

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας

Η επαγγελματική εξουθένωση (ΕΕ), ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις-κλειδιά (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων), φαίνεται να εμφανίζεται συχνά μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών. Ακόμη, έχουν αναδειχθεί πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες. Οι επιπτώσεις της όμως δεν αφορούν μόνο στην ευεξία των επαγγελματιών υγείας αλλά και στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, αφού μελέτες έχουν δείξει ότι η ΕΕ επιδρά αρνητικά στην ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών, στην ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, καθώς και στην έκβαση της υγείας τους. Η ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης της ΕΕ είναι επιτακτική. Για την αντιμετώπισή της έχουν εφαρμοστεί προγράμματα παρέμβασης, που φαίνεται να συμβάλλουν στη μείωση της ΕΕ των συμμετεχόντων. Μελλοντικές έρευνες (διαχρονικές, με επαρκή δείγματα και με κατάλληλα μεθοδολογικά εργαλεία) απαιτούνται να γίνουν για την καλύτερη κατανόηση της ΕΕ, ώστε να αναδειχθούν αποτελεσματικότερα μέτρα παρέμβασης, που θα στοχεύουν, μέσω της προαγωγής της ευεξίας του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, στη βελτίωση του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από το 1974, που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» (professional burnout) από τον Freudenberger,¹ μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας καθιερωμένος ορισμός γι' αυτό το φαινόμενο. Ωστόσο, ένας από τους πλέον αποδεκτούς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΕΕ) είναι αυτός που διατυπώθηκε από την Christina Maslach το 1982. Η Maslach² περιέγραψε «ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε προς τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και την απόδοσή του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του». Σύμφωνα με τις Maslach και Jackson,³ οι τρεις κυριότεροι παράγοντες που διακρίνουν την ΕΕ είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση ή ο κυνισμός και η αίσθηση αναποτελεσματικότητας (έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

Με τη χρήση των διαθέσιμων εργαλείων μέτρησης της ΕΕ, όπως της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης για

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2008, 25(1):94-101
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2008, 25(1):94-101

Ε.Α. Παππά,¹
Φ. Αναγνωστόπουλος,^{1,2}
Δ. Νιάκας¹

¹Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα
²Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα

Burnout of physicians and nurses and its effects on the quality of health care

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Γιατροί
Επαγγελματική εξουθένωση
Επίπεδο υπηρεσιών υγείας
Νοσηλευτές

Υποβλήθηκε 23.10.2006
Εγκρίθηκε 24.1.2007

το προσωπικό υγείας (staff burnout scale for health professionals, SBS-HP), που κατασκευάστηκε από την Jones,⁴ και κυρίως του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach burnout inventory, MBI), που κατασκευάστηκε από τις Maslach και Jackson³ και μετρά τις τρεις διαστάσεις της ΕΕ, κατέστη εφικτό να μελετηθεί η ΕΕ στους επαγγελματίες υγείας διεθνώς. Μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό.⁵ Η εμφάνιση της ΕΕ σε αυτούς τους επαγγελματίες του χώρου της υγείας έχει προκαλέσει μεγάλη ανησυχία στο πεδίο της μελέτης της ψυχικής υγείας στο χώρο της εργασίας.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί ανασκόπηση των μέχρι σήμερα δεδομένων από μελέτες της ΕΕ σε αυτή την τόσο σημαντική κατηγορία προσωπικού των νοσοκομείων για τον καθορισμό του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Αφού γίνει συνοπτική αναφορά στη συχνότητα εμφάνισης της ΕΕ μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών και στους αιτιολογικούς παράγοντές της, ακολουθεί η παρουσίαση των δεδομένων που υπάρχουν για τις επιπτώσεις

της κυρίως στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, καθώς και των προγραμμάτων παρέμβασης που έχουν εφαρμοστεί για την αντιμετώπισή της.

2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Η ΕΕ συγκαταλέγεται ανάμεσα στα τέσσερα συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα που σχετίζονται με την προσφορά εργασίας στην Ευρώπη.⁶ Όσον αφορά στη συχνότητα εμφάνισής της μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών, από μελέτες που έγιναν διεθνώς φαίνεται να παρουσιάζεται συχνά μεταξύ αυτών των επαγγελματιών. Ειδικότερα, σημαντικό ποσοστό των γιατρών που συμμετείχαν στις μελέτες εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (10–56%),^{7–13} αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης (13–47%)^{8–13} και μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (4–59%).^{8–13} Το αντίστοιχο εύρος της συχνότητας για καθεμιά από τις παραμέτρους της ΕΕ, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε νοσηλευτικό προσωπικό, ήταν 15–50%,^{14–18} 7–37%^{17,18} και 25–76%.^{16–18}

Αν και στις περισσότερες μελέτες χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης της ΕΕ το MBI, ωστόσο το πρόβλημα της ανομοιογένειας των δειγμάτων, καθώς και τα κριτήρια εκτίμησης της ΕΕ που χρησιμοποιήθηκαν στις διάφορες μελέτες, δεν παρέχουν τη δυνατότητα εξαγωγής κοινά αποδεκτών συμπερασμάτων για τη συχνότητα εμφάνισης της ΕΕ στο ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό διεθνώς.

