσεις παίρνουν μερικές φορές νέα ονόματα όπως η παρέμβαση Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR) ή το Πρόγραμμα Μείωσης του Στρες.

Προκειμένου να αποφευχθεί η εξουθένωση, η εφαρμογή ΜΙ είναι ολοένα και πιο συχνή. Χρησιμοποιούνται εδώ και πολλά χρόνια στις ΗΠΑ και πλέον αναπτύσσονται παγκοσμίως. Προγράμματα αυτού του τύπου απαιτούν σημαντικό χρόνο και οικονομικούς πόρους και απαιτούνται στοιχεία για να καθοδηγήσουν τις μελλοντικές οργανωτικές επιλογές. Από όσο γνωρίζουμε, καμία συστηματική ανασκόπηση δεν έχει επικεντρωθεί στα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων της ενσυνειδητότητας στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας. Οι στόχοι αυτής της συστηματικής ανασκόπησης ήταν να συνοψίσει τα στοιχεία για τα οφέλη των ΜΙ στην επαγγελματική εξουθένωση.

Τα επιλέξιμα άρθρα είναι 34 από το σύνολο των αρχικών 562. Οι τρεις από τους μελετητές αφαίρεσαν τα διπλότυπα και τις περιλήψεις και βάσει των κριτηρίων επιλεξιμότητας καταλήξαν στα 34. Η ποιότητα της μελέτης των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το εργαλείο NIH Quality Assessment of Controlled Intervention Studies. Οι ασθενείς ή το κοινό δεν συμμετείχαν σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση. Μόνο 13 από τα 34 άρθρα ανέφεραν ελεγχόμενες μελέτες (38,2%) και εννέα αφορούσαν τυχαιοποιημένες μελέτες (26,5%). Έξι ήταν πολυδιάστατες (17,7%), αλλά πέντε ήταν μόνο διπολικές (14,7%).

Οι στόχοι των μελετών ήταν να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα των τεχνικών διαλογισμού στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας και επίσης στο στρες, την ενσυνειδητότητα, την κατάθλιψη και άλλες μεταβλητές όπως η συμπόνια, η ενσυναίσθηση, η ποιότητα ζωής, η διάθεση, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ικανοποίηση των ασθενών, η εργασία και ανθεκτικότητα.

Οι 34 μελέτες που εξετάστηκαν περιλάμβαναν 1439 άτομα συνολικά. Δεκαέξι μελέτες επικεντρώθηκαν σε ένα μόνο επάγγελμα: εννέα σε γιατρούς και επτά σε νοσηλευτές. Οι υπόλοιπες 18 μελέτες περιλάμβαναν όλα τα επαγγέλματα υγείας. Το 67% των συνολικών συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Έντεκα από τις 34 μελέτες (32,4%) εφάρμοσαν το πλήρες πρωτόκολλο MBSR. Είκοσι πέντε μελέτες χρησιμοποίησαν το Maslach Burnout Inventory (MBI) για να μετρήσουν τα ποσοστά εξουθένωσης.

Τέσσερα άρθρα χρησιμοποίησαν την κλίμακα «επαγγελματικής ποιότητας ζωής» (ProQOL), η οποία περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες: επαγγελματική εξουθένωση, κόπωση συμπόνιας/δευτερεύον τραύμα και ικανοποίηση από συμπόνια.

Τρία άρθρα χρησιμοποίησαν το Κοπεγχάγη Burnout Inventory (CBI), ένα εργαλείο που μετρά την επαγγελματική εξουθένωση σε τρεις τομείς: προσωπικές, εργασιακές και πελατειακές σχέσεις (Kristensen T.S et al., 2011). Το Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) χρησιμοποιήθηκε σε δύο άρθρα. Αυτή η μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης εστιάζει στη σωματική, συναισθηματική και γνωστική εξάντληση και στην απεμπλοκή, αλλά αποκλείει την προσωπική επίτευξη ως διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Reis D. et al., 2011).

Τα αποτελέσματα μέσω τεχνικών που βασίζονται στον διαλογισμό έδειξαν ότι 23 από τις 34 μελέτες (67,6%) ανέφεραν βελτίωση στη μετρημένη εξουθένωση. Ωστόσο, ο γενικός σχεδιασμός της μελέτης εμποδίζει την επίδειξη οποιονδήποτε πιθανών πλεονεκτημάτων των ΜΙ στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας. Μεταξύ των θετικών μελετών, μόνο τέσσερις (11,8%) χρησιμοποίησαν τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή. Στις υπόλοιπες πέντε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, τα αποτελέσματα δεν είχαν στατιστική σημασία (14,7%). Είκοσι μία μελέτες δεν ανέφεραν σχεδιασμό τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής (61,8%). Ως εκ τούτου, τονίζουμε το γενικό ανεπαρκές επίπεδο στοιχείων που προσφέρει η βιβλιογραφία για την αξιολόγηση των επιπτώσεων των ΜΙ στην επαγγελματική εξουθένωση πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας. Πέντε από τις εννέα τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που περιλαμβάνονται σε αυτήν την ανασκόπηση ανέφεραν αρνητικά ή μη στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Τέσσερις μελέτες ήταν μη τυχαιοποιημένες και 21 μελέτες δεν ανέφεραν σχεδιασμό ελεγχόμενης δοκιμής. Λαμβάνοντας υπόψη την μη συνέπεια των αποτελεσμάτων της μελέτης, η συζήτησή θα επικεντρώνεται στους περιορισμούς που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και να ξεπεραστούν προκειμένου να παραχθούν πιο πειστικά

αποτελέσματα. Επιπλέον, η συνολική αποτελεσματικότητα των ΜΙ εξαρτάται από τις δεξιότητες των εκπαιδευτών.

Οι μελέτες που εξετάζονται παρουσιάζουν πολλά μειονεκτήματα όπως αρκετές μελέτες είχαν μικρά δείγματα με κίνδυνο την εμφάνιση στατιστικά σημαντικών λανθασμένων αποτελεσμάτων και μειωμένη σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. Οι πληθυσμοί που μελετήθηκαν ήταν συνολικά ετερογενείς σε διάφορους τομείς: επάγγελμα, ειδικότητα, φύλο, χώρα προέλευσης πχ σε 17 μελέτες συμπεριλήφθηκαν διαφορετικοί τύποι επαγγελματιών υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι κ.λπ.) χωρίς αιτιολόγηση αντιπροσωπευτικότητας. Αυτό εμποδίζει τις συγκρίσεις μεταξύ των μελετών ενώ πέντε άρθρα απέτυχαν να αναφέρουν τον αριθμό των συμμετεχόντων για κάθε επάγγελμα. Το πρόγραμμα ΜΙ είναι απαιτητικό και πολλοί το εγκαταλείπουν, αρκετές έρευνες δεν αποτυπώνουν τα ποσοστά εγκατάλειψης του.

Η ενσυνειδητότητα είναι ένα δημοφιλές θέμα και η προβολή της γκρίζας βιβλιογραφίας έδωσε πολλά έγγραφα κακής επιστημονικής συνάφειας ενώ υπήρχε μεγάλος αριθμός περιλήψεων και αδημοσίευτων δεδομένων. Αυτό δείχνει μια πιθανή μεροληψία δημοσίευσης.

Εν κατακλείδι η ανασκόπηση ανέδειξε στην δημοσιότητα ενημερωμένες γνώσεις σχετικά με τα πιθανά οφέλη των ΜΙ στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας και να υπογραμμίσουμε τα πολυάριθμα ζητήματα που εμποδίζουν την εξαγωγή συμπερασμάτων από τα άρθρα που εξετάζονται. Και εάν υπήρχε ένα πιο ομογενές δείγμα θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μια μετα-ανάλυση που θα παρείχε μια συνολική αξιολόγηση των επιπτώσεων των ΜΙ στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας.

Η παρούσα ανασκόπηση διαπίστωσε ότι τα αποτελέσματα ήταν συνολικά αντίθετα και έχει επιστήσει την προσοχή σε σημαντικά μεθοδολογικά ζητήματα. Προτείνεται από τους ερευνητές μια μελλοντική έρευνα που θα πρέπει να αντιμετωπίσει μεθοδολογικά ζητήματα και να καθορίσει πιο ακριβή πλαίσια παρεμβάσεων και πληθυσμούς-στόχους που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από αυτού του είδους την παρέμβαση.

Συνοπτικός πίνακας βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων

Πίνακας 1.

Ερευνητές- Χώρα Χρονολογία	Τίτλος	Σκοπός	Μεθοδολογία	Δείγμα	Αποτελέσματα
1) Ali Sahebi, et al Ιράν 2021	<i>Occupational Burnout in Pre-Hospital Emergency Personnel in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis</i>	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί η συχνότητα και η ένταση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους προνοσοκομειακούς επαγγελματίες υγείας.	Αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε με βάση τις οδηγίες προτιμώμενων στοιχείων αναφοράς για συστηματικές ανασκοπήσεις και μεταανάλυσεις (PRISMA). Οι πόροι δεδομένων περιλάμβαναν τη Βάση Δεδομένων Επιστημονικών Πληροφοριών (SID), Magiran, Islamic World Science Citation Center (ISC), Irandoc, PubMed, Scopus, Web of Science και Google Scholar.	Βρέθηκαν αρχικά 178 άρθρα και στη συνέχεια αναλύθηκαν και συμπεριλήφθηκαν τα 13 από αυτά άρθρα. Συνολικά, εξετάστηκαν 2034 άτομα που δουλεύουν προνοσοκομειακά σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης διάσωσης.	Σύμφωνα με τα ευρήματα, η μέση συχνότητα επαγγελματικής εξουθένωσης όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικού επιτευγμάτων ήταν χαμηλή, μέτρια και υψηλή, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα του τεστ Begg έδειξαν ότι η προκατάληψη δημοσίευσης για τη συχνότητα επαγγελματικής εξουθένωσης δεν ήταν σημαντική.
2) Tom Sterud et al Νορβηγία 2006	<i>Health status in the ambulance services: a systematic review</i>	Στόχος είναι η παρουσίαση ανασκοπήσεων που αναδεικνύουν τα προβλήματα υγείας στους εργαζομένους των ασθενοφόρων μέσα από ερευνητικά ερωτήματα για εάν το προσωπικό των ασθενοφόρων έχει περισσότερα προβλήματα υγείας σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες. Και ποιος οι αρνητικές συνέπειες στις παρεχόμενες υπηρεσίες λόγω αγχωτικών συνθηκών εργασίας	Εντοπισμός σχετικής εμπειρικής βιβλιογραφίας αναμεσα σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των Medline, EMBASE, PsychINFO, CINAHL και ISI Web of Science.	49 μελέτες συμπεριλήφθηκαν σε αυτήν την ανασκόπηση.	Συμπερασματικά, ο επιπολασμός των συμπτωμάτων PTSD είναι σταθερά υψηλός στις υπηρεσίες ασθενοφόρων δεν μπορεί να διατυπωθεί σαφές συμπέρασμα σχετικά με την επικράτηση της εξουθένωσης στις υπηρεσίες ασθενοφόρων και είναι ανοιχτό το ερώτημα εάν τα επίπεδα εξουθένωσης είναι υψηλότερα από ότι στο γενικό εργαζόμενο πληθυσμό. Και τέλος οι περισσότερες μελέτες έχουν αντιμετωπίσει προβλήματα ψυχικής υγείας.

