



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

Δεδομένα για την επιβάρυνση της υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών



ΦΟΙΤΗΤΗΣ

Παπασχοινάς Αλέξανδρος

ΑΜ: 19297, 1125

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Αθηνά Πάσχου

Ψυχολόγος PhD

ΙΩΑΝΝΙΝΑ – Σεπτέμβριος 2022

Πρόλογος

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία με τίτλο *Δεδομένα για την επιβάρυνση της υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών* επιλέχθηκε με σκοπό την ανασκόπηση της διεθνούς και εθνικής βιβλιογραφίας περί του θέματος. Γίνεται ανάλυση των ψυχιατρικών παθήσεων και παρουσίαση της ιστορίας της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, Θίγεται η ψυχιατρική νοσηλευτική ειδικότητα, αναλύονται οι ρόλοι του ψυχιατρικού νοσηλευτή και παρουσιάζονται νέα ερευνητικά δεδομένα επιβάρυνσης υγείας επαγγελματιών υγείας που δουλεύουν σε δομές ψυχικής υγείας. Στο τέλος της εργασίας θίγονται προσωπικές κλινικές παρατηρήσεις και παρουσιάζονται τέσσερα ζητήματα που απασχολούν τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ την Δρ. Πάσχου Αθηνά για την καθοδήγηση και την άψογη συνεργασία κατά την συγγραφή της εργασίας. Ευχαριστώ την κ. Πάκου Βαρβάρα για την βοήθεια κατά τη συγγραφή των κλινικών παρατηρήσεων. Ευχαριστώ τον Δρ. Μαντά Χρήστο, φίλο και επιστημονικό πρότυπο, για την κατάρτιση και την εκπαίδευση περί της ψυχιατρικής. Ευχαριστώ το Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, και όλο του το διδακτικό προσωπικό, για τα επιστημονικά θεμέλια και το θεωρητικό υπόβαθρο. Ευχαριστώ την μητέρα μου, την αδερφή μου και τους φίλους μου για το αλτρουιστικό μου υπόβαθρο και την προσωπική μου εξέλιξη.

Αφιερώνω την πτυχιακή μου εργασία στον Πατέρα μου.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
ABSTRACT	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΜΕΡΟΣ Α: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	5
1. Επαγγελματική επιβάρυνση	5
1.1. Ορισμός της έννοιας της επαγγελματικής επιβάρυνσης.....	5
1.2. Συμπτωματολογία	5
1.3. Θεραπευτική προσέγγιση	5
2. Περιγραφή των ψυχιατρικών παθήσεων	9
2.1. Διαγνωστικά εργαλεία ταξινόμησης (DSM-IV, ICD 10).....	9
2.2. Στατιστικά δεδομένα για τις ψυχιατρικές νόσους στην Ελλάδα	12
3. Η ιστορία της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.....	14
3.1. Νόμος ΨΜΒ Περί συστάσεως Φρενοκομείων (1862)	14
3.2. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση (1984).....	14
3.3. Το ένοχο μυστικό της Ευρώπης (1989).....	16
3.4. «Ψυχαργός» (1997-2006)	17
3.5. Σήμερα (Σεπτέμβριος 2022).....	18
4. Η ψυχιατρική νοσηλευτική ειδικότητα και ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας	19
4.1. Νοσηλευτικές ειδικότητες	19
4.2. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής	20
5. Οι ρόλοι του νοσηλευτή.....	22
5.1 Ρόλος ψυχιατρικών νοσηλευτών προς τους ασθενείς	22
5.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προαγωγή ψυχοκοινωνικής φροντίδας	23
5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα των οικείων/φροντιστών	25
5.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την επαγγελματική εξουθένωση	26
6. Ευρήματα σχετικών μελετών για την επιβάρυνση νοσηλευτών ψυχικής υγείας	27
6.1. Νέα ερευνητικά δεδομένα επιβάρυνσης υγείας επαγγελματιών υγείας που δουλεύουν σε δομές ψυχικής υγείας.....	28
ΜΕΡΟΣ Β: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	38
1. Κλινικές παρατηρήσεις- συνεντεύξεις.....	38
1.1.Ζητήματα ίασης.....	38
1.2.Ζητήματα κατανόησης	39
1.3. Ζητήματα επιβάρυνσης	39
1.4. Ζητήματα εκπαίδευσης.....	40
2. Συζήτηση.....	40
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	42

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ψυχική υγεία αποτελεί σημαντικό κομμάτι της γενικής υγείας του πληθυσμού. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας συχνά αναπτύσσουν επαγγελματική εξουθένωση, ένα σημαντικό ζήτημα υγείας που επηρεάζει τους ίδιους και την φροντίδα που παρέχουν και το οποίο πρέπει να καταπολεμηθεί.

Σκοπός: Διερεύνηση και βιβλιογραφική ανασκόπηση της ψυχικής υγείας, της ιστορίας της στην Ελλάδα, της νοσηλευτικής επιστήμης, της επαγγελματικής εξουθένωσης, των συμπτωμάτων της, τις αιτίες που αυτή εμφανίζεται και της αντιμετώπισης αυτής.

Υλικό Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία, στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα, δημοσιεύματα με ημερομηνία δημοσίευσης μετά το 2000, ενώ συγκεκριμένα για τα νέα ερευνητικά δεδομένα μετά το 2018.

Αποτελέσματα: Όλοι οι επαγγελματίες υγείας, όπως όλα τα αλτρουιστικού τύπου επαγγέλματα, είναι επιρρεπείς σε επαγγελματική εξουθένωση. Ο κλάδος της ψυχικής υγείας έχει υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με άλλες ειδικότητες, λόγω υψηλού εργασιακού φόρτου, ανεπαρκούς εκπαίδευσης, ανεπαρκούς μισθού, διαπληκτισμού και ασάφεια ρόλων, παρουσία προσωπικών προβλημάτων. Βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του ηθικού αδιέξοδου και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Νοσηλευτές ψυχικής υγείας με ψυχικές διαταραχές έχουν υψηλότερο εργασιακό στρες, αλλά επίσης παρατηρήθηκε πως προσωπικό με ενσυναίσθηση είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξει επαγγελματική εξουθένωση. Κατά την περίοδο της COVID-19 νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας είχε περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους, κάτι που οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση. Για την αντιμετώπιση προτείνεται επαρκής εκπαίδευση, αποφυγή υπερωριών, ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, επιτήρηση του προσωπικού με συμπτώματα και υποστήριξη του, αύξηση μισθού, καθοδήγηση αλλά και περιθώριο πρωτοβουλιών.