3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Σε αρκετές μελέτες από το διεθνή χώρο διερευνήθηκαν πιθανές συσχετίσεις της ΕΕ με παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας, ατομικούς παράγοντες και παράγοντες της προσωπικότητας. Από τους παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας, που συσχετίζονται με την ΕΕ του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, αυτοί που συστηματικά αναδεικνύονται ως οι πλέον σημαντικοί περιλαμβάνουν το φόρτο εργασίας,^{7,8,12,17,19} τα υψηλά επίπεδα stress,^{10,20–22} τις συγκρούσεις με τους συναδέλφους,^{17,23} τους προϊσταμένους^{17,23} ή τους συγγενείς των ασθενών,²³ την κοινωνική υποστήριξη που παίρνουν από τους συναδέλφους^{7,17} και τους προϊσταμένους,^{7,19} την ικανοποίηση από την εργασία,^{20,24,25} την ισορροπία μεταξύ δουλειάς, οικογένειας και προσωπικής ανάπτυξης,^{8,17} την αίσθηση ελέγχου,^{8,19} την οργανωτική υποστήριξη,^{17,26} την

αυτονομία,^{7,8,19} τον ανεπαρκή χρόνο μελέτης,^{7,25} την επάρκεια σε προσωπικό,^{15,26,27} την εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες¹⁰ και τις αμοιβές.^{7,8}

Όσον αφορά στους ατομικούς παράγοντες, από τις δημογραφικές παραμέτρους η ηλικία^{8,10,12,28} φαίνεται να συσχετίζεται συστηματικά με την εξουθένωση. Ο βαθμός εξουθένωσης φαίνεται να είναι μεγαλύτερος μεταξύ των νεότερων εργαζομένων.^{8,10,12,28,29} Τα αποτελέσματα των μελετών όσον αφορά στο φύλο είναι αλληλοσυγκρουόμενα,^{9,12,28,30–33} αν και συστηματικότερα συναντώνται μελέτες που δείχνουν υψηλότερα επίπεδα ΕΕ στις γυναίκες.^{28,31,32} Ο γάμος φαίνεται να έχει προστατευτική επίδραση στην εμφάνιση της ΕΕ στις γυναίκες.²⁸ Ακόμη, η υποστήριξη από το σύζυγο ή τη σύζυγο¹² και η ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της οικογενειακής ζωής¹² περιλαμβάνονται στους παράγοντες που συστηματικά εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με την ΕΕ.

Μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, που συσχετίζονται συστηματικά με την ΕΕ, περιλαμβάνονται η ενδυνάμωση,¹⁶ η ενσυναίσθηση,¹⁶ η ανθεκτικότητα στο stress,^{34,35} η αίσθηση αποτελεσματικότητας,¹² η καλή ψυχική διάθεση¹⁸ και το άγχος.³⁶

Αν και κάποιοι παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας, ορισμένοι ατομικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας φαίνεται να συσχετίζονται συστηματικά με την ΕΕ του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, ωστόσο τα διαθέσιμα δεδομένα δεν επαρκούν για τον καθορισμό αιτιολογικών σχέσεων, καθώς τα περισσότερα από αυτά έχουν συγκεντρωθεί στα πλαίσια συγχρονικών μελετών.

4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΙΔΙΟΥΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η μελέτη της ΕΕ των επαγγελματιών υγείας έχει επεκταθεί παγκοσμίως. Ακόμη και αν τα επίπεδα της ΕΕ που βρέθηκαν στους επαγγελματίες υγείας δεν ήταν τα μεγαλύτερα που έχουν αναφερθεί στους ποικίλους επαγγελματικούς χώρους, όπως η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, οι ένοπλες δυνάμεις, οι κληρικοί κ.ά., πιθανά να σημαίνουν πολύ περισσότερα σε αυτόν το χώρο απ' ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη περιοχή.⁸ Αν ένας βιβλιοθηκάριος, για παράδειγμα, είναι εξουθενωμένος, η επίπτωση της κόπωσης του έχει διαφορετική βαρύτητα από τις επιπτώσεις της κόπωσης ενός επαγγελματία υγείας που αντιμετωπίζει καταστάσεις ζωής και θανάτου καθημερινά. Είναι προφανές ότι η μεγάλη σημασία της ΕΕ των επαγγελματιών υγείας έγκειται

στις επιπτώσεις της. Οι επιπτώσεις της αφορούν στους ίδιους τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και τους οργανισμούς στους οποίους εργάζονται.