3)Matthew Reaedon Αυστραλία 2020	<i>Review article: Prevalence of burnout in paramedics: A systematic review of prevalence studies</i>	Στόχος της ανασκόπησης είναι εάν το Burnout επικρατεί στους εργαζομένους στις υπηρεσίες ασθενοφόρου.	Σε επτά ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PsycINFO, MEDLINE, CINAHL, PubMed, EMBASE, ERIC, Psyc ARTICLES) πραγματοποιήθηκαν συστηματική αναζήτηση με λέξεις κλειδιά σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές για τα προτιμώμενα στοιχεία αναφοράς για συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις (PRISMA).	Από τις αρχικές 498 μελέτες τελικά επιλέχθηκαν μόνο πέντε μελέτες, Δύο ήταν από τις ΗΠΑ, μια από την Αυστραλία, τη Νότια Αφρική και το Ισραήλ .με συνολικό μέγεθος δείγματος 4.101 άτομα.	Η εξουθένωση κυμαίνεται μεταξύ 16% & 56%. Η ετερογένεια στις μελέτες καθώς και τα χαμηλότερα από τα βέλτιστα ποσοστά ανταπόκρισης, μη αντιπροσωπευτικά δείγματα δεν επιτρέπουν εξαγωγή σαφών συμπερασμάτων για σύγκριση με άλλους Επαγγελματίες Υγείας
4) Jef Adriaenssens et. al Ολλανδία 2014	<i>Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research</i>	Η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση στοχεύει στη διερεύνηση της επικράτησης της εξουθένωσης σε νοσηλευτές έκτακτης ανάγκης και στον εντοπισμό συγκεκριμένων (ατομικών και εργασιακών) καθοριστικών παραγόντων της εξουθένωσης σε αυτούς τους εργαζομένους	Μια συστηματική ανασκόπηση εμπειρικών ποσοτικών μελετών για την εξουθένωση σε νοσηλευτές έκτακτης ανάγκης, από δημοσιευμένες έρευνες στα Αγγλικά μεταξύ 1989 και 2014. Αναζητήθηκαν αναμεσα στις βάσεις δεδομένων NCBI PubMed, Embase, ISI Web of Knowledge, Informa HealthCare, Picarta, Cinahl και Scielo.	Δεκαεπτά μελέτες συμπεριλήφθηκαν σε αυτήν την ανασκόπηση από ένα αρχικό δείγμα 489 άρθρων	Κατά μέσο όρο το 26% των νοσηλευτών έκτακτης ανάγκης υπέστη εξουθένωση. Μεμονωμένοι παράγοντες όπως δημογραφικές μεταβλητές, χαρακτηριστικά προσωπικότητας και στρατηγικές αντιμετώπισης συσχετιζόνταν με την εξουθένωση. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία, όπως η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα τα χαρακτηριστικά της εργασίας και οι οργανωτικές μεταβλητές βρέθηκαν επίσης να είναι καθοριστικοί παράγοντες της εξουθένωσης

5)Qin Zhang et al H.Π.Α 2020	<i>Burnout in emergency medicine physician</i>	Η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση στοχεύει στη διερεύνηση της επικράτησης της εξουθένωσης σε ιατρούς επειγόντων.	Συστηματική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων, των PubMed, Embase, PsychINFO και της Βιβλιοθήκης Cochrane σε άρθρα της αγγλικής γλώσσας. όλα τα πρωτότυπα άρθρα χρησιμοποίησαν το Maslach Burnout Inventory για να εκτιμήσουν το Burnout και τις 3 διαστάσεις της (EE), σε γιατρούς επειγόντων.	Εντοπίστηκαν συνολικά 243 μελέτες και τελικά συμπεριλήφθηκαν συνολικά 17 μελέτες σε 12 διαφορετικές χώρες και στις οποίες συμμετείχαν 1943 ιατροί	Περίπου το 40% των γιατρών επειγόντων βιώνει υψηλά επίπεδα E και αποπροσωποποίηση. Τα συγκεντρωτικά ποσοστά αποτυπώνουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και χαμηλά επίπεδα προσωπικής επίτευξης. Τα ευρήματά υποδηλώνουν επίσης ότι οι γιατροί των επειγόντων είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση σε σύγκριση με τους γιατρούς σε άλλα τμήματα και άλλο ιατρικό προσωπικό
6)Brett Williams et al Αυστραλία 2017	<i>The relationship between empathy and burnout – lessons for paramedics: a scoping review</i>	Σκοπός της συστηματικής έρευνας η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ενσυναίσθησης και εξουθένωσης στους paramedics.	Ανασκόπηση πεδίου εφαρμογής με βάση το πλαίσιο των Arskey και O'Malley. Αναζητήθηκαν πέντε βάσεις δεδομένων: CINAHL plus, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO και Scopus. στο Google Scholar αναζητήθηκε η γκρίζα λογοτεχνία. Δύο κριτές αξιολόγησαν την καταλληλότητα και εξήγαγαν τα δεδομένα	Η αρχική αναζήτηση απέδωσε 1270 άρθρα μετά την αφαίρεση επιλέχθηκαν 30 άρθρα για περαιτέρω προβολή. Είκοσι έξι άρθρα κρίθηκαν σχετικά, και ήταν αυτά που περιληφθήκαν τελικώς. Στις περισσότερες μελέτες, υπήρχε μια αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ ενσυναίσθησης και συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, αλλά μια θετική συσχέτιση με τα προσωπικά επιτεύγματα	Αν και φαίνεται να υπάρχει μια αρνητική σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της εξουθένωσης σε γιατρούς και νοσηλευτές, η δύναμη της σχέσης διαφέρει σε κάποιο βαθμό ανάλογα με τα δείγματα και τις ρυθμίσεις. Λόγω των ομοιοτήτων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και εξουθένωσης μπορεί επίσης να σχετίζεται με το επάγγελμα του παραϊατρικού.,.

7) Louise H Hall et al Αγγλία 2016	<i>Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review</i>	Σκοπός της συστηματικής επισκοπικής ερευνάς είναι να προσδιοριστεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ευημερίας των επαγγελματιών υγείας και της εξουθένωσης, με την ασφάλεια των ασθενών μέσα από τις υπηρεσίες που δέχονται.	Συστηματική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων : PsychInfo ,Medline , Embase και Scopus αναζητήθηκαν, άρθρα, ποσοτικές και εμπειρικές μελέτες που περιλάμβαναν τις λέξεις κλειδιά i) either a measure of wellbeing or burnout, and ii) patient safety, in healthcare staff populations.	Εντοπίστηκαν σαράντα έξι μελέτες συμπεριελήφθησαν βάσει των που ορίσαν οι συγγραφείς κριτηρίων από μια πληθώρα άρθρων 12031.	16 από τις 27 μελέτες που μέτρησαν την ευημερία βρήκαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κακής ευημερίας και της ασφάλειας των ασθενών, 6 μελέτες βρίσκουν συσχέτιση με μερικές κλίμακες, μία μελέτη βρίσκει σημαντική συσχέτιση αλλά προς την αντίθετη κατεύθυνση. 21 από τις 33 μελέτες που μέτρησαν την εξουθένωση διαπίστωσαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εξουθένωσης και της ασφάλειας των ασθενών.
8) Regan M. Murray et al Η.Π.Α 2019	<i>A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders</i>	Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν να περιγράψει τα φαινόμενα βίας κατά των ανταποκριτών EMS από ασθενείς και παρευρισκόμενους. Ο δεύτερος στόχος αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν να εντοπιστούν οι παράγοντες κινδύνου και τα αποτελέσματα της βίας στο EMS.	Η συστηματική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τα προτιμώμενα στοιχεία αναφοράς για συστηματικές αναθεωρήσεις από τη λίστα ελέγχου PRISMA. Εφαρμόστηκε μια καινοτόμος προσέγγιση για να συμπεριλάβει ακαδημαϊκές δημοσιεύσεις .3 ακαδημαϊκές βάσεις δεδομένων (PubMed, CINHALL και Web of Science) χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή άρθρων από επιστημονικά περιοδικά.	Συνολικά 104 άρθρα (από τα αρχικά 387) πλήρους κειμένου συμπεριληφθήκαν για ανάλυση με βάση την ιεράρχηση και τη συνάφεια με το ερευνητικό ερώτημα.	Οι τουλάχιστον μία περίπτωση λεκτικής ή σωματικής βίας ήταν μεταξύ 57% και 93% των εκατό στους διασώστες κατά την ανταπόκριση τους σε συμβάν. Ορισμένες έρευνες διαπίστωσαν ότι η βία είναι η κύρια αιτία άγχους και το άγχος βρέθηκε να είναι ο πιο συχνός τραυματισμός που αναφέρθηκε από τους ερωτηθέντες στην έρευνα EMS το χρόνιο άγχος και το σωρευτικό στρες οδηγούν στην ΕΕ.

9) Mehrdad Sharifi et al Ιράν 2020	<i>Burnout among Healthcare Providers of COVID-19; a Systematic Review of Epidemiology and Recommendations</i>	Σκοπός της εν λόγω συστηματικής ανασκόπησης είναι να δείξει ότι το Burnout στους εργαζόμενους που απασχολούνται σε θαλάμους με ασθενείς covid είναι υπαρκτό, με σκοπό οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής να μπορούν να λαμβάνουν πιο κατάλληλες αποφάσεις που θα έχει σαν αποτέλεσμα την πρόληψη και την μείωση του φαινομένου.	Στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων MEDLINE (πρόσβαση από PubMed), Science Direct και Scopus πραγματοποιήθηκαν συστηματική αναζήτηση στην αγγλική γλώσσα από 01 Δεκεμβρίου 2019 έως 15 Αυγούστου 2020, χρησιμοποιώντας όρους MESH και σχετικές λέξεις - κλειδιά. Μετά την ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης, αποκλείστηκαν άσχετες μελέτες.	12 μελέτες αναλυθήκαν και συμπεριελήφθησαν από το σύνολο των αρχικών 121	Πέντε μελέτες διερεύνησαν τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση κανέναν δε μπορούσε να δημιουργήσει μια αιτιώδη σχέση λόγω της μεθοδολογίας του. Υπάρχουν αντικρουόμενα ευρήματα σχετικά με το ποσοστό και την επιδημιολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των ΕΥ που εργάζονται σε θαλάμους COVID-19.
10) Anaelle Klein et al Γαλλία 2019	<i>The benefits of mindfulness-based interventions on burnout among health professionals: A systematic review</i>	Αυτή η ανασκόπηση είχε ως στόχο να συνοψίσει και να αξιολογήσει την υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τα πιθανά οφέλη των παρεμβάσεων που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα (MI) για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου επαγγελματικής εξουθένωσης.	Πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αναφέροντας σύμφωνα. Οι βάσεις δεδομένων PubMed, Psychinfo, Web of Science και Science Direct εξετάστηκαν με τα πρότυπα PRISMA για αναζήτηση πρωτότυπων άρθρων, μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2018. Συμπεριλήφθηκαν άρθρα στα αγγλικά που αξιολογούσαν ένα MI σε συνδυασμό με μέτρα εξουθένωσης.	Συμπεριλήφθηκαν τριάντα τέσσερα άρθρα έως την 1η Σεπτεμβρίου 2018, χωρίς κανέναν άλλο περιορισμό στην ημερομηνία δημοσίευσης	Μόνο τέσσερις ελεγχόμενες δοκιμές συμπεράναν ότι βελτίωσαν την ΕΕ. Στις υπόλοιπες πέντε τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, τα αποτελέσματα δεν είχαν στατιστική σημασία. Από τις τέσσερις ελεγχόμενες τυχαίοποιημένες μελέτες, οι τρεις έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις στην επαγγελματική εξουθένωση. 21 μελέτες δεν ανέφεραν σχεδιασμό ελεγχόμενης δοκιμής. Συνολικά τα αποτελέσματα φάνηκαν να είναι ευρέως ετερογενή Από την ανασκόπηση προέκυψαν αρκετές μεθοδολογικές

Κεφάλαιο 6

6.1 Απολογισμός ερευνών

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης προσεγγίστηκε πολυδιάστατα στις έρευνες που επιλέχθηκαν και δεν εστιάστηκε σε έρευνες που αναλύουν μόνο την μεταξύ σχέση της ΕΕ και ατόμων που εργάζονται στην προνοσοκομειακή φροντίδα. Μέσα από τις συστηματικές ανασκοπήσεις επιχειρήθηκε η συλλογή για μεγαλύτερα δείγματα και καλύτερη ποιοτική εγκυρότητα. Αναδείχθηκαν μέσα από τις επιλεγμένες έρευνες, επιπλέον παράγοντες που βοηθούν αρνητικά στην αύξηση του συνδρόμου όπως η βία και άλλοι που επηρεάζουν θετικά, όπως η ενσυναίσθηση και η ενσυνειδητότητα. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι η ΕΕ έχει μεταβιβαζόμενα προβλήματα και δεν αγγίζει μόνο τον εργαζόμενο αλλά ολόκληρο των οργανισμό και κυρίως τους ασθενείς, οι οποίοι δέχονται υπηρεσίες κατώτερες των αναμενόμενων που εγκυμονούν κινδύνους, κάνοντας τους να νιώθουν ανασφαλείς. Προσεγγιστικά με άλλους επαγγελματίες υγείας λόγω έλλειψης σχετικής βιβλιογραφίας την δεδομένη στιγμή για τους προνοσοκομειακούς ΕΥ, μελετήθηκε πώς η πανδημία του covid-19 επηρέασε τον υγειονομικό κλάδο μεταβάλλοντας και τα επίπεδα της ΕΕ.