Συμπεράσματα: Η ψυχιατρική στην Ελλάδα εκσυγχρονίστηκε τα τελευταία χρόνια της ιστορίας, κάτι το απογοητευτικό μιας και αποτελεί την βάση της υγείας του ανθρώπου. Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι ένας σημαντικός κλάδος που προσεγγίζει με σεβασμό, επαγγελματισμό και κατανόηση τον ασθενή. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι επιρρεπείς σε επαγγελματική εξουθένωση, καθώς δεν υπάρχει σωστά σχεδιασμένο σύστημα υγείας που να δίνει τα κατάλληλα εργαλεία στην ψυχιατρική και που να διατηρεί και τους ασθενείς αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό υγιή. Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στηρίζεται στην πρόληψη.

Λέξεις Κλειδιά: επιβάρυνση υγείας, επαγγελματική εξουθένωση, νοσηλευτικό προσωπικό, νοσηλευτές/τριες, ψυχιατρική δομή, ψυχιατρικοί ασθενείς, κέντρο ημέρας, φροντίδα, φιλοξενία, ξενώνες, οικοτροφείο, ψυχική υγεία.

Abstract

Background: Mental health plays an important role in the general health of the population. Nurses working in mental health units are prone to burnout, an important health matter, which is affecting their health and diminishing their quality of care and must be eliminated.

Aim: To research and review mental health, history of mental health in Greece, the science of Nursing, burnout, its symptoms, causes, and its treatment.

Method: Research was conducted international literature, using PubMed and Google Scholar databases, written in the Greek, English language, published after 2000. Specifically for the New Scientific Data, published after 2018.

Results: All health workers, like all altruistic professions, are prone to burnout. Mental health has a higher percentage of burnout, due to high workload, insufficient training, insufficient pay, role conflict or personal matters. A correlation was discovered between moral distress and burnout. Mental health nurses combating a mental illness have a higher percentage of work stress. Nurses with high empathy are less likely to develop burnout. During the COVID-19 pandemic mental health nurses had higher symptoms of depression and stress, which are points leading to burnout. Treatment is based on sufficient training, less work overtime, creating a safe work environment, supervision and support of the staff having symptoms, higher pay, and leading the work team while also letting them be flexible on decision making.

Conclusions: Psychiatry was remodeled in Greece very recently, which is very disappointing considering it's the basis of health in general. Mental health nursing is an important field of medicine, approaching the patient with respect, professionalism and understanding. Mental health nurses are prone to burnout, since an inclusive health system for the general population, including mental health issues, does not exist, to give the right tools to manage psychiatry, while keeping both patients and health workers healthy. Treatment of burnout is based on prevention.

Key Words: work exhaustion, burnout, job burnout, nurse, nursing, psychiatry, psychiatric patient(s), care, foster, psychiatric ward, psychiatric day care center.

Εισαγωγή

Εάν κατανόηση σημαίνει επιθυμία να καταλάβουμε τα όσα βιώνει ένας ασθενής, και συμπόνια σημαίνει κατανόηση αλλά με πρόθεση για βοήθεια, τότε συμπόνια είναι η έμπρακτη κατανόηση. Η δράση απαιτεί εργασία και προσπάθεια. Όταν οι νοσηλευτές φροντίζουν αδιάκοπα τους ασθενείς, χωρίς να συμερίζονται τις προσωπικές τους ανάγκες, θέτονται σε κίνδυνο να εμφανίσουν το **σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης**. Η νοσηλευτική εργασία δεν περιλαμβάνει μόνο τη σωματική περίθαλψη και για αυτό τον λόγο απαιτεί ψυχικά αποθέματα, καθώς βρίσκονται καθημερινά στο πλευρό των ασθενών, ικανοποιώντας κάθε ανάγκη, γίνονται συχνά μάρτυρες λυπηρών, αποθαρρυντικών, βίαιων καταστάσεων. Η ανταπόκριση και η παρακολούθηση του πόνου των ασθενών είναι ένα τίμημα το οποίο καλούνται να πληρώσουν οι νοσηλευτές. Η Eifried (2003) γράφει πως η εμπειρία να γίνει κάποιος μάρτυρας ενός ασθενή ο οποίος υποφέρει, είναι τραυματική. Οι νοσηλευτές συχνά εκπλήσσονται από τον τρόπο που αντιδρούν σε καταστάσεις που αφορούν τους ασθενείς.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται χωρίς ιδιαίτερα συμπτώματα. Μάλιστα ενδέχεται να περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα, μηνών ή χρόνων, πριν καταλάβουν οι νοσηλευτές τι τους συμβαίνει. Τα συμπτώματα ποικίλλουν και ξεκινούν από συνήθειες όπως κάπνισμα, αλκοόλ, και υπερβολική κατανάλωση φαγητού, και φτάνουν έως και μόνιμο αίσθημα κόπωσης, αϋπνία, ή υπνηλία. Σε συναισθηματικό επίπεδο οι νοσηλευτές με επαγγελματική εξουθένωση μετατρέπονται σε απρόσιτους, ή και αντίθετα ευάλωτους χαρακτήρες που μπορεί συχνά να εμπλέκονται συναισθηματικά με τους ασθενείς τους. Εργάζονται σκληρά όμως έχουν την αίσθηση του άδικου κόπου, καθώς δεν αναγνωρίζει κανείς τον κόπο τους. Κάποιοι απογοητεύονται και τα παραιτούν (**turnover**).

Στη χειρότερη μορφή της, η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει αρνητικά και την φροντίδα, περίθαλψη του ασθενή και έτσι δημιουργείται μια απόσταση μεταξύ νοσηλευτή-νοσηλευόμενου που δεν αφήνει τον νοσηλευτή να αφοσιωθεί ολοκληρωτικά στον ασθενή, κάτι που τον οδηγεί σε ανολοκλήρωτες αξιολογήσεις, ελλιπή ανταπόκριση σε ανάγκες του ασθενή και τελικά σε **αναποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα** (Καλαβανά, 2010).

Σκοπός

Σκοπός της ανασκοπικής μου μελέτης ήταν η διερεύνηση και η βιβλιογραφική ανασκόπηση της ψυχικής υγείας, της ιστορίας της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, της επιστήμης Νοσηλευτικής στην Ελλάδα, της νοσηλευτικής ειδικότητας ψυχικής υγείας, της επαγγελματικής εξουθένωσης, των συμπτωμάτων της, τις αιτίες που αυτή εμφανίζεται και της αντιμετώπισης αυτής.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση και ανασκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία, στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar.

Λέξεις κλειδιά: επιβάρυνση υγείας, επαγγελματική εξουθένωση, νοσηλευτικό προσωπικό, νοσηλευτές/τριες, ψυχιατρική δομή, ψυχιατρικούς ασθενείς, κέντρο ημέρας, φροντίδα, φιλοξενία, οικοτροφείο, ψυχική υγεία, work exhaustion, burnout, job burnout, nurse, nursing, psychiatry, psychiatric patient(s), care, foster, psychiatric ward, psychiatric daycare center.

Χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος προχωρημένης αναζήτησης *PubMed Advanced Search Builder* στην μηχανή αναζήτησης PubMed, χρησιμοποιώντας τους λογικούς τελεστές AND, OR για την κατασκευή του όρου αναζήτησης νέων ερευνητικών δεδομένων. Η αναζήτηση απλοποιήθηκε με τους όρους MeSH και έγινε συνδυασμός μεταξύ των παραπάνω κλειδιών αναζήτησης, για την εύρεση της βιβλιογραφίας.

Κριτήρια ένταξης στην ανασκόπηση: Οπουδήποτε στον κόσμο, στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα.

Κριτήρια αποκλεισμού στην ανασκόπηση: Δημοσιευμένα πριν το 2000.

ΜΕΡΟΣ Α: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. Επαγγελματική επιβάρυνση

1.1. Ορισμός της έννοιας της επαγγελματικής επιβάρυνσης

Επαγγελματική επιβάρυνση ή εξουθένωση θεωρείται η παρατεταμένη έκθεση σε χρόνια συναισθηματική και διαπροσωπική πίεση που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική κόπωση, αποπροσωποποίηση, και έλλειψη κοινωνικών επιτευγμάτων (Maslach et al. 2011). Την βιώνουν άνθρωποι που έχουν συχνή και έντονη επαφή με άλλους ανθρώπους στον εργασιακό τομέα (Marian et al. 2011). Ο **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας** την αναφέρει ως σημαντικό ζήτημα υγείας (Woo et al. 2019). Παράγοντες που την κάνουν πιο έντονη είναι το **ηθικό αδιέξοδο (moral distress)**: Η αίσθηση πως η πράξη που διεκπεραιώνει ο νοσηλευτής/τρια είναι διαφορετική από την ηθικά και δεοντολογικά καταλληλότερη πράξη, εξ αιτίας συγκεκριμένων παραγόντων) και το **υψηλό συναισθηματικό φορτίο** που δίνει την αντίληψη ότι υπάρχει και μεγάλο φόρτο εργασίας (Friganovic et al. 2019). Μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε εργαζόμενο, αλλά «η κούραση της ενσυναίσθησης» είναι συγκεκριμένη σε επαγγελματίες αλτρουιστικού τύπου, όπως είναι το νοσηλευτικό προσωπικό (Duarte & Pinto, 2017).

1.2. Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται όταν το νοσηλευτικό προσωπικό δεν γνωρίζει πως να προσαρμοστεί ή να διαχειριστεί τα υψηλά επίπεδα στρες (Friganovic et al., 2019). Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης προβλημάτων και η επαγγελματική ευχαρίστηση έχουν συσχετιστεί με την επαγγελματική εξουθένωση (Myhren et al. 2013). Το 1997 δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο-εργαλείο που χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της επαγγελματικής εξουθένωσης, ονόματι **Maslach Burnout Inventory (MBI)**. Σύμφωνα με αυτό, αναφέρονται 22 συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία περιγράφονται στις 3 κλίμακες του ερωτηματολογίου. Αυτές είναι:

1. Συναισθηματική κόπωση
 - Ανιχνεύει συναισθήματα εργασιακής υπερκόπωσης
2. Αποπροσωποποίηση

- Ανιχνεύει την ποιότητα της φροντίδας που έχει το άτομο προς τον εαυτό του

3. Επαγγελματική ευχαρίστηση

- Ανιχνεύει τα συναισθήματα ολοκλήρωσης και εργασιακής επιτυχίας - ευτυχίας

Συνηθισμένες καταστάσεις που προϋδεάζουν για επαγγελματική εξουθένωση είναι υψηλό φόρτο εργασίας, ασυμφωνία αξιών της εργασιακής ιεραρχίας (διαφορά μεταξύ της προσωπικής ιεραρχίας στην οποία πιστεύει ο ασθενής και αυτής που είναι μισθολογικά τεκμηριωμένη στο εργασιακό περιβάλλον), ανεπαρκής έλεγχος σε καταστάσεις, ανεπαρκείς αρμοδιότητες ως προς την λήψη αποφάσεων, υπερωρίες, χαμηλή ελαστικότητα του εργασιακού προγράμματος, ανεπαρκές νοσηλευτικό προσωπικό, χρονική πίεση, χαμηλή αυτονομία, αρνητική σχέση νοσηλευτή-ιατρού, αρνητική σχέση με την ομάδα, χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και χαμηλές αποδοχές. Η Maslach θεωρεί ότι αυτά με τη σειρά τους μπορούν να οδηγήσουν σε απόσυρση του νοσηλευτή από την ιδιότητα του (**turnover**), αναρρωτικές άδειες, γενική πτώχευση της υγείας, χαμηλή εργασιακή απόδοση, χαμηλή φροντίδα προς τους ασθενείς, χαμηλή φροντίδα προς το εαυτό του (Schaufeli, 2001).

Πίνακας 1: ερωτηματολόγιο της κλίμακας MBI

Burnout item	Sample 1				Sample 2			
	M	SD	Skewness	Kurtosis	M	SD	Skewness	Kurtosis
1. I feel emotionally drained from my work	2.60	1.28	.25	-1.06	2.63	1.22	.19	-.83
2. I feel used up at the end of the work day	3.30	1.30	-.37	-1.02	3.20	1.25	-.14	-.10
3. I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job	2.99	1.28	.04	-1.05	2.79	1.26	.17	-.99
6. Working with people all day is really a strain for me	2.20	1.20	.30	-.47	2.27	1.12	.57	-.54
8. I feel burned out from my work	2.57	1.36	.36	-1.10	2.53	1.30	.40	-.96
13. I feel frustrated by my job	1.93	1.07	.97	.14	1.88	1.04	.97	.07
14. I feel I'm working too hard on my job	3.29	1.28	-.24	-1.02	3.25	1.25	-.23	-.83
16. Working directly with people puts too much stress on me	1.51	0.83	1.79	3.20	1.49	0.85	2.07	4.36
20. I feel like I'm at the end of my rope	1.86	1.12	1.10	-.06	1.82	1.10	1.16	.44
5. I feel I treat some recipients as if they were impersonal objects	1.96	1.10	.83	-.10	1.80	1.06	1.18	.41
10. I've become more callous toward people since I took this job	1.71	1.02	1.34	1.02	1.60	0.94	1.56	1.61
11. I worry that this job is hardening me emotionally	2.35	1.24	.50	-.85	2.17	1.26	.74	-.65
15. I don't really care what happens to some recipients	1.76	1.11	1.41	1.00	1.59	0.99	1.84	2.82
22. I feel recipients blame me for some of their problems	2.03	1.15	.86	-.27	1.92	1.08	1.01	.16
4. I can easily understand how my recipients feel about things	4.00	0.80	.74	1.10	4.09	0.78	0.81	1.08
7. I deal very effectively with the problems of my recipients	3.63	0.82	.17	.13	3.61	0.84	0.93	.44
9. I feel I'm positively influencing other people's lives through my work	3.95	0.89	.75	.66	4.01	0.89	0.98	1.35
12. I feel very energetic	3.25	1.09	.37	-.38	3.25	1.08	.36	-.34
17. I can easily create a relaxed atmosphere with my recipients	4.08	0.92	1.18	1.66	4.05	0.95	1.23	1.71
18. I feel exhilarated after working closely with my patients	3.40	0.99	.10	0.7	3.46	0.98	.41	.09
19. I have accomplished many worthwhile things in this job	4.20	0.88	.47	.81	4.18	0.79	.69	.05
21. In my work, I deal with emotional problems very calmly	3.94	0.83	.47	-.06	4.05	0.74	.40	-.22