Στους ίδιους τους εργαζόμενους η ΕΕ είναι δυνατόν να προκαλέσει οργανικά συμπτώματα,^{8,37,38} που μπορεί να αφορούν σε μικροενοχλήσεις αλλά και σοβαρότερα προβλήματα υγείας, συναισθηματικές ενδείξεις,^{37,38} όπως αισθήματα αποθάρρυνσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, συμπτώματα σε επίπεδο συμπεριφοράς,^{37,38} όπως ψυχρότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τους ασθενείς, αλλά πιθανόν και ψυχιατρικές διαταραχές,^{25,39} όπως άγχος και κατάθλιψη. Ακόμη, υπάρχουν ενδείξεις ότι η ΕΕ μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του,⁴⁰ την κοινωνική⁴¹ και την προσωπική⁴¹ του ζωή, αλλά και ότι μπορεί να είναι «μεταδοτική» και σε άλλους επαγγελματίες υγείας (συναδέλφους ή εκπαιδευόμενους).³⁹

Οι επιπτώσεις της ΕΕ ξεπερνούν το άτομο και τον κοινωνικό του περίγυρο και επεκτείνονται στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Για τους οργανισμούς, η ΕΕ μπορεί να είναι δαπανηρή, οδηγώντας σε αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης του έργου των εργαζομένων, σε απουσίες και σε μειωμένη απόδοση.³⁹ Ακόμη, έχει συσχετιστεί με αυξημένη πρόθεση του προσωπικού για αποχώρηση από την εργασία του.^{8,9,11,15,42} Η (πρώιμη) αποχώρηση γιατρών ή νοσηλευτών από τη θέση εργασίας τους επιδρά στον οργανισμό με ποικίλους τρόπους. Συγκεκριμένα, επιδεινώνει το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού που ήδη υπάρχει, γεγονός που συμβάλλει σε μείωση του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών, αφού έχει βρεθεί ότι η επάρκεια σε προσωπικό συσχετίζεται με τη θνητότητα των ασθενών,¹⁵ με ανεπιθύμητα συμβάντα στους ασθενείς,⁴³ καθώς και με την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.²⁶ Ακόμη, η αποχώρηση αυτών των επαγγελματιών υγείας επιβαρύνει τον οργανισμό με το υψηλό κόστος αντικατάστασής τους.⁴⁴

Οι επιπτώσεις της ΕΕ στους ίδιους τους επαγγελματίες και τους οργανισμούς αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, που επιδρούν στη συνολική αποδοτική λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Ίσως ακόμη πιο σημαντικό φαινόμενο να είναι η σχέση μεταξύ ΕΕ και ποιότητας της φροντίδας. Η πιθανότητα να επιδρά αρνητικά η ΕΕ στην ποιότητα της φροντίδας έχει προβάλλει στη βιβλιογραφία.

5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, 2001)⁴⁵

πρότεινε, σε αναφορά του «ορόσημο», έξι χαρακτηριστικά απόδοσης, που αν υπάρχουν και βελτιώνονται, οδηγούν σε καλύτερη φροντίδα υγείας: ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, επικέντρωση στον άρρωστο, εγκυρότητα, αποδοτικότητα και ισότητα. Οι περισσότερες μέθοδοι μέτρησης του επιπέδου ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αναφέρονται σε δείκτες κακής ποιότητας.⁴⁶ Αφορούν σε αντικειμενικούς δείκτες, όπως τη θνησιμότητα, τα ιατρικά σφάλματα, το χρόνο νοσηλείας, τα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων, την απρογραμμάτιστη επανεισαγωγή ασθενών κ.ά. Όμως, εκτός από τους προαναφερόμενους δείκτες, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, επειδή αποτελεί δείκτη μέτρησης του γενικού αποτελέσματος της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας.⁴⁷

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν προκύψει από μελέτες που διερευνήσαν τη σχέση της ΕΕ γιατρών και νοσηλευτών με μερικούς από τους παραπάνω δείκτες (την ικανοποίηση των ασθενών, τα ιατρικά σφάλματα, την απρογραμμάτιστη εισαγωγή ασθενών), οι οποίοι αντανακλούν το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, οι Shanafelt et al²⁵ μελέτησαν με τη χρήση ερωτηματολογίου τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης ειδικευόμενων γιατρών και της γνώμης τους για τις πρακτικές τους σχετικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Βρήκαν ότι από τους γιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη ποσοστό 76% πληρούσε τα κριτήρια της ΕΕ (δηλαδή είχαν υψηλή βαθμολογία αποπροσωποποίησης ή συναισθηματικής εξάντλησης). Οι «εξουθενωμένοι» γιατροί ήταν πιθανότερο να αναφέρουν «μη ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας των ασθενών», όπως κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς, ελλείψεις στη διαγνωστική διαδικασία, λάθη στη φαρμακευτική αγωγή, τουλάχιστον σε «μηνιαία» ή «εβδομαδιαία» βάση, σε σχέση με αυτούς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της ΕΕ.

Σε μελέτη των Leiter et al⁴⁸ διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της ΕΕ του νοσηλευτικού προσωπικού και της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα, στα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ένιωθε περισσότερο εξαντλημένο, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι και με τις τέσσερις διαστάσεις της φροντίδας που μελετήθηκαν, δηλαδή τη νοσηλευτική φροντίδα, τη φροντίδα από τους γιατρούς, την πληρότητα και τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και με τα αποτελέσματα της νοσηλείας.