Συνοψίζοντας, σε όλες τις προαναφερθείσες έρευνες φαίνεται ότι το Σύνδρομο της ΕΕ είναι υπαρκτό στους επαγγελματίες υγείας. Η πρόωπη αναγνώριση από τους ίδιους τους εργαζόμενους τους βοηθάει να αναζητήσουν λύση από τους ειδικούς γρήγορα.

Συνιστάται επίσης να υπάρχει η αναγνώριση και η αποδοχή από την εκάστοτε διοίκηση, για να λάβει μέτρα τα οποία ικανοποιούν επαγγελματικά τους εργαζόμενους και περιορίζουν το φαινόμενο. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση καθορίζεται από εργασιακούς παράγοντες (αμοιβή, περιβάλλον, αντικείμενο εργασίας, κλπ.), ατομικά χαρακτηριστικά (δημογραφικά στοιχεία, έτη προϋπηρεσίας) και άλλους κοινωνικούς παράγοντες. (Shajahan & Shajahan, 2004)

Η διοίκηση πρέπει να βρει και να υιοθετήσει μέτρα παρακίνησης του προσωπικού στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, καθώς και να ενθαρρύνει την ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς. Σε συνδυασμό με τη θεωρητική εκμάθηση στους εργαζόμενους για τα στάδια του Συνδρόμου θα μπορέσουν να το αναγνωρίσουν μόνοι τους όσοι δεν το γνωρίζουν. Ο φόρτος εργασίας μπορεί να μειωθεί από νέες προσλήψεις και εάν αυτό είναι αδύνατο λόγω οικονομικών τότε ενδείκνυται η συχνή εναλλαγή σε διάφορα τμήματα μεταξύ των

ενδιαφερομένων, όπου σε κάποια από αυτά ενδεχομένως το ωράριο εργασίας και οι συνθήκες να είναι καλύτερες. Πρόκειται για μέτρο με διπλό όφελος διότι εγείρεται το ενδιαφέρον για εκμάθηση σε νέους τομείς και εξαλείφεται η ρουτίνα.

Η ρουτίνα που περιλαμβάνει εξαιρετικά συμβάντα, απαιτεί καλή φυσική, ψυχική και σωματική κατάσταση. Οι διοικήσεις πρέπει να αντιληφθούν σε ποιο βαθμό είναι ψυχοφθόρα μια εργασία και εάν και ποσό επηρεάζει τους εργαζομένους.

Δεδομένου ότι η ΕΕ είναι γνωστή στους επαγγελματίες υγείας είναι εύλογο το ερώτημα και τυγχάνει περαιτέρω διερεύνησης, το γεγονός ότι οι διοικήσεις δεν αναγνωρίζουν έμπρακτα το πρόβλημα κάνοντας εσωτερικές έρευνες και παίρνοντας μέτρα μείωσης του φαινομένου, καθώς και μέτρα πρόληψης. Με αυτόν τον τρόπο φέρνει τον οργανισμό σε μειονεκτική θέση για την ποιότητα υπηρεσιών που προσφέρουν.

Επίσης αυτοί που επέλεξαν συνειδητά το παραπάνω επάγγελμα δεν είδαμε να εμφανίζουν μεγάλη αποστροφή και θα συνέχιζαν με ευχαρίστηση να δουλεύουν και να προσφέρουν. Το δεύτερο ερώτημα αφορά στο ότι ούτε οι ίδιοι οι εργαζόμενοι κάνουν κάτι (ακόμη και στα πρώιμα στάδια) για να αντιμετωπίσουν το Σύνδρομο της ΕΕ.

Μέσα από την εργασία μας αναδείχθηκε ένα μεγάλο πρόβλημα το οποίο είναι η βία που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά αυτοί της προνοσοκομειακής φροντίδας που είναι εκτεθειμένοι σε μη ασφαλές περιβάλλον (οικία δρόμοι, πάρκα κτλ.) σε αντίθεση με τους συνάδελφους τους στα νοσοκομεία που θεωρείτε πιο ασφαλές περιβάλλον αφού υπάρχουν πιο πολλοί συνάδελφοι να επέμβουνε καθώς και εταιρεία φύλαξης (security). Η βία είναι ένας παράγοντας εμφάνισης του συνδρόμου όπως αποδεικνύετε μέσα από τις έρευνες.

Με το τέλος της μελέτης των ερευνών γεννήθηκαν νέα ερωτήματα τα οποία περιγράφονται στην πιο κάτω ενότητα.

Ως προς το τεχνικό κομμάτι, οι πρωτογενείς έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με διαζώσης ερωτηματολόγια είχαν μεγαλύτερη ανταπόκριση σε σχέση με τα ερωτηματολόγια μέσω email. Σημαντική επίσης ανταπόκριση είχαν και τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποίησαν τα social media.

6.2 Νέες Ερευνητικές Ερωτήσεις.

- Εάν οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονται με την ΕΕ, συγκεκριμένα έτη στην παρούσα υπηρεσία και έτη εμπειρίας- προϋπηρεσίας, ικανοποιητικές οικονομικές απολαβές και καλό εργασιακό περιβάλλον, όπου εμπεριέχεται και η ασφάλεια στην εργασία.
- Εάν υπάρχει ενδιαφέρον των εργαζομένων για εκμάθηση σε νέες τεχνικές και χειρισμό μηχανημάτων (συνεχιζόμενη εκπαίδευση).
- Το βαθμό ικανοποίησης για τη θέση που κατέχουν ή τυχόν αλλαγή σε άλλο κλάδο καθώς και εάν υπάρχουν δυνατότητες εξέλιξης στην υπάρχουσα θέση.
- Πόσο σημαντικό ρόλο παίζουν οι κυλιόμενες βάρδιες στη σωματική και ψυχολογική κόπωση των εργαζομένων.
- Γιατί οι διοικήσεις των οργανισμών - νοσοκομείων δεν κάνουν έρευνες στο προσωπικό τους για Σύνδρομο ΕΕ.
- Γιατί παρότι είναι γνωστό (μέσα από πολλές έρευνες) ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι υψηλού κινδύνου ομάδα εμφάνισης Συνδρόμου ΕΕ δεν έχουν παρθεί μέτρα πρόληψης.
- Μεγαλύτερη διερεύνηση μεταξύ περιφέρειας και αστικών κέντρων.
- Γιατί δεν γίνονται έρευνες στην Ελλάδα στα πληρώματα του ΕΚΑΒ για τον σύνδρομο ΕΕ, ενώ ανήκουν στους επαγγελματίες υγείας και εργάζονται σε στρεσογόνο περιβάλλον.
- Μήπως χρειάζεται μεγαλύτερη διερεύνηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με το ποιο τμήμα εργάζονται.
- Εάν οι εργαζόμενοι είναι διατιθέμενοι να αφιερώσουν χρόνο για να αντιμετωπίσουν την ΕΕ
- Εάν η βία που αντιμετωπίζουν οι διασώστες στην Ελλάδα σε ένα συμβάν έχει επιπτώσεις αυξήσεις της ΕΕ
- Πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η συμμετοχική διοίκηση και η ενιαία κουλτούρα ενός οργανισμού στο να εμφανιστεί το σύνδρομο.
- Εάν η οργανωσιακή κουλτούρα και οι υποκουλτούρες συμβάλουν στην ΕΕ θετικά ή αρνητικά.
- Εάν η πανδημία αύξησε τα επίπεδα ΕΕ στους ΕΥ λόγω φόρτου εργασίας

- Εάν η αβεβαιότητα για το μέλλον λόγω πανδημίας είναι παράγοντας αύξησης της ΕΕ στους διασώστες.
- Εάν τα ΜΑΠ βοηθούν στην μείωση του συνδρόμου λόγω ότι παρέχουν ασφάλεια.
- Εάν τα μεταβαλλόμενα πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση της πανδημικής κρίσης λειτούργησαν αρνητικά στην ψυχολογία των πρώτων ανταποκριτών.

Κεφάλαιο 7

7.1 Πρόταση για έρευνα

Πρόταση για μια ποσοτική επισκοπική έρευνα όπου όλοι οι εργαζόμενοι του δείγματος θα απαντήσουν στα ίδια ερωτήματα (κλειστού τύπου ερωτήσεις), σε ορισμένη χρονική διάρκεια (που θα είναι σχεδόν κοινή για αυτούς χωρίς μεγάλες εργασιακές διακυμάνσεις). Μέθοδος που με ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα θα μπορούμε να βγάλουμε στοιχεία για το σύνολο των διασωστών του ΕΚΑΒ.

Από τις απαντήσεις θα αναλύσουμε και θα περιγράψουμε τα αποτελέσματα, ενώ το κόστος της διεξαγωγής της θα είναι μικρό σε σύγκριση με μια συνέντευξη.

7.2 Ερευνητικοί στόχοι και επιλογή μεθόδου έρευνας

- 1) Συσχετισμός της ΕΕ με τα δημογραφικά στοιχεία, τον χώρο εργασίας, το κυκλικό ωράριο, την ασφάλεια στην εργασία καθώς και τις οικονομικές απολαβές
- 2) Εξεύρεση λύσεων για να περιοριστεί το φαινόμενο, καθώς και πρόωμη αναγνώριση και πρόληψη του φαινομένου
- 3) Ενημέρωση της διοίκησης για να λάβει οργανωτικά μέτρα
- 4) Βαθμός ΕΕ στα πληρώματα του ΕΚΑΒ.

7.3 Κύρια ερευνητική υπόθεση.

Η κύρια ερευνητική υπόθεση είναι η διερεύνηση του βαθμού ΕΕ στους επαγγελματίες υγείας μελετώντας τους εργαζόμενους του ΕΚΑΒ και η συσχέτιση με τους εργασιακούς παράγοντες και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Συγκεκριμένα θέλουμε να μελετήσουμε τη διαφορά ανάμεσα στα 2 φύλα, την ηλικία, τα έτη υπηρεσίας, την ικανοποίηση από το εργασιακό περιβάλλον και τις οικονομικές απολαβές.

Η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι εργασιακοί παράγοντες. Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι ο βαθμός ΕΕ.

Η υπόθεση είναι κατευθύνουσα, διότι μέσα από το ερώτημά μας συσχετίζουμε τη σχέση με το εργασιακό περιβάλλον και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά με τον βαθμό ΕΕ.

7.4 Οριοθέτηση πληθυσμού μελέτης και επιλογή δείγματος.

Το επιλεγόμενο δείγμα θα είναι οι διασώστες –πληρώματα ασθενοφόρου της ΚΥ του ΕΚΑΒ. Η συγκεκριμένη επιλογή γίνεται διότι το ΕΚΑΒ Αθηνών έχει τις περισσότερες κλήσεις πανελλαδικά. Οι εργαζόμενοι στην Αθήνα έχουν το μεγαλύτερο φόρτο εργασίας εν συγκρίσει με τους συνάδελφους τους σε άλλες πόλεις. Δουλεύουν σε κυλιόμενες βάρδιες και αρκετές φορές με ελάχιστες ώρες ανάπαυσης μεταξύ βαρδιών. Εργαζόμενοι με μικρούς μισθούς χωρίς να έχουν επιδόματα βαρέων και ανθυγιεινών. Με περιορισμένα εργαλεία για επίτευξη των υπηρεσιών τους.

Τα απευθείας ερωτηματολόγια με αναμονή για την παραλαβή τους, θα δοθούν στους εργαζόμενους κατά την περίοδο της απολύμανσης των ασθενοφόρων. Η απολύμανση γίνεται σε πλυντήριο από εξωτερικό συνεργείο στις εγκαταστάσεις του ΕΚΑΒ μια τουλάχιστον φορά την ημέρα. Ο χρόνος αναμονής είναι από 30 έως 45 λεπτά, όπου τα πληρώματα εκείνη την στιγμή περιμένουν σε αίθουσα εντευκτηρίου. Χρόνος ικανός για συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Η προσέλευση εντός δώρου υπολογίζεται περίπου σε 25 αυτοκίνητα. Με δεδομένο ότι δουλεύουν σε ζεύγος προσεγγίζουμε ένα δείγμα 50 ατόμων μόνο σε ένα δωρο.