Στην εικόνα παρατηρείται ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιεί την κλίμακα μέτρησης εξουθένωσης της Maslach. Ο ερωτώμενος/η απαντάει σε γενικές ερωτήσεις όπως η πρώτη: *Αισθάνομαι συναισθηματικά εξαντλημένος/η, λόγω της δουλειάς μου.* Σύμφωνα με το πόσο ταυτίζεται με αυτή τη διαπίστωση, συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο. Το σύνολο των απαντήσεων δημιουργεί ένα σκορ, το οποίο έπειτα αξιολογείται για να διαπιστωθεί η ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης.

(Hallberg et al. 2004).

Πίνακας 2: οι 3 διαστάσεις της κλίμακας MBI: συναισθηματική εξουθένωση, προσωπική επίτευξη, αποπροσωποποίηση

	Orthogonal Rotation					Oblique Rotation				
	EE	PA	DP	DNL	OF	EE	PA	DP	DNL	OF
Emotional Exhaustion (EE)										
1. Emotionally drained	16					5				
2. Used up	16						5			
3. Fatigued in the morning	16		1		1	5				
6. Working with people	13	2	1	1			5			
8. Burned out	16		1		1			5		
13. Frustrated	13		1		1	1		4	1	
14. Working too hard	14	1		2		1	4		1	
16. Stress	12	2	2	1	4			1		
20. End of my rope	14	1	1	2	4				1	
Personal Accomplishment (PA)										
4. I can understand		11	1	2	2			3	2	
7. I deal effectively		12	1	1	2	3		1	2	
9. I'm positively influencing		13	2	1			5	1		
12. Energetic	1	13	2		1		5			
17. Relaxed atmosphere		14	1	1			5			
18. I feel exhilarated		14	2			3			2	
19. Accomplished		13	2	1	1				5	
21. Deal with emotional problems		12	1	3				3	2	
Depersonalization (DP)										
5. Impersonal objects		2	11	2		5				
10. Callous toward people	1	2	12		2	5				
11. Hardening me emotionally	4	2	11		2	5				
15. I don't really care	1	2	10	1	2		4		1	
22. Recipients blame me	2	2	8		2			4	1	

(Worley et al. 2022).

1.3. Θεραπευτική προσέγγιση

Υπάρχουν πολλές πρακτικές τις οποίες μπορεί να ακολουθήσει νοσηλευτικό προσωπικό με επαγγελματική εξουθένωση. Μερικές από αυτές είναι η αναρρωτική άδεια, για την αποστασιοποίηση από το αρνητικά φορτισμένο περιβάλλον, ψυχολογική υποστήριξη και άλλα. Για να αντιμετωπιστεί όμως η επαγγελματική εξουθένωση πρέπει να θυμόμαστε γιατί δημιουργείται εξ αρχής. Οτιδήποτε και αν κάνει το άτομο σε προσωπικό επίπεδο, οι παράγοντες που δημιουργούν την επαγγελματική εξουθένωση θα συνεχίζουν να υπάρχουν. Η καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση είναι η **πρόληψη**. Αυτό σημαίνει καλυτέρευση των συνθηκών εργασίας, ανάπτυξη σχέσεων μέσα στην θεραπευτική ομάδα, επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό, λιγότερες υπερωρίες και πολλά άλλα (Czeglédi & Tandari, 2019).

2. Περιγραφή των ψυχιατρικών παθήσεων

2.1 Διαγνωστικά εργαλεία ταξινόμησης (DSM-IV, ICD 10)

Για την κατανόηση, την κατάταξη και την διάγνωση των ψυχιατρικών διαταραχών, έχουν κατασκευαστεί διαγνωστικά εργαλεία, όπως το DSM και το ICD.

Το **DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχιατρικών Διαταραχών)** της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας είναι το συνηθέστερο στατιστικό εργαλείο για την κατάταξη των ψυχιατρικών διαταραχών γραμμένο σε κατανοητή για τον αναγνώστη γλώσσα. Η τελευταία αναθεώρηση του είναι η Πέμπτη, η οποία δημοσιεύτηκε τον Μάιο του 2013. Αυτό χρησιμοποιεί κωδικοποίηση για την κατάταξη των ψυχιατρικών διαταραχών, δημιουργώντας μια ομαδοποίηση μαζί με τις συναφείς τους. Η κάθε ψυχιατρική διαταραχή διαθέτει διαγνωστικά κριτήρια, με τα οποία μπορεί να ταυτίζεται ο ασθενής.

Το **ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems, Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Ασθενειών και Σχετικών Προβλημάτων Υγείας)** του Παγκόσμιου Οργανισμού υγείας είναι το αντίστοιχο στατιστικό εργαλείο για όλα τα προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιατρικών. Η τελευταία του αναθεώρηση είναι η ενδέκατη, η οποία δημοσιεύτηκε τον Μάιο του 2019.

Αυτά τα δυο εργαλεία χρησιμοποιούνται συνδυαστικά για την κωδικοποίηση και την ταξινόμηση των ψυχιατρικών ασθενειών από διάφορους επαγγελματίες όπως από επαγγελματίες υγείας μέχρι και το νομικό σύστημα για την διάγνωση των ψυχιατρικών διαταραχών και αποτελούν την πιο έγκυρη μορφή διάγνωσης και ταξινόμησης μιας ασθένειας (Regier, 2013).