Επίδραση της ΕΕ των νοσηλευτών στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που τους παρεχόταν βρέθηκε και σε μελέτη των Vahey et al.²⁷ Στη συγκεκριμένη μελέτη, η ΕΕ των νοσηλευτών, όπως αυτή προσδιορίζεται με βάση τις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της

έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, ήταν σημαντικός παράγοντας που επηρέαζε την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Η ΕΕ έχει συνδεθεί και με την έκβαση των ασθενών. Οι Priebe et al,⁴⁹ σε πρόσφατη μελέτη τους, που σκοπό είχε τον καθορισμό των παραγόντων που προβλέπουν την έκβαση των ψυχιατρικών ασθενών οι οποίοι αντιμετωπίζονταν σε υποστηρικτικές υπηρεσίες εκπαίδευσης στη διεκδικητικότητα, βρήκαν ότι η αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα του προσωπικού συσχετίζονταν με την έκβαση της υγείας των ασθενών.

Τα αποτελέσματα αυτών των πρόσφατων μελετών, αν και αναδεικνύουν τη σημασία των επιπτώσεων της ΕΕ των γιατρών και των νοσηλευτών στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με κάποια επιφύλαξη λόγω ορισμένων μεθοδολογικών αδυναμιών αυτών των ερευνών, όπως ο συγχρονικός σχεδιασμός τους, το μικρό μέγεθος του δείγματος, οι διαστρεβλώσεις λόγω αυτο-αναφορών και τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της ΕΕ.

Παρόλο που η γενίκευση των ευρημάτων από τις παραπάνω μελέτες υπόκειται σε περιορισμούς, αυτά δεν θα πρέπει να αγνοηθούν, αλλά αντίθετα θα πρέπει να προβληματίσουν κάθε γιατρό, κάθε νοσηλεύτη, αλλά και όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στην παροχή φροντίδων υγείας. Η μη ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών, η δυσμενής έκβαση των ασθενών και η έλλειψη ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες σε αυτούς φροντίδες αποτελούν δείκτες του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας ενός οργανισμού και έτσι η επίδραση της ΕΕ του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτούς τους δείκτες αντανάκλα την επίδρασή της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών. Η ανάγκη λήψης μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης της ΕΕ είναι επιτακτική, ιδιαίτερα σήμερα που η βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους των οργανισμών υγείας.

6. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Πολλοί ερευνητές επικεντρώνουν την προσοχή τους στις ατομικές παρεμβάσεις αυτοφροντίδας για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Αυτές αφορούν στις προσπάθειες παρέμβασης που κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας υγείας. Η έρευνα όμως έχει καταδείξει, σύμφωνα με τους Maslach et al,³⁹ ότι ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και τον οργανισμό παίζουν

μεγαλύτερο ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση απ' ό,τι οι ατομικοί. Οι ατομικές παρεμβάσεις είναι σχετικά λιγότερο δραστικές στο χώρο της εργασίας, όπου το άτομο έχει μικρότερο έλεγχο επάνω σε στρεσογόνους παράγοντες σε σχέση με άλλους τομείς της ζωής του. Έχει δοθεί, όμως, ιδιαίτερη βαρύτητα σε αυτές για ποικίλους λόγους, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται οι αντιλήψεις σχετικά με την αιτιότητα/υπαιτιότητα του ατόμου και σχετικά με το ότι είναι «ευκολότερο και φθηνότερο να αλλάξεις ανθρώπους παρά οργανισμούς».³⁹

Αν και έχουν προταθεί ποικίλες ατομικές παρεμβάσεις,^{37,39,41} από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι είναι λίγες οι μελέτες στις οποίες διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης και βρέθηκε να έχουν ευεργετική επίδραση στην ΕΕ του ιατρικού ή του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ειδικότερα, σε μελέτη των Shimizu et al⁵⁰ διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της ΕΕ που βίωναν Ιάπωνες νοσηλευτές και της εκπαίδευσής τους στη *διεκδικητικότητα*, που αποτελεί μέρος της εκπαίδευσης στις δεξιότητες επικοινωνίας. Οι συμμετέχοντες εκπαιδεύθηκαν παρακολουθώντας διαλέξεις και «παιζοντας ρόλους» σε δύο διήμερες συνεδρίες σε διάστημα ενός μήνα. Βρέθηκε ότι τα προσωπικά επιτεύγματα της ομάδας παρέμβασης βελτιώθηκαν σημαντικά 5 μήνες μετά από την εκπαίδευση, συγκρινόμενα με την αντίστοιχη μεταβολή της ομάδας ελέγχου. Υπάρχουν και άλλες αναφορές, όπως αυτή των West et al,⁵¹ που τόνισαν ότι η συναισθηματική εξάντληση και τα προσωπικά επιτεύγματα βελτιώθηκαν σημαντικά 4 μήνες μετά από τη συμμετοχή σε πρόγραμμα διαχείρισης stress, που περιελάμβανε *εκπαίδευση σε δεξιότητες διεκδίκησης* μέσω της εφαρμογής «παιξίματος ρόλων».

Αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων της ΕΕ βρέθηκε να είναι και οι *ομάδες εργασίας* (workshops).⁵² Οι ερευνητές διοργάνωσαν >100 ομάδες εργασίας, στις οποίες συμμετείχαν >5000 άτομα. Αυτές οι ομάδες εργασίας περιελάμβαναν διάφορους επαγγελματίες, όπως ψυχολόγους, νοσηλευτές, οδοντιάτρους, εργαζόμενους στην ψυχική υγεία, κοινωνικούς λειτουργούς κ.ά. Ωστόσο, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των προληπτικών ομάδων εργασίας ήταν δύσκολο να αξιολογηθούν. Έτσι, δεν είναι γνωστό αν αυτές οι αλλαγές είναι διαρκείς. Αυτή η έλλειψη εμπειρικών δεδομένων όσον αφορά στην αποτίμηση του ρόλου της ομάδας εργασίας στη μείωση της ΕΕ υποδηλώνει ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

Ακόμη, έχει διερευνηθεί και η αποτελεσματικότητα των *σεμιναρίων στη διαχείριση του stress*. Οι McCue και Sachs⁵³ περιγράφουν ένα τετράωρο σεμινάριο για τη διαχείριση του stress, στο οποίο οι ειδικευόμενοι από ένα πανεπιστημιακό

νοσοκομείο εκπαιδεύτηκαν σε δεξιότητες χρήσης πόρων για την επίτευξη στόχων, σχέσεων, προσδοκιών και αντοχής στο stress. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι βαθμολογίες στη συναισθηματική εξάντληση μειώθηκαν σε κάποιο βαθμό μετά από 6 εβδομάδες. Η επίδραση των σεμιναρίων για την αντιμετώπιση του stress στην ΕΕ ειδικευόμενων γιατρών μελετήθηκε και από τους Ospina-Kammerer και Figley.⁵⁴ Οι συμμετέχοντες στη μελέτη αυτή εκπαιδεύτηκαν σε τεχνικές μείωσης του stress, σε 4 εβδομαδιαία σεμινάρια. Μετά από την εφαρμογή του προγράμματος, οι μέσες τιμές των βαθμολογιών στο MBI μειώθηκαν στην ομάδα όπου έγινε η παρέμβαση. Όμως και οι δύο αυτές μελέτες που αφορούσαν σε ειδικευόμενους ήταν μικρές, πιθανόν με περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης.

Σε άλλη μελέτη⁵⁵ διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα ενός εντατικού προγράμματος μείωσης του stress, του τύπου των *συσκέψεων τα Σαββατοκύριακα και των υποστηρικτικών ομάδων*. Γυναίκες εργαζόμενες στην ψυχική υγεία εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης μετά από τη συμμετοχή τους σε αυτό το πρόγραμμα.

Ένα ακόμη πρόγραμμα παρέμβασης έχει εφαρμοστεί σε μελέτη των Freedy και Hobfoll,⁵⁶ στην οποία οι ερευνητές συνέβαλαν στη βελτίωση των τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων των νοσηλευτών διδάσκοντάς τους πώς να χρησιμοποιούν την *κοινωνική υποστήριξη και τους ατομικούς «πόρους»* και βρήκαν σημαντική μείωση της ΕΕ στην πειραματική ομάδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Σε άλλη μελέτη,⁵⁷ που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, αξιολογήθηκε η επίδραση στην ΕΕ νοσηλευτών ψυχικής υγείας ενός *εκπαιδευτικού προγράμματος σε θεραπευτικές ικανότητες*, βασισμένου στο μοντέλο συμβουλευτικής τριών σταδίων του Egan. Οι νοσηλευτές των ομάδων παρέμβασης ανέφεραν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ΕΕ μετά από την παρακολούθηση του προγράμματος, διάρκειας 15 εβδομάδων.

Σε πρόγραμμα που εφάρμοσαν οι Ewers et al⁵⁸ αξιολογήθηκε η επίδραση της *εκπαίδευσης στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις* στη γνώση, στις στάσεις και στα επίπεδα της ΕΕ μιας ομάδας νοσηλευτών ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργαζόνταν με ασθενείς που υπέφεραν από σοβαρή και μακροχρόνια ψυχική ασθένεια όπως η σχιζοφρένεια, σε μονάδα ασφαλείας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σκοπός των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων ήταν η βοήθεια των επαγγελματιών να αντιληφθούν τα προβλήματα των ασθενών μέσα σε ένα πλαίσιο μεγαλύτερης ενσυναίσθησης και να τους εκπαιδεύσουν σε δεξιότητες αποτελεσματικής παρέμβασής τους. Το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε σε 20 μονοήμερες συνεδρίες κατά τη διάρκεια 6 μηνών. Βρέθηκε

ότι η εκπαίδευση στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των επιπέδων της ΕΕ αλλά και τη σημαντική βελτίωση στη γνώση και τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς που υπέφεραν από σοβαρή ψυχική ασθένεια. Τέτοιες αλλαγές είναι πιθανό να έχουν ευεργετική επίδραση στους ίδιους τους νοσηλευτές, στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν, αλλά και στον οργανισμό στον οποίο εργάζονται.⁵⁹

Η επίδραση ενός ακόμη προγράμματος παρέμβασης αξιολογήθηκε σε μελέτη των Gorter et al⁶⁰ στην Ολλανδία. Στη μελέτη αυτή διερευνήθηκε η *επίδραση ενός προγράμματος συμβουλευτικής καριέρας* στην ΕΕ Ολλανδών οδοντιάτρων, που εμφάνιζαν τουλάχιστον μέτρια βαθμολογία στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης στην ολλανδική έκδοση του ερωτηματολογίου καταγραφής της ΕΕ της Maslach (MBI-NL). Το πρόγραμμα περιελάμβανε ατομική συμβουλευτική και ομαδικές συνεδρίες, χρησιμοποιώντας γνωστικές και συμπεριφορικές τεχνικές παρέμβασης και διήρκεσε 6 μήνες. Η σύγκριση των βαθμολογιών στο MBI-NL των συμμετεχόντων πριν και μετά από το πρόγραμμα έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και των προσωπικών επιτευγμάτων.