7.5 Συλλογή δεδομένων και όργανο μέτρησης.

Οι ερωτήσεις θα είναι κλειστού τύπου, με δομημένες απαντήσεις που χρησιμοποιούν αριθμητική κλίμακα ή απαντήσεις τύπου ναι/όχι . Αυτή η μέθοδος βοηθάει στην κωδικοποίηση αλλά και στην στατιστική επεξεργασία, με γρήγορα, αξιόπιστα και οικονομικά σε κόστος αποτελέσματα.

Οι πρώτες ερωτήσεις θα είναι με ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικό και συμπεριφοράς και εν συνεχεία οι ερωτήσεις θα είναι από το MBI.

Τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα με εθελοντική συμμετοχή και προστασία προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με τον κανονισμό GPDR.

Κεφάλαιο 8

8.1 Συμπεράσματα

Πολυάριθμες μελέτες έχουν αναφέρει ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει σημαντικές επιπτώσεις στις επιδόσεις των επαγγελματιών και έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγειονομική περίθαλψη στο σύνολό της. Ειδικότερα, η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με κακή εργασιακή ικανοποίηση, συχνότερες ημέρες άδειας και ταχύτερη εναλλαγή προσωπικού, γεγονός που με τη σειρά του εμποδίζει την ποιότητα της περίθαλψης και την αποτελεσματικότητα της παροχής φροντίδας. (G. Klein ,1996)

Ως εκ τούτου, είναι ζωτικής σημασίας η πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των αρνητικών συνεπειών της, για κλινικούς, ηθικούς και κοινωνικούς λόγους.

Ειδικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, είναι απαραίτητο να αναγνωριστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση και επίσης να εντοπιστούν οι τρόποι αντιμετώπισής τους. Διαφορετικές μελέτες έχουν προτείνει σειρά μεθόδων για την πρόληψη ή τη μείωση της εξουθένωσης. Αυτές οι μέθοδοι μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: μεμονωμένες -ατομικές και οργανωτικές.

Επίσης όσο αφορά στην βία στο εργασιακό χώρο των υγειονομικών, και προκειμένου να διασφαλίσουμε ότι η προνοσοκομειακή φροντίδα παραμένει ζωτικός πόρος της κοινωνίας, πρέπει να προστατεύσουμε την ασφάλεια και την ευημερία των ανταποκρινόμενων, ξεκινώντας από τη βλάβη που προκαλείται από τους ίδιους τους ανθρώπους που επιδιώκουν να βοηθήσουν και τους παρευρισκόμενους.

Ένα από τα ερωτήματα της έρευνας ήταν αν υπήρχε διαφορά αναμεσα στα φύλα ως προς το πιο είναι πιο επιρρεπές στην επαγγελματική εξουθένωση. Στην παρούσα έρευνα, τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλό επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης και στα δύο φύλα. Η μοναδική μεταβλητή στην οποία παρουσιάστηκε διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα ήταν στην διάσταση της αποπροσωποποίησης. Οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τους άνδρες, που σημαίνει ότι βίωναν μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση και κατ' επέκταση μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση.

Αυτό μπορεί απλά να συμβαίνει και λόγω του τυχαίου δείγματος της έρευνάς μας, το οποίο αξίζει να σημειωθεί ότι έχει αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών όταν απευθύνεται σε νοσηλευτικό κλάδο, ενώ όταν απευθύνεται σε παραϊατρικούς και Ιατρούς οι άντρες υπερτερούν αριθμητικά. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες είναι πιο δεικτικές στο να συμμετέχουν σε έρευνες και να απαντούν σε ερωτηματολόγια, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει σαφής διαχωρισμός για το πιο από τα δυο φύλα υπερτερεί ή αμύνεται περισσότερο στην ΕΕ. Η αποπροσωποποίηση επηρεάζει τη συμπεριφορά των πληρωμάτων προς τους ασθενείς, τους συνάδελφους και το τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου που παραδίνουν τα περιστατικά, με συνέπεια να αυξάνεται η νευρικότητα μεταξύ τους να υπάρχει ένταση και να μην αξιολογείται η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς, να μην λαμβάνεται σωστό ιστορικό και κατά την παράδοση να μην υπάρχει επαρκής ενημέρωση για την ασθένεια ή τις πράξεις που έγιναν στον ασθενή . Η συνύπαρξη της εξουθένωσης στους διασώστες συνεπάγεται μειωμένη ικανοποίηση για τους διακομιζόμενους ασθενείς.

Μελετώντας τα έτη υπηρεσίας σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση, διαπιστώθηκε ότι όσα περισσότερα χρόνια υπηρεσίας είχαν οι ΕΥ τόσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα αποπροσωποποίησής τους. Στην έρευνα η συνιστώσα της συναισθηματικής εξάντλησης είναι χαμηλή για τους νέους επαγγελματίες με λίγα χρόνια υπηρεσίας, γεγονός πολύ φυσιολογικό εφόσον το δείγμα το αποτελούσαν κυρίως νέοι που ακόμα δε βίωσαν την εξουθένωση, αυτό όμως δεν αποκλείει την εμφάνιση του φαινομένου. Εντύπωση προκαλεί ότι το φαινόμενο είναι υπαρκτό ακόμη και κατά την περίοδο της αρχικής εκπαίδευσης εντός της σχολής. Χαμηλή προσωπική επίτευξη σημειώνουν οι εκπαιδευτικοί με πολλά χρόνια υπηρεσίας

Βιβλιογραφικά υπάρχει μια συσχέτιση αναμεσά στην οικογενειακή κατάσταση και την επαγγελματική εξουθένωση. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι παντρεμένοι σημειώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση από τους άγαμους (Pedersen, 1998). Οι έρευνες όμως δεν μπορούσαν να επιβεβαιώσουν κάτι τέτοιο. Πιθανότατα η έλλειψη συντρόφου για να μοιραστούν μαζί τους όσα τους προβληματίζουν και τους αγχώνουν σχετικά με την εργασία τους, λειτουργεί ποικιλοτρόπως. Σε ορισμένους ανθρώπους το να μην μοιράζονται τα προβλήματά τους δεν βοηθάει στο να αποσυμπιεστούν από το στρες ενώ σε άλλους, άγαμους κυρίως ,αυτό συμβάλει σε μέση αποπροσωποποίηση.

8.2 Συζήτηση

Η εξουθένωση προκαλείται από χρόνιο στρες στον εργασιακό χώρο, το οποίο δεν αντιμετωπίζεται με επιτυχία και χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις: 1) αίσθημα απώλειας ενέργειας ή κόπωσης. 2) αυξημένη ψυχική απόσταση από τη δουλειά, αρνητικά συναισθήματα ή απαισιοδοξία για τη δουλειά 3) μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα. (Maslach C, and Jackson SE, 1981)

Η εξουθένωση αναφέρεται συγκεκριμένα σε θέματα που σχετίζονται με την εργασία και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για την περιγραφή εμπειριών σε άλλους τομείς της ζωής. (WHO 2019)

Τα συμπτώματα εξουθένωσης περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, συχνές απουσίες από την εργασία, τάση εγκατάλειψης του επαγγέλματος, μειωμένη αυτοεκτίμηση και κατάχρηση ναρκωτικών ή αλκοόλ. (Maunz S and Steyrer J. 2001)

Το Burnout είναι στενά συνδεδεμένο με μειωμένη επιπέδου φροντίδα των ασθενών, αυξημένη συχνότητα των ιατρικών λαθών και σχετίζεται με την ασφάλεια των ασθενών.

Η επαγγελματική εξουθένωση επίσης μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ΕΥ. (Hartzband P and Groopman J, 2020)

Προσεγγίζοντας την έρευνα με μια γενικότητα, καταγράψαμε νέα ενδιαφέροντα πεδία στα οποία η ΕΕ αλληλοεπιδρά. Φέραμε στην επιφάνεια την βία στους επαγγελματίες υγείας και την ανασφάλεια των ασθενών, επιπλέον βρήκαμε τεχνικές αντιμετώπισης του συνδρόμου ΕΕ που εφαρμόζονται πάνω από 30 χρονιά στις ΗΠΑ, ενώ στην Ελλάδα δεν είναι ευρύτερα γνωστές. Αναγνώσαμε τις συστηματικές ανασκοπήσεις βιβλιογραφικά και θεωρητικά χωρίς να εμβαθύνουμε σε στατιστικά δεδομένα, γεγονός που μας έδωσε την ώθηση να εκφράσουμε νέα ερωτήματα και προτάσεις για νέες έρευνες οι οποίες περιγράφονται παρακάτω.

Κρίνεται σκόπιμο να γίνουν εκτενέστερες έρευνες στον υγειονομικό φορέα της Ελλάδας που προσφέρει προνοσοκομειακή φροντίδα, λόγω ελλিপών ερευνών σε αυτό τον κλάδο των υγειονομικών. Η πρώτη έρευνα θα πρέπει να αφορά στην μέτρηση της ΕΕ, όπως προτείνεται και στο κεφάλαιο 7. Εν συνέχεια εφόσον διαπιστωθεί ο βαθμός ΕΕ θα πρέπει να γίνουν στοχευμένες έρευνες που θα αφορούν στην ασφάλεια των ασθενών από ιατρικά

λάθη των ατόμων που έχουν «καεί», καθώς και μια επιστημονική έρευνα για τους σύγχρονους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι πρώτοι ανταποκριτές, τους τρόπους περιορισμού των κινδύνων και την εκμάθηση τεχνικών που θα τους επιτρέψουν να νιώσουν ασφαλείς κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Για τη διεξαγωγή ακριβών συμπερασμάτων θα ήταν χρήσιμο να γίνει διερεύνηση και συγκριτική αξιολόγηση και άλλων μεταβλητών οι οποίες μπορεί να επιδρούν και να επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση καθώς και τα ψυχικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας. Τέτοιες μεταβλητές μπορεί να είναι το οικογενειακό περιβάλλον, οι σχέσεις με άλλους συνάδελφους, η υποστήριξη που λαμβάνουν από την υπηρεσία, η αυτονομία και η αυτοάμυνα που αναπτύσσουν, οι ευκαιρίες προώθησης που έχουν στη δουλειά τους και μία σειρά άλλων παραγόντων.

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα πολυδιάστατο ψυχολογικό φαινόμενο, που συναντάται σε όλους τους τομείς των υγειονομικών υπηρεσιών, ως εκ τούτου οι μελλοντικές μελέτες θα ήταν χρήσιμο να εστιάσουν σε ποιοτικές έρευνες με τη μορφή συνέντευξης. Αυτό θα βοηθήσει ώστε να εντοπιστούν παράγοντες άγχους και ψυχικής νοσηρότητας όπως τους αντιλαμβάνεται ο επαγγελματίας υγείας που θα μελετηθεί.

Μέσα από τις συστηματικές ανασκοπήσεις διαπιστώσαμε ότι οι έρευνες που έχουν ετερογένεια στα δείγματα καθώς και στα εργαλεία μέτρησης, κατέληγαν σε εσφαλμένα αποτελέσματα, ως εκ τούτου στις μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να γίνεται μια ομαδοποιημένη προσέγγιση με κοινά εργαλεία, που θα μας επιτρέψει να προβούμε σε συγκρίσεις ώστε οι έρευνες να οδηγούνται σε ασφαλέστερα αποτελέσματα.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να βρεθούν και να προταθούν τεχνικές αντιμετώπισης του συνδρόμου της ΕΕ, οι υπεύθυνοι πολιτικής μαζί με τις διοικήσεις των οργανισμών να υιοθετήσουν αυτές τις ενέργειες και μέσα ακόμη και από την υποχρεωτικότητα, να προτρέψουν τους υπάλληλους να τις ακολουθήσουν.

Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο είναι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου ή των μονάδων υγείας ή των φορέων όπως το ΕΚΑΒ και αφορούν:

- Σύσταση ειδικών ομάδων με εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί), με σκοπό την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση των προβλημάτων με ψυχολογικές και σωματικές εκδηλώσεις.