Ο οδηγός φαρμάκων **Γαληνός** χρησιμοποιείται ευρέως από την Ελληνική Δημοκρατία από Γιατρούς, Φαρμακοποιούς, Νοσηλευτές, Ψυχολόγους, Επαγγελματίες Υγείας. Στην ιστοσελίδα Γαληνός, αναφέρονται με λεπτομέρεια οι διαφορετικές ομαδοποιήσεις των ψυχιατρικών διαταραχών και οι κωδικοποιήσεις αυτών, ενώ μπορεί οποιοσδήποτε να δει με λεπτομέρεια τι φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν στις διάφορες διαγνώσεις με σαφήνεια και εγκυρότητα.

Γαληνός Οδηγός φαρμάκων		
Εμπορική, δραστική, barcode, νόσος, κ.α.		Αναζήτηση
Περιεχόμενα Φαρμακευτικός οδηγός Κωδικοποιήσεις Εργαλεία Περί Γαληνός		
Κεφάλαια ταξινόμησης ICD-10		
Κεφάλαιο	Κωδικοί	Τίτλος κεφαλαίου
ICD I	A00-B99	Ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα
ICD II	C00-D48	Νεοπλασμάτα
ICD III	D50-D89	Παθήσεις του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένες διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού
ICD IV	E00-E90	Ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις
ICD V	F00-F99	Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς
ICD VI	G00-G99	Παθήσεις του νευρικού συστήματος
ICD VII	H00-H59	Παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του
ICD VIII	H60-H95	Παθήσεις του ωτός και της μαστοειδούς απόφυσης
ICD IX	I00-I99	Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος
ICD X	J00-J99	Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος

Κεφάλαια ταξινόμησης ICD-10

Κωδικός	Τίτλος
ICD F00-F09	Οργανικές, (συμπεριλαμβάνονται και οι συμπτωματικές), ψυχικές διαταραχές
ICD F10-F19	Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών
ICD F20-F29	Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρηματικές διαταραχές
ICD F30-F39	Συναισθηματικές διαταραχές (F30 - F39)
ICD F40-F48	Νευρωτικές, σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές
ICD F50-F59	Σύνδρομα συμπεριφοράς που σχετίζονται με φυσιολογικές διαταραχές και φυσικούς παράγοντες
ICD F60-F69	Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς στον ενήλικα
ICD F70-F79	Νοητική υστέρηση
ICD F80-F89	Διαταραχές της φυσιολογικής ανάπτυξης
ICD F90-F98	Συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς με έναρξη συνήθως κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία
ICD F99	Διάφορες νοητικές διαταραχές

Κωδικοποίηση ψυχιατρικών διαταραχών στα κεφάλαια ταξινόμησης του ICD-10

Η επαγγελματική εξουθένωση ταξινομείται αρχικά στο κεφάλαιο XXI, Z00-Z99, *Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας*, έπειτα στην ομάδα Z70-Z76, *Άτομα που απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας για άλλες καταστάσεις*, στην ομάδα **Z73, Προβλήματα που σχετίζονται με την αντιμετώπιση των δυσχερειών της ζωής** και τελικά λαμβάνει τον κωδικό:

Z73.0 Εξάντληση

Κατάταξη ομάδας		
Επίπεδο	Κωδικός	Τίτλος
0	ICD XXI	<u>Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας</u>
1	ICD Z70-Z76	<u>Άτομα που απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας για άλλες καταστάσεις</u>
2	ICD Z73	Προβλήματα που σχετίζονται με την αντιμετώπιση των δυσχερειών της ζωής
Περιεχόμενα ομάδας		
Κωδικός	Τίτλος	
ICD Z73.0	<u>Εξάντληση</u>	

(Γαληνός Οδηγός Φαρμάκων, 2022)

2.2 Στατιστικά δεδομένα για τις ψυχιατρικές νόσους στην Ελλάδα

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ του 2009-2010 σε όλη την Ελλάδα, με δείγμα 4894 συμμετεχόντων, στο 14% του πληθυσμού παρατηρήθηκαν ψυχιατρικά συμπτώματα, που υποδηλώνουν την ύπαρξη ψυχιατρικής νοσηρότητας. Σε αυτούς:

Παρατήρηση	Ποσοστό νοσηρότητας
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	4.1%
Κατάθλιψη	2.9%
Διαταραχή Πανικού	1.88%
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	1.69%
Όλες οι φοβίες	2.79%
Διαταραχή κατάθλιψης-άγχους	2.67%
Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ	12.69%
Κάπνισμα	39.6%
Κάπνισμα κάνναβης	2.06%

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρήθηκε συσχέτιση αυξημένης νοσηρότητας ψυχιατρικών διαταραχών με τις συγκεκριμένες μεταβλητές: γυναικείο φύλο, χηρεία, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και ανεργία. Επίσης παρατηρήθηκε μεγαλύτερη χρήση όλων των ουσιών από άντρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Τέλος, οι συνηθισμένες ψυχιατρικές διαταραχές ήταν συχνά αδιάγνωστες (Σκαπινάκης, 2013).

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή δημοσίευσε το 2014 ένα Δελτίο Τύπου στο οποίο παρουσιάζει τα ευρήματα μελέτης που μετρούν την υγεία στον γενικό πληθυσμό. Στη μελέτη υπήρχαν συγκεκριμένα ερωτήματα σχετικά με την ψυχική υγεία, με σκοπό την παρατήρηση επιπολασμού και τη σοβαρότητα ψυχικών νόσων. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται τα εξής δεδομένα:

Το 4.7% του πληθυσμού δήλωσε **κατάθλιψη**, ποσοστό που έχει αυξηθεί κατά 80.8% σε σύγκριση με το ποσοστό του 2009, που ήταν 2.6%.

Το 7.6% των ατόμων από 16 ετών και άνω δήλωσε **αγχώδεις διαταραχές**.

Το 1.7% σημείωσε **άλλες ψυχιατρικές διαταραχές**

Το 1.0% δήλωσε άνοια ή εξωπυραμιδικά σύνδρομα τύπου νόσου **Alzheimer**

Από τον πληθυσμό 15 ετών και άνω, το 92.9% απάντησε σε όλα τα ερωτήματα σχετικά με την ψυχική υγεία. Το 61.7% έδωσε αρνητικές απαντήσεις σε όλα τα ερωτήματα της ενότητας, ενώ το 38.3% σημείωσε ότι ένιωσε ένα τουλάχιστον αρνητικό συναίσθημα ή κατάσταση με συγκεκριμένη συχνότητα. Το 4.7% του ίδιου πληθυσμού επισκέφθηκε μέσα στον προηγούμενο χρόνο ψυχολόγο ή ψυχίατρο για προϋπάρχουν θέμα υγείας. Τα ποσοστά ανδρών, γυναικών σε αυτό τον πληθυσμό είναι 3.3% και 6.0% αντίστοιχα. Τέλος, στην Έρευνα Υγείας 2014 συμπεριλήφθηκε **για πρώτη φορά** ερώτημα σχετικό με **αυτοκτονικό ιδεασμό** αλλά και τη συχνότητα του. Το 3.3% των ατόμων 15 ετών + απάντησε με σαφήνεια πως «έκανε σκέψεις πως θα ήταν καλύτερα να μη ζει ή να βλάψει τον εαυτό του» μέσα στις προηγούμενες 3 εβδομάδες προγενέστερα της μελέτης.

(ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2014).

3. Η ιστορία της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα

Το τοπίο της ψυχικής υγείας, όπως έχει σήμερα διαμορφωθεί, είναι επίτευγμα μεγάλου κόπου της επιστημονικής κοινότητας και των ψυχικά πασχόντων, όπου ταλαιπωρήθηκαν με βάνανυς τεχνικές μέχρι αυτό να θεσμοθετηθεί. Μια σύντομη ιστορία της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζεται παρακάτω.

3.1. Νόμος ΨΜΒ Περί συστάσεως Φρενοκομείων (1862)

Ο πρώτος νόμος που κάνει αναφορά σε ψυχικά πάσχοντες στην Ελλάδα ήρθε το 1862 (**Νόμος ΨΜΒ Περί συστάσεως Φρενοκομείων**). Μέχρι τότε, κυριαρχούσε σκοταδισμός για την ψυχική διαταραχή, ενώ η Εκκλησία είχε τον ρόλο της φροντίδας, κάτι το προβληματικό, καθώς η εκκλησία δεν έχει τα επιστημονικά εργαλεία να φροντίσει τους ψυχικά ασθενείς. Έτσι άρχισαν να χτίζονται τα γνωστά «**φρενοκομεία**» όπως αυτό της Κέρκυρας, το ψυχιατρείο στο Δαφνί, το Δρομοκαΐτειο, το Αιγινήτειο Νοσοκομείο και άλλες, μικρής εμβέλειας, ψυχιατρικές δομές της επαρχίας.

Σε αυτή τη φάση της ιστορίας της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, κυριαρχούν συνθήκες απερίγραπτης αθλιότητας και για τους «τρόφιμους» αλλά και για το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι δομές ήταν υπερκορεσμένες με ψυχικά ασθενείς, σε μεγάλα δωμάτια και με πολλά κρεβάτια χωρίς να υπάρχει ιδιωτικότητα και χώρος για προσωπικά αντικείμενα. Πολλοί ασθενείς με πρόφαση την ασφάλεια των εαυτών τους και του προσωπικού ήταν κατά κύρια βάση ακινητοποιημένοι στο κρεβάτι τους, κάτι που αργότερα στην ιστορία δεν θεωρείται αποδεκτό. Δεν υπήρχαν αρκετά μπάνια για τον μεγάλο αριθμό των τρώφινων και υπήρχε μεγάλη παραμέληση στη προσωπική τους υγιεινή (Μισουρίδου, 2008).

Δεν είναι ψέμα λοιπόν πως κάτι θα έπρεπε να αλλάξει, καθώς οι συνθήκες διαβίωσης και οι συνθήκες της θεραπευτικής προσέγγισης στις ψυχιατρικές δομές είχαν κριθεί **ακατάλληλες**.

3.2. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση (1984)

«Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση» σημαίνει ενεργοί, αυτόνομοι πολίτες με κοινωνικοοικονομική ένταξη και δραστηριότητα. Μια αντίθετη ζωή από αυτή του εσώκλειστου ασθενή σε ψυχιατρικό άσυλο. Εκεί στόχευσε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία κρίθηκε απαραίτητη μετά την είσοδο της Ελλάδας στην ΕΕ το 1981.

Για την επίτευξη αυτού, έπρεπε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες δομές, αλλά και τα κατάλληλα θεραπευτικά μοντέλα για να αποιδρυματοποιηθεί η ψυχική υγεία. Κάτι που έγινε με την ψήφιση του νόμου **N.2716/99** περί «Αναπτύξεως και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις». Βασικός στόχος του νόμου ήταν η ανάπτυξη νέων κοινοτικών υπηρεσιών με σκοπό το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων των οποίων οι συνθήκες ήταν ακατάλληλες (Χριστοδούλου, 2012).

Πρώτη φάση (1984-1989):

1. Εκσυγχρονισμός των ψυχιατρικών νοσοκομείων
2. Δημιουργία νέων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Δεύτερη φάση (1989-1995):

1. Αποϊδρυματοποίηση των εγκλείστων
2. Δημιουργία 250 νέων δομών:
 - ❖ Κέντρα Ψυχικής Υγείας
 - ❖ Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία της χώρας
 - ❖ Κέντρα Προσανατολισμού Παιδιού
 - ❖ Μονάδες Εφήβων
 - ❖ Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
 - ❖ Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης
 - ❖ Κινητές Μονάδες για τις απομακρυσμένες περιοχές
 - ❖ Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης
 - ❖ Μονάδες Παρέμβασης στην κρίση
 - ❖ Ειδικές υπηρεσίες σύμφωνα με τις τοπικές απαιτήσεις.

(Χριστοδούλου, 2012).

3.3. Το ένοχο μυστικό της Ευρώπης (1989)



(Aegeannews, 2019).

Τον Σεπτέμβριο του 1989 δημοσιεύτηκε ένα άρθρο της εφημερίδας *Observer* με τίτλο **“Το ένοχο μυστικό της Ευρώπης” 1.300 χαμένες ψυχές παρατημένες να σαπίσουν»**. Το άρθρο αποκάλυψε τις συνθήκες διαβίωσης στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου σε διεθνές βεληνεκές και γιαυτό οι αλλαγές θα έπρεπε να είναι άμεσες καθώς θα γινόταν διακοπή της χρηματοδότησης. Αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα τον τερματισμό της μεταρρύθμισης και ότι είχε ξεκινήσει για την βελτίωση της περιθαλψής και των συνθηκών διαβίωσης των ψυχικά νοσούντων. Μετά τη διεθνή κατακραυγή, έγιναν πολλές βελτιώσεις στις υπάρχουσες υπηρεσίες, δημιουργήθηκαν νέες δομές και σύγχρονη εκπαίδευση για το προσωπικό. Για τον ακόμα καλύτερο σχεδιασμό, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ίδρυσε την **Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας** το 1990, το μέχρι και σήμερα κεντρικό όργανο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Καραστεργίου, 2005).

Στιγμιότυπα από το ψυχιατρείο της Λέρου



(aegeanews, 2019 & lifo, 2021).