Από τις μελέτες που έχουν παρατεθεί προκύπτει ότι τα προγράμματα παρέμβασης που εφαρμόστηκαν φαίνεται να συμβάλλουν στη μείωση της ΕΕ που βιώνουν οι συμμετέχοντες. Ωστόσο, οι μελέτες αυτές εμφανίζουν κάποιες μεθοδολογικές αδυναμίες, που αφορούν στο σχεδιασμό (ημι-πειραματικός, quasi-experimental), το δείγμα (μέγεθος, δειγματοληψία, χαρακτηριστικά δείγματος), το ποσοστό ανταπόκρισης, τα ερωτηματολόγια (μη σταθμισμένα, αυτοχορηγούμενα), τις διαστρεβλώσεις λόγω αυτο-αναφορών, την επανεκτίμηση σε δεύτερο χρόνο και τη στατιστική τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων. Οι αδυναμίες αυτές περιορίζουν τη γενίκευση και αποτρέπουν, ως ένα βαθμό, την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων για τις επιδράσεις των παρεμβάσεων.

7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Πριν από την εξαγωγή οποιουδήποτε οριστικού συμπεράσματος για την πραγματική αξία των *παρεμβάσεων* που έχουν εφαρμοστεί μέχρι σήμερα, απαιτείται *περαιτέρω έρευνα* με μελέτη μεγαλύτερου αριθμού ατόμων σε διαφορετικούς χώρους εργασίας, με επανεκτίμηση των επιδράσεων των παρεμβάσεων για τον καθορισμό της διάρκειάς τους και με τη χρήση κατάλληλης μεθοδολογίας.

Παράλληλα, μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να πραγματοποιηθούν για την *καλύτερη κατανόηση της ΕΕ*. Χρειάζεται

να αποσαφηνιστεί ο τρόπος με τον οποίο παράγοντες του οργανισμού, ατομικοί, αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον επιδρούν στην ΕΕ του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο η ΕΕ επηρεάζει αφενός τη φροντίδα που παρέχεται από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές και αφετέρου την ικανοποίηση των ασθενών.

Στο σχεδιασμό των μελλοντικών μελετών θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι μεθοδολογικές αδυναμίες των μελετών που έχουν γίνει μέχρι σήμερα (συγχρονικός σχεδιασμός, μικρά δείγματα, αυτο-αναφορές κ.ά.). Ειδικότερα, ορισμένοι περιορισμοί που θέτει η συγχρονική φύση των μελετών θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με διαχρονικό σχεδιασμό, έτσι ώστε να είναι δυνατόν να προσδιοριστούν αιτιολογικές σχέσεις. Ιδιαίτερη μέριμνα θα πρέπει να ληφθεί για το συνυπολογισμό όλων εκείνων των πιθανών συγχυτικών παραγόντων που η παρουσία τους θα μπορούσε να ερμηνεύσει τα ευρήματα των μελετών. Όσον αφορά στο δείγμα, ο καθορισμός του μεγέθους του με τη χρησιμοποίηση των δυνατοτήτων που παρέχει η στατιστική, όπως της διαδικασίας γνωστής ως ανάλυσης ισχύος (power analysis), και η επιλογή του με τεχνικές τυχαίας δειγματοληψίας θα αύξαναν την πιθανότητα να είναι το δείγμα αντιπροσωπευτικό του

πληθυσμού και θα βελτίωναν τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων. Για να ξεπεραστούν τα προβλήματα των διαστρεβλώσεων λόγω των αυτο-αναφορών έχουν προταθεί διάφορες στρατηγικές,⁶¹ μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται η χρησιμοποίηση *τριών τουλάχιστον τεχνικών στον καθορισμό του ίδιου φαινομένου* (triangulation).⁶² Για την αξιολόγηση του φαινομένου με έλεγχο βάσει τριών τουλάχιστον διαφορετικών τρόπων, οι εκτιμητές μπορεί να χρησιμοποιούν τόσο ποσοτικές (ερωτηματολόγια, μετρήσεις) όσο και ποιοτικές μεθοδολογίες (συνεντεύξεις, μελέτη περιπτώσεων).

Ακόμη, χρειάζονται συντονισμένες και μεγάλες μετα-αναλύσεις για το πώς γίνεται αντιληπτή η ΕΕ, για το πώς προλαμβάνεται ή και μειώνεται και για το πώς ελαττώνονται οι επιπτώσεις της. Η καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της ΕΕ θα συμβάλει στην ανάδειξη περισσότερο αποτελεσματικών μέτρων παρέμβασης, που θα στοχεύουν, μέσω της προαγωγής της ευεξίας του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, στη διασφάλιση του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος με τον ελάχιστο δυνατό ιατρογενή κίνδυνο και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα.