- Εκπαίδευση σε διαδικασίες για τη βελτίωση της επικοινωνίας του ΕΥ με τον ασθενή ώστε να γίνει και το επόμενο βήμα για την κατανόηση της σημασίας να συμπαθεί τους ασθενείς, με τελικό σκοπό την επίλυση προβλημάτων της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.
- Οργάνωση σεμιναρίων και μέσα από την συνεχιζόμενη εκπαίδευση να προστεθούν ενότητες οι οποίες θα δίνουν έμφαση σε ειδικά θέματα αντιμετώπισης του εργασιακού στρες.
- Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, για αποσυμφόρηση καταστάσεων με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής φόρτισης. Όταν οι συμπεριφορές μεταφέρονται στο οικογενειακό περιβάλλον και εμποδίζουν την οικογενειακή γαλήνη, κρίνεται αναγκαίο να μπορούν να λαμβάνουν την ψυχολογική υποστήριξη και οι συγγενείς τους.
- Προώθηση μεθόδων για αναγνώριση των συμπτωμάτων και υποκίνηση των εργαζομένων να συμμετέχουν σε αυτές τις διαδικασίες.
- Δυνατότητα πολυμορφίας στις θέσεις εργασίας, με συχνές εναλλαγές, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη τη σύμφωνη γνώμη του εργαζομένου.
- Διενέργεια μελετών – ερευνών δειγματοληπτικά σε τακτικές περιόδους, με σκοπό την αποτύπωση του βαθμού της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους των μονάδων εποπτείας τους. Οι συνεντεύξεις κρίνονται αναγκαίες σε αυτούς τους εργαζόμενους που διατηρούν τα συμπτώματα, ακόμα και μετά από τις διορθωτικές παρεμβάσεις στις οποίες προβαίνει η διοίκηση, ώστε να αναγνωριστούν οι παράγοντες που την προκαλούν.
- Ενίσχυση της προσοχής των φορέων ώστε να αντλούν και να αποτυπώνουν άμεσα τα συμπτώματα του συνδρόμου, σε κάθε διοικητικό, νοσηλευτικό, ιατρικό και παραϊατρικό εργαζόμενο.
- Βελτίωση της οργάνωσης της εργασίας στον τομέα της εκτέλεσης έργου, με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες καθορισμένες από το καθηκοντολόγιο και το νομικό πλαίσιο.
- Ατομική και ομαδική εποπτεία των εργαζομένων με αμφίδρομη αξιολόγηση και ανατροφοδότηση.
- Ενθάρρυνση εξωτερικών συναντήσεων μεταξύ του προσωπικού εκτός εργασίας, για τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων που θα έχει θετικό αντίκτυπο και στην συνεργασία τους.

Το κόστος αυτών των τεχνικών μπορεί άμεσα να απορροφηθεί από τις ημέρες απουσίας των εργαζομένων και τις ποιοτικές υπηρεσίες που θα παρέχουν οι εργαζόμενοι σε συνδυασμό με τη μείωση των ιατρικών λαθών. Τα ιατρικά σφάλματα οδηγούν σε δικαστικούς αγώνες και στοιχίζουν σε αποζημιώσεις, καθώς είναι υπεύθυνα για μόνιμες βλάβες σωματικές ή ψυχικές τα οποία αυξάνουν σημαντικά το κόστος περίθαλψης. Ενδεικτική είναι μία ερευνά η οποία διενεργήθηκε το 2000 στο Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (NHS) και προσπάθησε να υπολογίσει το κόστος από κακές προσφερόμενες υπηρεσίας φροντίδας. Εκτιμάται ότι τα λάθη θα κοστίσουν στο NHS 1,3 δισεκατομμύρια £ σε δικαστικά έξοδα και 2 δισεκατομμύρια £ σε επιπλέον ημέρες αδειας που θα χρειαστεί να χορηγηθούν ετησίως, στους ΕΥ και στους ασθενείς ως αντιστάθμιση για αποκατάσταση των βλαβών. (Health Do 2000).

Συμπεραίνουμε λοιπόν πως πρώτα από όλα ο κάθε ένας επαγγελματίας υγείας ξεχωριστά θα πρέπει να αποβάλλει το στρες υιοθετώντας έναν υγιεινό τρόπο ζωής, θέτοντας την άσκηση στη ζωή του και προσπαθώντας να έχει όσο το δυνατόν καλύτερη κοινωνική ζωή και ελεύθερο χρόνο. Συνάμα, η οικογένεια και ο περίγυρος μπορούν να λειτουργήσουν υποστηρικτικά και προληπτικά έτσι ώστε να μην βιώσει την εξουθένωση. *«Στην ουσία, τα συμπτώματα της εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας, στη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες επιλογές και συνήθειες που έχει υιοθετήσει στη ζωή του».* (Μαλλιαρού 2010)

Τέλος, ως εξαιρετικά σημαντικό εργαλείο θετικής εξέλιξης κρίνεται το εργασιακό περιβάλλον. Αν καλλιεργείται κλίμα εμπιστοσύνης, αλληλοϋποστήριξης, σεβασμού και ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό πλαίσιο προστασίας και να αποτρέψει αποτελεσματικά την εμφάνιση και διαίωνιση περιστατικών εργασιακής εξουθένωσης.

8.3 Περιορισμοί της Έρευνας

Όσον αφορά τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν μπορούν να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας, λόγω των περιορισμών που θέτει η συγκεκριμένη έρευνα, η οποία απευθύνεται στο προνοσοκομειακό χώρο.

Το δείγμα της έρευνας, είναι ένας από τους παράγοντες που μπορεί να λειτουργήσει περιοριστικά στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, καθώς προέρχεται από διαφορετικές χώρες. Τα καθήκοντα, η εκπαίδευση, η οργανωτική δομή και ο εξοπλισμός ανάμεσα στα κράτη έχουν σημαντικές διαφορές. Επιπλέον, τα δείγματα της μελέτης μας έχουν μόνο μια συστηματική έρευνα από την περίοδο της πανδημίας. Η πανδημία έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στους υγειονομικούς, τόσο θετικές όσο και αρνητικές. Μέσα από την πανδημία αφενός ενισχύθηκε ο ρόλος τους και η αναγνώριση των υπηρεσιών τους, αφετέρου τα σωματικά αποθέματά τους δοκιμάστηκαν ή και εξαντλήθηκαν, με αποτέλεσμα να υπάρχουν μεταβολές στα επίπεδα της ΕΕ που βιώνουν.

Επομένως, για να εξαχθούν ευρύτερα συμπεράσματα, χρειάζεται η διεξαγωγή μιας έρευνας με μια περισσότερο αντιπροσωπευτική μέθοδο δειγματοληψίας σε περίοδο πανδημίας, και μια μέθοδο δειγματοληψίας όταν θα βρίσκεται σε ύφεση, ώστε να αναδειχθούν τα κατάλοιπα που θα έχει αφήσει.

Δήλωση χρηματοδότησης

Αυτή η έρευνα δεν έλαβε συγκεκριμένη επιχορήγηση από κανένα φορέα χρηματοδότησης στον δημόσιο, ιδιωτικό, εμπορικό ή μη κερδοσκοπικό τομέα.

Ηθική έγκριση

Η μελέτη μας βασίζεται σε δημοσιευμένα δεδομένα. Επομένως, η ηθική έγκριση δεν αποτελεί απαίτηση.

Δήλωση Αντικρουόμενων Συμφερόντων

Δεν δηλώνεται πιθανή σύγκρουση συμφερόντων σε σχέση με την έρευνα, τη συγγραφή και τη δημοσίευση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Μετα-ανάλυση

Αυτή η εργασία δεν έχει υποβληθεί σε μετα-ανάλυση λόγω της ετερογένειας των δειγμάτων.

Βιβλιογραφία.

Ελληνική βιβλιογραφία

- **Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1993).** *Επαγγελματική Εξουθένωση*. Αθήνα : Ψυχολογικά Θέματα.
- **Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1999).** *Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- **Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1986).** *Ψυχολογική Προσέγγιση των ατόμων με καρκίνο*. Αθήνα: Φλόγα.
- **Αργέντου, Α. (2009).** *Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία*. ΕΛΕΥΘΩ, [online] 1, σελ.25–30. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://ejournals.teiath.gr/index.php/eleutho/article/viewFile/3864/3576> (προσβάσιμη 30/9/2021)
- **Βιδάλης, Α. και Συγγελάκης, Μ. (2000).** *Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής - Nottingham Health Profile (NHP) - Ελληνική έκδοση*. Ιπποκράτεια, [online] 4(1), σελ.39–42. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://hippokratia.gr/images/PDF/4-1/579.pdf>
- **Γαλάνης Π.,(2017),** *Μεθοδολογία της Ερευνάς στις Επιστήμες Υγείας*, Αθήνα: εκδόσεις Κριτική.
- **Γούλα, Α. (2014).** *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση
- **Γαλάνης Π. (2009)** *Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Αθηνά 200926(6):826-841
- **Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ. και Αλεξιάς, Γ. (2015).** *Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής. Από την Θεωρία στην πράξη*. iatrikionline. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: https://www.iatrikionline.gr/Respiratory_49/5.pdf (προσβάσιμη 30/9/2021)
- **Δρίτσας, Σ. & Μουρτζούκου, Ε. (2009).** *Σύνδρομο Burnout*. Το περιοδικό των ιατρών: Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 95, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2004

- **Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.(2001)** : *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- **Ι. Καρούτσου, Θ. Λαμπρούσης, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, (2007).***Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας για τους εργαζόμενους στον τομέα της επείγουσας διακομιδής ασθενών*, (Εκτίμηση επικινδυνότητας εργασίας στη λειτουργία του Ε.Κ.Α.Β. Αθήνας), Πανεπιστήμιο Θράκης
- **Καδδά, Α. (2005).***Τρόποι διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία*. Επιθεώρηση Υγείας, 16, σελ.:23–26
- **Κάντας, Α. (1996).***Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας*, Ψυχολογία, 3, (2), σελ.:71-85.
- **Κάντας, Α. (1995).***Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- **Καρασσα Φ. Β (2006)***Αρχές και μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας* Επίκαιρο Θέμα ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ 2006,17(4):289- 297
- **Μακρής, Μ., Θεοδώρου, Μ. & Middleton, Ν. (2011).** *Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 28(2). Σ. 234-244.
- **Μάρκου, Π. (2005).** *Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων*, Επιθεώρηση Υγείας 16, σελ.:21–25
- **Μπουραντάς, Δ. (2002).** *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Μπένου.
- **Μπελλάλη Θ., Κοντοδημόπουλος Ν., Καλαφάτη Μ., και Νιάκας Δ. (2007).***Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών*, Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 24, (1), σελ.:75-84.
- **Μπελλάλη Θ.(2011)***Βασικές Αρχές και Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης Ποσοτικών Μελετών* ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Αθήνα 2011, 50(1): 10–22(γενικό άρθρο)
- **Μεταλληνού Ο. (2000)** *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων και των υπηρεσιών υγείας* τόμος 'Β Πάτρα ελληνικό ανοιχτόπανεπιστήμιο