3.4. «Ψυχαργός» (1997-2006)

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δημιούργησε το δεκαετές πρόγραμμα δράσης «**ψυχαργός**» που στόχευε στη διασφάλιση της συνέχισης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Το Εθνικό Πρόγραμμα είχε δύο στόχους:

1. Αποασυλοποίηση ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία
2. Δημιουργία Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα

Παρατηρώντας τα δεδομένα και βλέποντας τα αποτελέσματα μετά την λήξη του προγράμματος, ο στόχος περί της κατάργησης των ψυχιατρικών νοσοκομείων, έχει **εν μέρει επιτευχθεί**, καθώς πέντε από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της Ελλάδας έχουν κλείσει τα τμήματα τύπου ασύλου, ενώ τα Δαφνί, Δρομοκαϊτειο και ΨΝΘ έχουν μειώσει ραγδαία τον αριθμό των κλινών του τμήματος τύπου ασύλου. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και το πρόγραμμα ψυχαργός ήταν ο κύριος μηχανισμός εκσυγχρονισμού της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, καθώς συνέβαλαν στην

αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών και στην ανάπτυξη των σημερινών δομών ψυχικής υγείας της κοινότητας (Δεπάστας, 2018).

3.5. Σήμερα (Σεπτέμβριος 2022)

1. Ενδονοσοκομειακά:

- ❖ Για τους ασθενείς μακροχρόνιας διαμονής (Κλειστά τμήματα ψυχιατρικών κλινικών)
- ❖ Για τους ασθενείς βραχυχρόνιας διαμονής (Ανοιχτά τμήματα ψυχιατρικών κλινικών)

2. Εξωνοσοκομειακά

- ❖ Κέντρα ψυχικής υγείας
- ❖ Κέντρα ημέρας
- ❖ Κέντρα αποκατάστασης
- ❖ Ξενώνες φιλοξενίας
- ❖ Οικοτροφεία
- ❖ Ιδιωτικά κέντρα συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας

(Δεπάστας, 2018).

4. Η ψυχιατρική νοσηλευτική ειδικότητα και ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας

4.1. Νοσηλευτικές ειδικότητες

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελληνικής Δημοκρατίας, έχουν δημιουργηθεί νοσηλευτικές ειδικότητες, οι οποίες έχουν σκοπό να προάγουν την θεωρητική και την εφαρμοσμένη εκπαίδευση επαγγελματιών νοσηλευτών, ώστε να προσφέρεται **ποιοτική, εξειδικευμένη, τεκμηριωμένη και αποτελεσματική φροντίδα**, σε όλους τους κλάδους της υγείας, από την πρωτοβάθμια, στη δευτεροβάθμια και έως την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι νοσηλευτικές ειδικότητες, σύμφωνα με το Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (Ε.Σ.Α.Ν.) του Υπουργείου Υγείας της Ελληνικής Δημοκρατίας από τις 29-05-2019, ορίζονται παρακάτω.

Νοσηλευτικές Ειδικότητες:

- α. Ανακουφιστική και Υποστηρικτική Νοσηλευτική Φροντίδα
- β. Γεροντολογική Νοσηλευτική
- γ. Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική
- δ. Κοινοτική Νοσηλευτική
- η. Παιδιατρική Νοσηλευτική
- θ. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας
- κ. Παθολογική Νοσηλευτική
- λ. Χειρουργική - Περιεγχειρητική Νοσηλευτική

Επιπλέον, μετά την εκπόνηση της νοσηλευτικής ειδικότητας, παραδίδεται τίτλος εξειδίκευσης στους ενδιαφερόμενους ειδικευμένους νοσηλευτές.

Εξειδικεύσεις:

- α. Αιμοδοσία
- β. Νεφρολογική Νοσηλευτική
- γ. Νοσηλευτική Αναισθησιολογία
- δ. Νοσηλευτική διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη
- ε. Νοσηλευτική Χειρουργείου
- στ. Διαχείριση Εξωσωματικής
- ζ. Νοσηλευτική Ελέγχου Λοιμώξεων
- η. Νοσηλευτική Καρδιαγγειακών Παθήσεων

- θ. Ογκολογική Νοσηλευτική
 - ι. Νοσηλευτική Αποκατάσταση
 - κ. Συντονιστή Μεταμόσχευσης
- (Ε.Σ.Α.Ν, 2019).

4.2 Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής

Ο νοσηλευτής που εργάζεται σε μια ψυχιατρική μονάδα, όπως μια κλειστή/ανοιχτή ψυχιατρική κλινική (ενότητα 3.1.), έχει έναν **πολυδιάστατο ρόλο** όχι μόνο στην περίθαλψη, φροντίδα, αποκατάσταση, θεραπεία του ασθενούς, αλλά και στην καθοδήγηση των οικείων ανθρώπων του ασθενούς. Υπάρχουν πολλές δεξιότητες που πρέπει να κατέχει ο ψυχιατρικός νοσηλευτής ώστε να παρέχει τη σωστή φροντίδα και κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας στην κλινική. Όμως ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή δεν σταματά μόλις ο νοσηλευτής βγει από τον θάλαμο του ασθενούς. Ούτε μόλις ο ασθενής λάβει το εξιτήριο του.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής είναι υπεύθυνος και για την **μετέπειτα πορεία** της ψυχικής υγείας του ασθενούς του ακόμα και εάν αυτός εξέλθει από το νοσοκομείο. Είναι υπεύθυνος να καθοδηγήσει και να προσανατολίσει τους οικείους ανθρώπους του ψυχιατρικού ασθενή, ώστε να του παρέχουν ένα σωστά δομημένο υποστηρικτικό περιβάλλον που τον κατανοεί και τον αποδέχεται και έτσι τον βοηθά να εξελίξει την ψυχιατρική του διαταραχή. Όλοι αυτοί οι σημαντικοί ρόλοι του ψυχιατρικού νοσηλευτή αναλύονται στις παρακάτω υποενότητες (Cusack et al. 2016).

Σύμφωνα με το Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (Ε.Σ.Α.Ν.) του Υπουργείου Υγείας της Ελληνικής Δημοκρατίας, η ειδικότητα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας έχει σκοπό την **ανάπτυξη γνώσεων, δεξιοτήτων, στάσεων και συμπεριφορών των νοσηλευτών στην φροντίδα ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας**. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να είναι παιδιά, έφηβοι, ενήλικες και ηλικιωμένοι. Δομές στις οποίες προσφέρει τις υπηρεσίες του ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, λαμβάνοντας υπόψιν και το πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, είναι: ψυχιατρικό νοσοκομείο, γενικό νοσοκομείο, διασυνδεδετική, κέντρο ψυχικής υγείας, μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, κινητή μονάδα ψυχικής υγείας, κατ' οίκον νοσηλεία, παρέμβαση στην κρίση, σχολείο, φυλακή και σε άτομα με χρήση ουσιών.