ABSTRACT

Burnout of physicians and nurses and its effects on the quality of health care

E.A. PAPPA,¹ F. ANAGNOSTOPOULOS,^{1,2} D. NIAKAS¹

¹Hellenic Open University, Faculty of Social Sciences, Patras, ²Panteion University of Social and Political Sciences, Department of Psychology, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2008, 25(1):94–101

Burnout is defined by the three dimensions of exhaustion, cynicism, and reduced personal accomplishment. It appears to be common among doctors and nurses, and situational, individual and personality factors have been reported to relate to burnout. The importance of burnout lies in its implications not only for the personal suffering of the health professionals, but also in the risk it carries of impairing the delivery of health care. Recent studies have demonstrated that burnout has negative effects on optimal patient care practices, patient satisfaction, and patient outcome. Given current efforts to improve the quality of care, these findings reinforce the importance of strategies to prevent and manage physician and nurse burnout. There are a number of specific burnout interventions the effectiveness of which in alleviating burnout has been evaluated. Further research in the form of prospective, longitudinal studies is required to elucidate the consequences of this condition, to identify risk factors for its development and to support the design of more effective types of intervention.

Key words: Burnout, Nurses, Physicians, Quality of health care

Βιβλιογραφία

1. FREUDENBERGER HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974, 30:159–165
2. MASLACH C. *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1982

3. MASLACH C, JACKSON SE. *Maslach burnout inventory manual*. 2nd ed. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press, 1986
4. JONES JW. *Preliminary test manual for the staff burnout scale for health professionals*. House Management Consultants Inc, Illinois, London, 1980
5. ΔΙΚΑΙΟΣ Κ, ΚΟΥΤΟΥΖΗΣ Μ, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν, ΣΙΓΑΛΑΣ Ι, ΧΛΕΤΣΟΣ Μ. *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999
6. MERLLIE D, PAOLI P. *Δέκα χρόνια συνθήκες εργασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. 2001, www.disable.gr
7. BIAGGI P, PETER S, ULLICH E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents—what can be done? *Swiss Med Wkly* 2003, 133:339–346
8. CAMPBELL DA, SONNAD SS, ECKHAUSER EG, CAMPBELL KK, GREENFIELD LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001, 130:696–705
9. GUNTUPALLI KK, FROMM RE. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med* 1996, 22:625–630
10. RAMIREZ AJ, GRAHAM J, RICHARDS MA, CULL A, GREGORY WM, LEANING MS ET AL. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995, 71:1263–1269
11. GRUNFELD E, WHELAN T, ZITZELSBERGER L, WILLAN A, MONTE-SANTO B, EVANS W. Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000, 163:166–169
12. GABBE S, MELVILLE J, MANDEL L, WALKER E. Burnout in chairs of obstetrics and gynaecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186:601–612
13. GARZA J, SCHNEIDER K, PROMECENE P, MONGA M. Burnout in residency: A statewide study. *South Med J* 2004, 97:1171–1173
14. AIKEN L, CLARKE S, SLOANE D, SOCHALKI J, BUSSE R, CLARKE H ET AL. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff* 2001, 20:43–53
15. AIKEN LH, CLARKE SP, SLOANE DM, SOCHALSKI J, SILBER JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002, 288:1987–1993
16. LEE H, SONG R, SUK CHO Y, LEE GZ, DALY B. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *J Adv Nurs* 2003, 44:534–545
17. JENKINS R, ELLIOTT P. Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs* 2004, 48:622–631
18. KILFEDDER C, POWER K, WELLS T. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs* 2001, 34:383–396
19. ADALI E, PRIAMI M. Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals. *ICUs and Nursing Web Journal* 2002, 11:1–19
20. VISSER M, SMETS E, OORT F, De HAES HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003, 168:271–275
21. EDWARDS D, BURNARD P, COYLE D, FOTHERGILL A, HANNIGAN B. A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for health nurses working in the community. *J Adv Nurs* 2001, 36:805–813
22. McMANUS IC, WINDER BC, GORDON D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002, 359:2089–2090
23. FUJIWARA K, TSUKISHIMA E, TSUTSUMI A, KAWAKAMI N, KISHI R. Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan. *J Occup Health* 2003, 45:313–320
24. KALLIATH T, MORRIS R. Job satisfaction among nurses. A predictor of burnout levels. *JONA* 2002, 32:648–654
25. SHANAFELT T, BRADLEY K, WIPF J, BACK A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002, 136:358–367
26. AIKEN L, CLARKE SP, SLOANE DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Int J Qual Health Care* 2002, 14:5–13
27. VAHEY DC, AIKEN LH, SLOANE DM, CLARKE SP, VARGAS D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 2004, 42:II57–II66
28. ASLAN SH, ALPARSLAN ZN, ASLAN RO, KESEPARA C, ÜNAL M. Gender related factors to burnout among Turkish health professionals. *Ann Med Sci* 1998, 7:101–106
29. BREWER E, SHAPARD L. Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between burnout age or years of experience. *Human Resources Development Review* 2004, 3:102–123
30. ROBINSON GE. Career satisfaction in female physicians. *JAMA* 2004, 291:635
31. FOTHERGILL A, EDWARDS D, BURNARD P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: Findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry* 2004, 50:54–65
32. McMURRAY JE, LINZER M, KONRAD TR, DOUGLAS J, SHUGERMAN R, NELSON K. The work lives of woman physicians results from the physician work life study. The SGIM career satisfaction study group. *J Gen Intern Med* 2000, 15:372–380
33. MICHELS P, PROBST J, GODENICK M, PALESCH Y. Anxiety and anger among family practice residents: A South Carolina family practice research consortium study. *Acad Med* 2003, 78:69–79
34. DUQUETTE A, KEROUAC S, SANDHU BK, BEAUDET L. Factors related to nursing burnout: A review of empirical knowledge. *Issues Ment Health Nurs* 1994, 15:337–358
35. PAPADATOU D, ANAGNOSTOPOULOS F, MONOS D. Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *Br J Med Psychol* 1994, 67:187–199
36. AYNLEY S, ORTIGUERA S, LASKOWSKI E, HARTMAN A, MULLENBACH D, GAINES K ET AL. Preliminary analysis of psychophysiological variables and nursing performance in situations of increasing criticality. *Mayo Clin Proc* 2001, 76:275–284
37. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ, ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. *Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995:242–265
38. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ, ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα* 1992, 5:183–202
39. MASLACH C, SCHAUFELI WB, LEITER MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001, 52:397–422
40. LEE H, HWANG S, KIM J, DALY B. Predictors of life satisfaction of Korea nurses. *J Adv Nurs* 2004, 48:632–641
41. ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ Γ, ΜΕΤΑΛΛΗΝΟΥ Ο, ΠΑΝΤΖΟΥ Π. *Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας*.