- **Νάκου, Σ. (2001).***Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας Εφαρμογές στη παιδιατρική.* Αρχαία ελληνικής ιατρικής, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/254.pdf>(προσβάσιμη 30/9/2021)
- **Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1995).***Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- **Παπαλεξανδρή, Ν., & Μπουραντάς, Δ. (2003).***Διοίκηση ανθρώπινων πόρων.* Αθήνα: Μπένου.
- **Πανταζοπούλου-Φωτεινά, Α. (2003).***Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία: Εργασιακό περιβάλλον & ψυχικές επιπτώσεις .*Αθήνα: ΕΛΙΝΥΑΕ.
- **Πλεξουσάκης Μ. και Κουκόπουλος Π. (2020)***PHTLS ελληνική επιμέλεια 9ης έκδοσης* Αθηνά: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δ
- **Προεδρικό Διάταγμα αρ. 62/2007 (ΦΕΚ Α'αρ. 70/22.03.2007).**
- **Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Πιερράκος, Γ., Γούλα, Α., Πετράκος, Α., Γκιόκα, Β., Νικολαδός, Ι., Σπέης, Κ. και Λατσού, Δ. (2018).***Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας.* Αρχαία ελληνικής ιατρικής, [online] 35(5), σελ. 472–480. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.mednet.gr/archives/2018-4/pdf/472.pdf>(προσβάσιμη 30/9/2021)
- **Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., και Σούλης Σ. (2003).***Το Νοσοκομείο-Επιχείρηση: Εκσυγχρονισμός, Καινοτομία, Νεωτερικότητα. Επιθεώρηση Οικονομικών Επιστημών.* Αθήνα: εκδόσεις. Παπαζήση,
- **Σαρρής, Μ.(2001)** *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής* Αθήνα: εκδόσεις.Παπαζήση.
- **Σακοράφας Γ., Πλεξουσάκης Μ. και Κουκόπουλος Π. (2017)***PHTLS ελληνική επιμέλεια 8ηςστρατιωτικής έκδοσης* Αθηνά: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δ
- **Σουλιώτης, Κ. (2000).** *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας,* Αθήνα: εκδόσεις. Παπαζήση.
- **Συμεού, Μ. (2017).** *Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε νοσηλευτές.* Συστηματική ανασκόπηση | Νοσηλεία και Έρευνα. journal.nursingstudies.gr, [online] 8(47). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://journal.nursingstudies.gr/index.php/ncar-el/article/view/255>(προσβάσιμη 30/9/2021)

- **Υφαντόπουλος, Γ. και Σαρρής, Μ. (2001).** *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής Μεθοδολογία μέτρησης.* Αρχεία ελληνικής ιατρικής, [online] 18(3), σελ.218–229. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/218.pdf>(προσβάσιμη 30/9/2021)
- **Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2007).***Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο.* Αρχεία ελληνικής ιατρικής, [online] 24(1), σελ.6–18. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.mednet.gr/archives/2007-sup/pdf/6.pdf>
- **Υφαντόπουλος, Γ. (2001).***Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D.* Αρχεία ελληνικής ιατρικής, [online] 18(3), σελ.279–287. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/279.pdf>

Διεθνής βιβλιογραφία

- **Aiman-Smith L. (2004),** *What Do We Know about Developing and Sustaining a Culture of Innovation* ,free press
- **Avraham N, Goldblatt H, Yafe E.** *Paramedics' experiences and coping strategies when encountering critical incidents.* Qual Health Res. 2014/2/24 :194–208
- **Bährer-Köhler, S. (2013).** *Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working.* USA: Springer.
- **Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988).** *Μια απογραφή για τη μέτρηση του κλινικού άγχους: ψυχομετρικές ιδιότητες.* J Consult Clin Psychol. 1988, act 56 pp893.
- **Bentley MA, Nremt MS, Crawford JM. (2013)** *An assessment of depression, anxiety, and stress among nationally certified emergency medical services professionals.* Prehosp Emerg Care. 2013/9/17:330–338 pubmed
- **Barbee AP, Fallat ME, Forest R, McClure ME, Henry K, Cunningham MR. (2016)** *Emergency medical services perspectives on coping with child death in an out-of-hospital setting.* J Loss Trauma. 2016 voll21 issue6 :455–470.

- **Bondur, S. (2002).** *Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey*, Occupational Medicine. 52(6). P. 353-355.
- **Brian K. Evans (1993)** *The nature of burnout: A study of the three-factor model of burnout in human service and non-human service samples* Donald G. Fischer Volume 66, Issue 1 March 1993 Pages 29-38
- **Blau G, Bentley MA, Eggerichs PJ. (2012)** *Testing the impact of emotional labor on work exhaustion for three distinct emergency medical service (emergency medical services) samples*. Career Dev Int. 2012/23/2 voll 17. Issue 7
- **Burke, R. J., Richardsen, A.M., (1996),** *Stress, burnout and health*. In C.L. Cooper (Ed.), Handbook of stress. Medicine and Health (pp. 101-117) Boca Raton FL: CRC Press.
- **Cameron, K., Quinn, R. (2003).** *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on competing values framework*. San Francisco: Jossey-Bass.
- **Cox T. (1978),** *Stress*. London, Mcmillan
- **Cushway, D. (1992).** *Stress in Clinical Psychology Trainers*, British Journal of Clinical Psychology, 31, 169-179.
- **Cydulka RK, Lyons J, Moy A, Shay K, Hammer J, Mathews J (1989).** *A follow up report of occupational stress in urban EMT-paramedics* Ann Emergency Med 18:1151-1156
- **Demerouti, E., Bakker, A.B. (2008),** *The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement*, Nova Sciences, 65-78.
- **Dekker, S.W.A., Schaufeli, W.B. (1995),** *The Effects of Job Insecurity on Psychological Health and Withdrawal: A Longitudinal Study*, Australian Psychologist, 30(1), 57-63.
- **Dirk Van Dierendonck (1993)** *The construct validity of two burnout measures*, Free Press
- **Ginieri-Coccosis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V. and Christodoulou, G. (2012).** *Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and healthy Greek populations: Incorporating new culture-relevant items*. Psychiatriki, [online] 23(2), pp.130–142. Available at: <https://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/23.2-EN-2012-130.pdf>

- **Donnelly EA, Paul B, Davis M, Hedges C, Klingel M.** *Predictors of posttraumatic stress and preferred sources of social support among Canadian paramedics.* CJEM. 2016/5/18 pp:205–212.pubmed
- **Ford MT, Matthews RA, Wooldridge JD, Mishra V, Kakar UM, Strahan SR.(2014)** *How do occupational stressor-strain effects vary with time?: a review and meta-analysis of the relevance of time lags in longitudinal studies.* Work Stress. 2014 vol28: issue 1 :9–30
- **Jones, John W (1980)** *A Measure of Staff Burnout among Health Professionals* Free Press
- **Kimball B (2005).** *Cultural Transformation in Health Care,* The Robert Wood Johnson Foundation.
- **Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1990).** *On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout.* Journal of Applied Psychology, 75(6), 743–747
- **Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986).** *Maslach Burnout Inventory (Manual) (2nd Edition)* Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press. California.
- **Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981).** *The measurement of experienced burnout.* Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113
- **Maslach C., Jackson SE & Leiter MP. (1996)** *Maslach Burnout Inventory; Εγχειρίδιο 3^η έκδοση* University of California, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, ΗΠΑ
- **Morrison LK (2014)** *Coping techniques, world assumptions, and level of post-traumatic stress in emergency medical technicians [dissertation].* Massachusetts: ProQuest Dissertations Publishing
- **Mahony KL (2001).** *Management and the creation of occupational stressors in an Australian and a UK ambulance service.* Aust Health Rev, 24:135-145
- **Melamed, S., Kushnir, T. and Shirom, A. (1992).** *Burnout and Risk Factors for Cardiovascular Diseases.* Behavioral Medicine, [online] 18(2), pp.53–60. Available at: https://www.researchgate.net/figure/Shirom-Melamed-Burnout-Measure-Items-1-I-feel-tired-2-I-have-no-energy-for-going-to_tbl1_21763927(προσβάσιμη 19/08/2021)
- **Micklevitz, S. (2001).** *Professional burnout in the park and recreation profession.* Illinois. Periodicalsonline.

- **Moradi, T., Maghaminejad, F. and Azizi-Fini, I. (2014).** *Quality of working life of nurses and its related factors. Nursing and midwifery studies*, [online] 3(2), p.e19450. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228533/>
- **Moran C. & Britton NR. (1994).** Emergency work experience and reactions to traumatic incidents. *J Trauma Stress*. 2009/10/7:575–585.
- **Pines, A.M., Aronson, E., Kafry, D. (1981).** *Burnout: From tedium to Personal Growth*, Free Press, New York.
- **Pines, A., & Aronson, E. (1988).** *Career burnout: Causes and cures*. Free Press.<https://psycnet.apa.org/record/1988-98289-000>
- **Pines, A.M. (1996).** *Couple burnout*. New York: Routledge
- **Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M.M. and De Marinis, M.G. (2011).** (PDF) *A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy*. *ClinTer*, [online] 163(3), pp.99–103. Available at: https://www.researchgate.net/publication/51455603_A_brief_history_of_the_Quality_of_Life_its_use_in_medicine_and_in_philosophy/ (προσβάσιμη 19/08/2021)
- **Prior R. (2019).** *Burnout is an official diagnosis, World Health Organization says*. In CNN. (προσβάσιμη 19/08/2021) προσβάσιμη στο <https://www.cnn.com/2019/05/27/health/who-burnout-disease-trnd/index.html>
- **Regehr CG, Goldberg G, Hughes J. (2002)** *Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. Am J Orthopsychiatry*. 2002/10/1 72:505–513.pubmed
- **Rondeau K., Wagar T (1999).** *Hospital choices in times of cutback: the role of organizational culture*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*
- **Spaite DW, Criss EA, Valenzuela TD, Guisto J.** *Emergency medical service systems research: problems of the past, challenges of the future*. *Ann Emerg Med*. 1995 Aug;26(2):146–52
- **Shajahan, D. S. & Shajahan, L. (2004)** *Organization behavior*. New Age International Publications
- **Schaufeli & Enzmann, (1998)** *The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis* εκδόσεις Wilmar Schaufeli, D. Enzmann

- **Schein, H. E. (1980).** *Organizational psychology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs,
- **Sveinsdóttir H. (2006).** *Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts*. Eiríksgötu, Reykjavík, Iceland. Scand J Caring Sci. Jun;20(2):229-37.
- **Suleiman, K., Hijazi, Z., Al Kalaldehy, M. and Abu Sharour, L. (2019).** *Quality of nursing work life and related factors among emergency nurses in Jordan*. Journal of Occupational Health, [online] 61(5), pp.398–406. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6718837/>
- **Wilmar B. Schaufeli & Dirk Van Dierendonck (1993)** *The construct validity of two burnout measures* περιοδικά Journal Organizational Behavior Volume 14, Issue 7 December 1993 Pages 631-647
- **Wang, L., Wang, X., Liu, S. and Wang, B. (2020).** *Analysis and strategy research on quality of nursing work life*. Medicine, [online] 99(6). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7015641/> (προσβάσιμη 19/08/2021)
- **Wu S., H. Li, X. Wang, S. Yang, H. Qiu (2011)** *A comparison of the effect of work stress on burnout and quality of life between female nurses and female doctors* Arch. Environ. Occup. Health, 66, pp. 193-200

Ιστοσελίδες

- **E.K.A.B. (2021).** <https://www.ekab.gr/> (προσβάσιμη 19/08/2021)
- **Νόμος 1579/1985 - ΦΕΚ 217/Α/23-12-1985 (Κωδικοποιημένος) Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας - e-nomothesia.gr.** <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1579-1985.html> (προσβάσιμη 31/8/2021)
- **Υπουργείο Υγείας, Εποπτευόμενοι φορείς,** <http://www.moh.gov.gr/articles/health/c25-epopteyomenoi-foreis/129-foreis> (προσβάσιμη 30/8/2021)

- **Ζαμπίνε Κίνκαρτζ(2021)** *Ο κορονοϊός φέρνει άγχος και εξάντληση* Επιμέλεια: Δήμητρα Κυρανούδη, διαθέσιμο στην <https://www.in.gr/2021/06/25/world/deutsche-welle/o-koronoios-fernei-agchos-kai-eksantlisi/>(προσβάσιμη 10/9/2021).
- **Έρευνα(2021):** *Η πανδημία επιδείνωσε το εργασιακό burnout*, the Lifo team πηγή CNN διαθέσιμο στην <https://www.lifo.gr/now/world/ereyna-i-pandimia-epideinose-ergasiako-burnout>(προσβάσιμη 20/9/2021).
- **Burdorf, A., Porru, F. and Rugulies, R. (2020). The COVID-19 (Coronavirus) pandemic: consequences for occupational health.** *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, [online] 46 (3): 229-230. Διαθέσιμη στην: https://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3893 (προσβάσιμη 30/9/2021).
- **PUBMED, Burnout Symptom, (2013).** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072470/> (προσβάσιμη 30/8/2021.)
- **Gómez-Urquiza, J.L., De la Fuente-Solana, E.I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E.M. and Cañadas . -De la Fuente, G.A. (2017).** Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse*, [online] 37e(5), pp.e1–e9. Διαθέσιμη στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28966203/> (προσβάσιμη 30/9/2021.)
- **Who.int. (2012).** WHO | WHOQOL: Measuring Quality of Life. [online] Available at: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> (προσβάσιμη 30/9/2021.)
- **World Health Organization. (May 28, 2019).** *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. In World Health Organization. Διαθέσιμη στο: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ (προσβάσιμη 30/9/2021.)

Βιβλιογραφία και σύνδεσμοι ερευνών

1.

Ali Sahebi, Mohamad Golitaleb and Katayoun Jahangiri1 (2021)
Occupational Burnout in Pre-Hospital Emergency Personnel in Iran: A

Systematic Review and Meta-Analysis. Iran J Nurs Midwifery Res. 2021 Jan-Feb; 26(1): 11–17 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8074727/>

2. **Tom Sterud, Øivind Ekeberg & Erlend Hem (2006)** *Health status in the ambulance services: a systematic review*. BMC Health Services Research volume 6, Article number: 82 (2006)
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-82>

3. **Matthew Reardon, BHSc (Paramedicine), Student; Raquel Abrahams, BHSc (Paramedicine), Student; Liz Thyer, PhD (Melb), Senior Lecturer; Associate Dean Learning and Teaching; Paul Simpson, PhD, Senior Lecturer.**(2020) *Review article: Prevalence of burnout in paramedics: A systematic review of prevalence studies* Wiley Online Library, Volume 32, Issue 2 Pages 182-189 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1742-6723.13478?casa_token=wR3OiDKLA-8AAAAA%3ALnjlZPrQ1Cjg9p7d4xauPbTX0MXeG2ZRBqOdqf9ffEU7HSDIY7k1ihfAsg1BrsusVOJEs8i2zIK4KU37

4. **Jef Adriaenssens, Véronique De Guchtband Stan Maesc (2015)** *Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research* International Journal of Nursing Studies, Volume 52, Issue 2, February 2015, Pages 649-661 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914002983>

5. **Qin Zhang, MD, Ming-chun Mu MD, Yan He MD, Zhao-lun Cai, MD, and Zheng-chi Li, (2020)** *Burnout in emergency medicine physicians A meta-analysis and systematic review* Medicine (Baltimore). 2020 Aug 7; 99(32): e21462. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7593073/>

6. **Brett Williams, Rosalind Lau, Emma Thornton, and Lauren S Olney (2017)**
The relationship between empathy and burnout – lessons for paramedics: a scoping review Psychol Res Behav Manag. 2017; 10: 329–337.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5708197/>

7. **Louise H. Hall, Judith Johnson, Ian Watt, Anastasia Tsipa, and Daryl B. O’Connor(2016)***Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review* PLoS One. 2016; 11(7): e0159015<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4938539/>

8. **Regan M. Murray, Andrea L. Davis, Lauren J. Shepler, Lori Moore-Merrell, William J. Troup, Joseph A. Allen, Jennifer A. Taylor(2019)***A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders* journals. Sage pub, Vol 29, Issue 4, 2020<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1048291119893388>

9. **Mehrdad Sharifi, Ali Akbar Asadi-Pooya, and Razieh Sadat Mousavi-Roknabadi1,(2021)***Burnout among Healthcare Providers of COVID-19; a Systematic Review of Epidemiology and Recommendations* Arch Acad Emerg Med. 2021; 9(1): e7.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7812159/>

10. **Natalie Baier, corresponding author Karsten Roth, Susanne Felgner, and Cornelia Henschke1 (2018)** *Burnout and safety outcomes - a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany* BMC Emerg Med. 2018; 18: 24.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6102842/>

Συμπληρωματική Βιβλιογραφία εντός συστηματικών ερευνών

- **Sorour, M. & El-Maksoud** *Relationship between musculoskeletal disorders, job demands, and burnout among emergency nurses* Adv. Emerg. Nurs. J., 34 (2012), pp. 272-282
- **Aromaa, S. & Koskinen** *Health and Functional Capacity in Finland: Baseline Results of the Health 2000 Examinations Survey KTL-National Public Health Institute, Helsinki (2004)*
- **Astrom S, Nilsson M, Norberg A, Winblad B. (1990)** *Ενσυναίσθηση, εμπειρία εξουθένωσης και στάσεις απέναντι σε άτομα με άνοια, μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού γηριατρικής φροντίδας.* J Adv Nurs. Act.15 pp1236–1244
- **Audrey Moukarzel, Pierre Michelet, Anne-Claire Durand, Mustapha Sebbane, Stéphane Bourgeois, Thibaut Markarian, Catherine Bompard, Stéphanie Gentile (2019)** *Burnout syndrome among emergency department staff: prevalence and associated factors.* Biomed Res 21.01.2019. [PubMed]
- **Atefeh Soltanifar, Elham Pishbin, Negin Attaran Mashhadi, Mona Najaf Najafi, Maryam Siahtir (2018)** *Burnout among female emergency medicine physicians: A nationwide study* Emerg Med Australas 2018; 30 :517-22. [PubMed]
- **Bülent Erdur, Ahmet Ergin, Aykut Yüksel, İbrahim Türkçüer, Cüneyt Ayrik, Bora Boz (2015)** *Assessment of the relation of violence and burnout among physicians working in the emergency departments in Turkey.* Ulus Travma Acil Cerrahi Derg-Turk J Trauma Emerg Surg 2015/5/21: 175–181. (Google Scholar | Medline)
- **Bakker, E. Demerouti, M. Euwema** *Job resources buffer the impact of job demands on burnout* J. Occup. Health Psychol., 10 (2005), pp. 170-180
- **Boland LL, Kinzy TG, Myers RN, Fernstrom KM, Kamrud JW, Mink PJ, et al.** *Burnout and exposure to critical incidents in a cohort of emergency medical services workers from Minnesota.* West J Emerg Med. 2018/9/19 pp.987–95.

- **Bradham KM.** *Empathy and Burnout in Nurses* [διατριβή] Chicago, IL: Faculty of Institute for Clinical Social Work 2008.
- **Bernaldo-De-Quiros M., Piccini AT., Gomez MM., et al.** *Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey.* Int J Nurs Stud 2015; 52: 260–270. Google Scholar | Crossref | Medline
- **Barello S., Palamenghi L., Graffigna G.** *Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic.* Psychiatry Res. 2020;290: 113129. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- **Crowe RP, Bower JK, Cash RE, Panchal AR, Rodriguez SA, Olivo-Marston SE.** *Association of burnout with workforce-reducing factors among EMS professionals.* Prehosp. Emerg. Care 2018/2/22 pp 229–36
- **Clegg J** *Occupational stress in nursing: a review of the literature.* J Nurs. Manage. 9 (2001), pp. 101-106
- **C. Kipping** *Stress in mental health nursing* Int. J. Nurs. Stud., 37 (2000), pp. 207-218
- **C. Hooper, J. Craig, D. Janvrin, M. Wetsel, E. Reimels** *Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties* J. Emerg. Nurs, 36 (2010), pp. 420-427
- **C. Potter** *To what extent do nurses and physicians working with emergency department experience burnout: a review of the literature* Aust. Emerg. Nurs. J., 9 (2006), pp. 57-64
- **D. Alexander & S. Klein** *Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being* Br. J. Psychiatry, 178 (2001), pp. 76-81
- **D. Gates, G. Gillespie, and P. Succop** *Violence against nurses and its impact on stress and productivity* Nurs. Econ., 29 (2011), pp. 59-67
- **Dyrbye L.N., F.S. Massie, A. Eacker (2010)** *Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students* JAMA, 304 , pp. 1173-1180.
- **De Simone S., Vargas M., Servillo G.** *Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis.* Aging clinical and experimental research. 2019:1–12. [PubMed] [Google Scholar]

- **Dimitriu MCT., Pantea-Stoian A., Smaranda AC., Nica AA., Carap AC., Constantin VD., et al.** *Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic.* Med Hypotheses. 2020;144: 109972. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- **Freidson E (1972.)** Harvard_business_review_για την ηγεσία σελ. 177-192
- **Fessell D., Cherniss C.** *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness.* J Am Coll Radiol. 2020;17(6):746–8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- **F. Ergun, N. Oran, C. Bender** *Quality of life of oncology nurses Cancer Nurs.,* 28 (2005), pp. 193-199
- **Erdur B., Ergin A., Yuksel A.** *Assessment of the relation of violence and burnout among physicians working in the emergency departments in Turkey.* Ulus Travma Acil Cerrahi Derg-Turk J Trauma Emerg Surg 2015; 21: 175–181. Google Scholar | Medline
- **Freudenberger HJ (1986).** *The issues of staff burnout in therapeutic communities.* J Psychoactive Drugs. Act 18 pp .247–251
- **Goleman, D. (1995).** *Emotional Intelligence.* NY: Bantman Books.
- **Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002).** *Ο Νέος Ηγέτης- Η δύναμη της συναισθηματικής νοημοσύνης στη διοίκηση οργανισμών.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- **Garcia-Izquierdo M., M. Rios-Risquez** *The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency department: an exploratory study* Nurs. Outlook, 60 (2012), pp. 322-329
- **Gormley MA., Crowe RP., Bentley MA.** *A national description of violence toward emergency medical services personnel.* Prehosp Emergency Care 2016; 20: 439--447. doi: 10.3109/10903127.205.1128029 Google Scholar | Crossref | Medline
- **Gronseth GS., Woodroffe LM., Getchius TS.** *Clinical practice guideline process manual.* St Paul: MN: American Academy of Neurology; 2011. [Google Scholar]

- **Hartzband P, Groopman J. (2020)** *Physician Burnout, Interrupted*. N Engl J Med. Act 382(26) pp2485–7.
- **Health Do (2000)**. *An Organisation with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS* Chaired by the Chief Medical Officer: The Stationery Office London.
- **Hu D., Kong Y., Li W., Han Q., Zhang X., Zhu LX., et al.** *Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study*. EClinical Medicine. 2020;24:100424. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- **Houtman, W. Schaufeli, T. Taris** *Psychische Vermoeidheid en Werk Samson*, Alphen a/d Rijn (2000)
- **H. Hasselhorn, P. Tackenberg, B. Müller** *Working Conditions and Intent to Leave the Profession among Nursing Staff in Europe* National Institute for Working Life, Stockholm (2003)
- **Haslam N (2007)**. *Humanizing medical practice: the role of empathy*. Med J Aust. act187 pp 381–382.
- **Hammer JS, Mathews JJ, Lyons JS, Johnson NJ.** *Occupational stress within the paramedic profession: An initial report of stress levels compared to hospital employees*. Annals of emergency medicine. 1986;15(5):536–9. [PubMed] [Google Scholar]
- **Infantino, JA** *Controlling violent patients*. Emerg Med Serv 1984; 13: 23–26. Google Scholar | Medline
- **Iacovides, K. Fountoulakis, C. Moysidou, C. Ierodiakonou** *Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout* Int. J. Psychiatry Med., 29 (1999), pp. 421-433
- **Juliá-Sanchis R, Richart-Martínez M, García-Aracil N, José-Alcaide L, Piquer-Donat T, Castejón-de-la-Encina ME.** *Measuring the levels of burnout syndrome and empathy of Spanish emergency medical service professionals*. Australas Emerg Care. 2019/9/22 pp.193–9

- **James Kimo Takayesu, Edward A Ramoska, Ted R Clark, Bhakti Hansoti, Joseph Dougherty, Will Freeman, Kevin R Weaver, Yuchiao Chang, Eric Gross (2014)** *Factors associated with burnout during emergency medicine residency* Acad Emerg Med 2014/9/21:1031–5. [PubMed]
- **Jennifer A Taylor , Brittany Barnes , Andrea L Davis, Jasmine Wright, Shannon Widman, Michael LeVasseur.** *Expecting the unexpected: a mixed methods study of violence to EMS responders in an urban fire department.* Am J Ind Med 2016; 59: 150–163. Google Scholar | Crossref | Medline | ISI
- **Koritsas S., Boyle M., Coles J.** *Factors associated with workplace violence in paramedics.* Prehosp Disaster Med 2009; 24: 417–421. Google Scholar | Crossref | Medline
- **Kalemoglu M, Keskin O.** *Burnout syndrome at the emergency service.* Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2006/4/14 pp.37–40. [Google Scholar]
- **Kant, N. Jansen, L. Van Amelsfoort, D. Mohren, G. Swaen** *Burnout in de werkende bevolking? resultaten van de Maastrichtse Cohort Studie. (Burnout Among the Working Population. Results of the Maastricht Cohort Study)* Gedrag en Organisatie, 17 (2004), pp. 5-17
- **Klein G. (1996)** *The effect of acute stressors on decision making* J. Driskell, E. Salas (Eds.), *Stress and Human Performance*, Psychology Press, London, pp. 49-88 Applied Psychology Series
- **T.S. Kristensen, M. Borritz, E. Villadsen, K.B. Christensen (2005)** *The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout* Work Stress, 19 pp. 192-207
- **Kannampallil TG., Goss CW., Evanoff BA., Strickland JR., McAlister R.P, Duncan J.** *Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout.* PLoS One. 2020;15(8): e0237301. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- **K. Lindblom, S. Linton, C. Fedeli, I. Bryngelsson** *Burnout in the working population: relations to psychological work factors* Int. J. Behav. Med., 13 (2006), pp. 51-59