- Τόμος Β. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2000
42. RAVIOLA G, MACHOKI M, MWAIKAMBO E, GOOD MJ. HIV, disease plaque, demoralization and "burnout": Resident experience of the medical profession in Nairobi, Kenya. *Cult Med Psychiatry* 2002, 26:55–86
 43. WHITMAN G, KIM Y, DAVIDSON L, WOLF G, WANG S. The impact of staffing on patient outcomes across speciality units. *JONA* 2002, 32:12
 44. NURSING EXECUTIVE COMMITTEE. *Reversing the flight of talent: Nursing retention in an era of gathering shortage*. Washington, DC, Advisory Board Co, 2000
 45. INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA CROSSING THE QUALITY CHASM. *A new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academy Press, 2001
 46. ΑΛΕΞΙΑΔΗΣ ΑΔ, ΣΙΓΑΛΑΣ Ι. *Υπηρεσίες υγείας/νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999
 47. CLEARY PD, McNEIL BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988, 25:25–36
 48. LEITER MP, HARVIE P, FRIZZELL C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med* 1998, 47:1611–1617
 49. PRIEBE S, FAKHOURY W, WHITE I, WATTS J, BEBBINGTON P, BILLINGS J ET AL. Characteristics of teams, staff and patients: Associations with outcome of patients in assertive outreach. *Br J Psychiatry* 2004, 185:306–311
 50. SHIMIZU T, MIZOUE T, KUBOTA S, MISHIMA N, NAGATA S. Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: A pilot study. *J Occup Health* 2003, 45:185–190
 51. WEST DJ, HORAN JJ, GOMES PA. Component analysis of occupational stress inoculation applied to registered nurses in an acute care hospital setting. *J Consult Clin Psychol* 1984, 31:209–218
 52. PINES A, ARONSON E. *Career burnout: Causes and cures*. The Free Press, New York, 1988
 53. McCUE JD, SACHS CL. A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arch Intern Med* 1991, 151:2273–2274
 54. OSPINA-KAMMERER V, FIGLEY CR. An evaluation of the respiratory one method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents. *Int J Emerg Ment Health* 2003, 5:29–32
 55. MEHR ML, SENTENEY A, CREADIE TM. Daydreams, stress and burnout in women mental health workers: A preliminary clinical report. *Imagination, Cognition and Personality* 1995, 14:105–115
 56. FREEDY JR, HOBFOLL SE. Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach. *Anxiety, Stress and Coping* 1994, 6:311–325
 57. LEMMA A. Containing the containers. The effects of training and support on burnout in psychiatric nurses. Surrey University, Surrey, Psychology D, 2000
 58. EWERS P, BRADSHAW I, McGOVERN J, EWERS B. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in Forensic nurses? *J Adv Nurs* 2002, 37:470–476
 59. MELCHIOR MEW, VAN DEN BERG AA, AALFENS H, GASSMAN P. Burnout at the work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997, 32:158–164
 60. GORTER RC, EIJKMAN MAJ, HOOGSTRATEN J. A career counseling program for dentists: Effects on burnout. *Patient Educ Couns* 2001, 43:23–30
 61. COX T, GRIFFITHS A, BARLOWE C, RANDALL R, THOMSON L, RIAL-GONZALEZ E. *Organizational interventions for work stress: A risk management approach*. Sheffield, HSE Books, 2000
 62. MINICHELLO V, ARONI R, TIMEWELL E, ALEXANDER L. *In depth interviewing*. Longman, Sydney, 1995
- Corresponding author:*
E.A. Pappa, 177 Kommenou street, GR-471 00 Arta, Greece
e-mail: elcourt@gmail.com