- **L. Poghosyan, S. Clarke, M. Finlayson, L. Aiken** *Nurse burnout and quality of care: a cross-national investigation in six countries* Res. Nurs. Health, 33 (2010), pp. 288-298
- **L. Aiken, S. Clarke, D. Sloane, J. Sochalski, J. Silber** *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction* JAMA, 288 (2002), pp. 1987-1993
- **L. Browning, C. Ryan, S. Thomas, M. Greenberg, S. Rolniak** *Nursing specialty and burnout* Psychol. Health Med., 12 (2007), pp. 248-254
- **L. Poghosyan, L. Aiken, D. Sloane** *Factor structure of the Maslach burnout inventory: an analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries* Int. J. Nurs. Stud., 46 (2009), pp. 894-902
- **Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S (2014).** *To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice.* BMC Fam Pract. pp15:15.
- **Lewis, E.** *Violence: outside the safety of the hospital.* Health Soc Serv J 1978; 88: 1252–1253. (Google Scholar | Medline)
- **D.S. Ludwig, J. Kabat-Zinn** *Mindfulness in medicine* JAMA, 300 (11) (2008), pp. 1350-1352
- **M. Borritz, R. Rugulies, K. Christensen, E. Villadsen, T.S Kristensen** *Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study* Occup. Environ. Med., 63 (2006), pp. 98-106
- **Maslach C. & M. Leiter** *Early predictors of job burnout and engagement* J. Appl. Psychol., 93 (2008), pp. 498-512
- **Maslach C. & Jackson SE (1981).** *The measurement of experienced burnout.* J Organ Behav. Act 2 pp 99–113
- **Mark G., & A. Smith** *Stress models: a review and suggested new direction* J. Houdmont, S. Leka (Eds.), Occupational Health Psychology, Nottingham University Press, Nottingham (2008), pp. 111-144
- **Mackintosh C** *Protecting the self: a descriptive qualitative exploration of how registred nurses cope with working in surgical areas* Int. J. Nurs. Stud., 44 (2007), pp. 982-990

- **M. Leiter, S. Gascòn, B. Martinez-Jarreta** *Making sense of work life: a structural model of burnout* J. Appl. Soc. Psychol., 40 (2010), pp. 57-75
- **M. Mealer, A. Shelton, B. Berg, B. Rothbaum, M. Moss** *Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses* Am. J. Respir. Crit. Care Med., 175 (2007), pp. 693-697
- **McVicar** *Workplace stress in nursing: a literature review* J. Adv. Nurs., 44 (2003), pp. 633-642
- **Maunz S and Steyrer J. (2001)** *Burnout syndrome in nursing: etiology, complications, prevention* Wien Klin Wochenschr. Act 113(7-8) pp296–300
- **McGonagle, J. Barnes-Farell, L. Di Milia, F. Fischer, B. Hobbs, I. Iskra-Golec.** *Demands, resources, and work ability: a cross-national examination of health care workers* Eur. J. Work Org. Psychol., 22 (2013), pp. 1-17
- **E. Moustaka, & T. Constantinidis** *Sources and effects of work-related stress in nursing* Health Sci. J., 4 (2010), pp. 210-216
- **Moukarzel A, Michelet P, Durand AC, Sebbane M, Bourgeois S, Markarian T, Bompard C, Gentile S. (2019)** *Burnout syndrome among emergency department staff: Prevalence and associated factors.* Biomed Res Int.
- **M. Poncet, P. Toullic, L. Papazian, N. Kentish-Barnes, J. Timsit, F. Pochard,** *Burnout syndrome in critical care nursing staff* Am. J. Respir. Crit. Care Med., 175 (2007), pp. 698-704
- **Mock EF. , Wrenn KD. & Wright SW.** *Prospective field study of violence in emergency medical services calls.* Ann Emerg Med 1998; 32: 33–36. (Google Scholar | Crossref | Medline | ISI)
- **Nordberg, M.** *In harm's way.* Emerg Med Serv 1992; 21: 23–24, 26, 28, 29, 32, 38, 39. Google Scholar | Medline
- **Nirel N, Goldwag R, Feigenberg Z, Abadi D, Halpern P. Stress (2008)** *work overload, burnout, and satisfaction among paramedics in Israel.* Prehosp. Disaster Med. Act 23 pp537–46
- **Organization WHO (2019).** *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases 2019. Available from:*

https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ (προσβάσιμη 31/10/2021)

- **Pfefferbaum B, North CS.** *Mental health, and the Covid-19 pandemic.* New England Journal of Medicine. 2020 [Google Scholar]
- **P. Perrewé, K. Zellars** *An examination of attributions and emotions in the transactional approach to the organizational stress process* J. Org. Behav., 20 (1999), pp. 739-752
- **PubMed, The Lancet (2019).** *Physician burnout: a global crisis.* Lancet. 2019/07/13, 394:93. [PubMed] διαθέσιμο στο <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305255/>
- **Paola Ferri 1, Eleonora Guerra, Luigi Marcheselli, Laura Cunico, Rosaria Di Lorenzo** *Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students* Acta Biomedica. 2015; 86:104–115. [PubMed]
- **Pozzi C.** *Exposure of prehospital providers to violence and abuse.* J Emerg Nurs 1998/2/24: 320–323. (Google Scholar | Crossref | Medline)
- **Pedersen, S (1998).** *Teacher burnout in America: A study of one public and two private schools.* The Norwegian University of science and technology.
- **D. Reis, D. Xanthopoulou, I. Tsaousis** *Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): factorial invariance across samples and countries* Burn Res, 2 (1) (2015), pp. 8-18
- **R. Pisanti, M. Van der Doef, S. Maes, D. Lazzari, M. Bertini** *Job characteristics, organizational conditions, and well-being among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison* Int. J. Nurs. Stud., 48 (2011), pp. 829-837
- **Stassen W, Van Nugteren B, Stein C.** *Burnout among advanced life support paramedics in Johannesburg, South Africa.* Emerg. Med. J. 2013/5/30 pp.331–4.
- **Smith, C. Brice, A. Collings, R. McNamara, V. Matthews** *Scale of Occupational Stress: A Further Analysis of the Impact of Demographic Factors and Type of Job* HSE, London (2000)
- **S. Wu, H. Li, X. Wang, S. Yang, H. Qiu** *A comparison of the effect of work stress on burnout and quality of life between female nurses and female doctors* Arch. Environ. Occup. Health, 66 (2011), pp. 193-200

- **S. Norlund, C. Reuterwall, J. Höög, B. Lindahl, U. Janlert, L. Slunga**
Brigander Burnout, working conditions and gender—results from the northern Sweden MONICA Study BMC Public Health, 10 (2010), pp. 326-331
- **Squires, H.L. Aiken, K. Van den Heede, W. Sermeus, L. Bruyneel, R. Lindqvist, L. Schoonhoven, I. Stromseng, R. Busse, T. Brzostek, A. Ensio, M. Moreno-Casbas, A.M. Rafferty, M. Schubert, D. Zikos, A. Matthews**
A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies Int. J. Nurs. Stud., 50 (2013), pp. 264-273
- **Sorour, M. El-Maksoud**
Relationship between musculoskeletal disorders, job demands, and burnout among emergency nurses Adv. Emerg. Nurs. J., 34 (2012), pp. 272-282
- **Schwartz R.J. Benson L., Jacobs LM.**
The prevalence of occupational injuries in EMTs in New England. Prehosp Disaster Med 1993/7/ 8: 45–50. Google Scholar | Crossref | Medline
- **Suserud BO., Blomquist M., Johansson I.**
Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. Accid Emerg Nurs 2002; 10: 127–135. Google Scholar | Crossref | Medline
- **Sterud T, Ekeberg O & Hem E.**
Health status in the ambulance services: a systematic review. BMC Health Serv Res 2006; 6: 82. Google Scholar | Crossref | Medline
- **Sung C-W., Chen C-H., Fan C-Y., Su F-Y., Chang J-H., Hung C-C., et al.**
Burnout in Medical Staffs During a Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. Available at SSRN. 3594567:2020. [Google Scholar]
- **Sahin T., Aslaner H., Eker OO., Gokcek MB., Dogan M.**
Effect of COVID-19 pandemic on anxiety and burnout levels in emergency healthcare workers: a questionnaire study. 2020 [Google Scholar]
- **M.T. Shiralkar, T.B. Harris, F.F. Eddins-Folensbee, J.H. Coverdale**
A systematic review of stress-management programs for medical students Acad Psychiatry, 37 (3) (2013), pp. 158-164
- **Thyer L, Simpson P, Nugteren BV.**
Burnout in Australian paramedics. Int. Paramed. Pract. 2018/2/8: pp.48–55

- **Tuesca-Molina R, Urdaneta M, Lafaurie M, Torres G, Serpa D. (2006)** *Burnout syndrome in nurses of the metropolitan area of Barranquilla. Salud Uninorte.*
- **Thirioux B, Birault F, Jaafari N.(2016)** *Empathy is a protective factor of burnout in physicians: new neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship.* Front Psychol. 2016/7/7: 1–11. Article 763. [PMC Free article]
- **Taleghani F, Ashouri E, Saburi M.** *Empathy, burnout, demographic variables and their relationships in oncology nurses.* Iran J Nurs Midwifery Res. 2017
- **Tintinalli JE. & McCoy M.** *Violent patients and the prehospital provider.* Ann Emerg Med 1993; 22: 1276–1279. (Google Scholar | Crossref | Medline)
- **T. Gelsema, M. Van der Doef, S. Maes, M. Janssen, S. Akerboom, C. Verhoeven** *A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences* J. Nurs. Manage., 14 (2006), pp. 289-299
- **Xin-Nan Song, Jian Shen, Wei Ling, Hai-Bin Ling, Yan-Mei Huang, Ming-Hui Zhu, Xue-Zhi Hong, Ke-Ke Yang, Min Wang, Hai-Lu Zhao (2015)** *Sudden deaths among Chinese physicians.* Chinese Med J 2015.5.09, 128:3251–3. [PubMed]
- **Van E. der Ploeg, R. Kleber** *Ingrijpende gebeurtenissen op het werk en chronische stressoren* Gedrag Organ., 14 (2001), pp. 142-151
- **Van E. der Ploeg, R. Kleber** *Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms* Occup. Environ. Med., 60 (2003), pp. i40-i46
- **Vettor SM. & Kosinski FA.** *Work-stress burnout in emergency medical technicians and the use of early recollections.* J Employ Counsel 2000; 37: 216–228.
- **W. Eriksen** *Practice area and work demands in nurses' aides: a cross-sectional study* BMJ Public Health, 6 (2006), p. 97

- **W. Schaufeli, D. & Van Dierendonck A** *cautionary note about cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach burnout inventory* Psychol. Rep., 76 (1995), pp. 1083-1090
- **Williams B, Boyle M, Fielder C (2015).** *Empathetic attitudes of undergraduate paramedic and nursing students towards four medical conditions: a three-year longitudinal study.* Nurse Education Today. Act 35 pp14–18.
- **J.M.G. Williams, J. Kabat-Zinn (2011)** *Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma* Contemp Buddhism, 12 (pp. 1-18)
- **Wu Y., Wang J., Luo C., Hu S., Lin X., Anderson AE., et al.** *A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China.* J Pain Symptom Manage. 2020; 60(1): e60–e5. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- **Πηγή φωτογραφίας σελίδας 8 :** ελεύθερη στο διαδίκτυο