Επιμέρους **στόχοι** της ψυχιατρικής νοσηλευτικής ειδικότητας είναι:

- Η προαγωγή ψυχικής υγείας του πληθυσμού
- Η πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων σε όλα τα επίπεδα
- Η ενδυνάμωση των ασθενών με ψυχικό νόσημα
- Η δημιουργία και έλεγχος του θεραπευτικού περιβάλλοντος
- Η νοσηλεία των ασθενών και
- Η ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση

(Ε.Σ.Α.Ν, 2019).

5. Οι ρόλοι του νοσηλευτή

5.1 Ρόλος ψυχιατρικών νοσηλευτών προς τους ασθενείς

Το νοσηλευτικό προσωπικό που δουλεύει σε δομές ψυχικής υγείας έχει σημαντικό ρόλο στην **θεραπευτική προσέγγιση** της ψυχιατρικής. Αποτελεί τον πυρήνα των επαγγελματιών υγείας και έτσι μπορεί να παρέχει τη σωστή φροντίδα στους ασθενείς ψυχικής υγείας σε διάφορες καταστάσεις, όπως στο σπίτι, την κοινότητα, το νοσοκομείο. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής είναι υπεύθυνος και για την σωματική και για την ψυχική ευεξία του ασθενούς του (Cusack, 2017). Για την επιτυχία της περίθαλψης θα πρέπει να δομηθεί η κατάλληλη **θεραπευτική σχέση** μεταξύ ασθενούς- νοσηλευτή. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει η **ενεργητική ακρόαση**. Η ενεργητική ακρόαση χαρακτηρίζεται ως μια δυναμική και διαδραστική διαδικασία, που απαιτεί τη χρήση όλων των αισθήσεων και περιλαμβάνει πληθώρα στοιχείων επικοινωνίας όπως την προσοχή και την κατανόηση, την ενσυναίσθηση και την αξιολόγηση της λεκτικής – μη λεκτικής επικοινωνίας.

Οι θεραπευτικές σχέσεις θεωρούνται θεμέλιο για την ψυχική υγεία όπως και για την προοδευτική μεταβολή της στάσης του ασθενούς απέναντι στη νόσο, την συμπεριφορική αλλαγή και την προοπτική προς το μέλλον.

Η σχέση φροντίδας τροφοδοτείται από **ευγένεια, ενεργητική φιλικότητα, αντικειμενικότητα, αίσθηση του χιούμορ** και εν γένει από τη **θετική προσέγγιση του νοσηλευτή**. Επομένως, η ενσωμάτωση και η χρήση της ενεργητικής ακρόασης στην καθημερινή επαφή με τον ασθενή του παρέχει την δυνατότητα να εξωτερικεύσει τις σκέψεις αλλά και τις ανησυχίες του και φυσικά του αφήνει την εντύπωση πως απέναντι του, έχει έναν ακροατή ο οποίος τον παρακολουθεί με προσοχή και ενδιαφέρον. Στηρίζει την ορθή οικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης και επιτρέπει στον ασθενή να διαπιστώσει ότι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας δείχνει γνήσιο ενδιαφέρον για την κατάσταση αλλά και για την πορεία της υγείας του (Φραδέλος,& Στάϊκος, 2013).

5.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προαγωγή της ψυχοκοινωνικής φροντίδας

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προαγωγή της ψυχοκοινωνικής φροντίδας σύμφωνα με τους Ameel et al. (2021) στοχεύει στην **παροχή υποστήριξης και παρέμβασης στην αυτοφροντίδα, στην προαγωγή της κοινωνικότητας και στην προαγωγή της σωματικής άσκησης**. Μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε με συμμετέχοντες νοσηλευτές που δουλεύουν στην κοινότητα, παρατηρήθηκε ότι εκτέλεσαν 93 νοσηλευτικές παρεμβάσεις σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης Nursing Interventions Classification. Από αυτές, οι 44 είχαν άμεση επαφή με τον ασθενή, ενώ οι 49 είχαν διοικητικό, διαχειριστικό χαρακτήρα. Οι **44 παρεμβάσεις** που παρατηρήθηκαν στο ερευνητικό διάστημα παρουσιάζονται παρακάτω:

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής φροντίδας

Τομέας	Τύπος παρέμβασης	Παρέμβαση
Σωματική	Δραστηριότητα και διαχείριση άσκησης	Προαγωγή σωματικής άσκησης
	Διατροφική υποστήριξη	Διατροφική συμβουλευτική
	Προαγωγή αυτοφροντίδας	Προαγωγή στοματικής υγιεινής
		Βοήθεια με την αυτοφροντίδα
		Προαγωγή ύπνου
Συμπεριφοριστική	Συμπεριφορική θεραπεία	Θεραπεία δραστηριότητας
		Θεραπεία αυτοεκτίμησης
		Διαχείριση αυτοτραυματισμού
		Διαχείριση κοινωνικών δεξιοτήτων
		Εμφύχωση
		Εκπαίδευση διαχείρισης παρορμητισμού
		Θεραπευτική οριοθέτηση
		Ορισμός στόχων
		Ορισμός συμπεριφορικών στόχων
	Γνωστική θεραπεία	Γνωστική ανακατασκευή
		Προσανατολισμός πραγματικότητας
	Διαχείριση επικοινωνίας	Ενεργητική ακρόαση
		Κατασκευή σύνθετων σχέσεων
		Ενίσχυση κοινωνικοποίησης
	Βοήθεια αντιμετώπισης προβλημάτων	Καθοδήγηση υγιεινού τρόπου ζωής
		Μακροχρόνια μείωση άγχους
		Ενίσχυση μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων
		Συμβουλευτική
		Συναισθηματική υποστήριξη
		Διαχείριση συναισθήματος υπευθυνότητας
		Έμπνευση ελπίδας
		Ενίσχυση κοινών δεξιοτήτων
		Διαχείριση συναισθημάτων
		Ενίσχυση παρουσίας
		Ενίσχυση ρόλων
		Προαγωγή αυτογνωσίας
		Προαγωγή αυτοπεποίθησης
		Προαγωγή αυτοεκτίμησης
		Σεξουαλική διαπαιδewγηση
		Ομάδα εκμάθησης δεξιοτήτων
		Ενίσχυση υποστηρικτικού περιβάλλοντος
	Εκπαίδευση ασθενή	Εκπαίδευση πορείας ασθένειας
		Εκπαίδευση υγείας
		Εκπαίδευση αποδοχής
	Προαγωγή φυσιολογικής άνεσης	Μείωση άγχους
Ασφάλεια	Διαχείριση κρίσεων	Αναγνώριση ρίσκων
	Διαχείριση ρίσκων	Πρόληψη αυτοκτονίας
		Παρακολούθηση

Ameel et al. (2021).

5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα των οικείων και των φροντιστών

Μεγάλο κομμάτι στην προαγωγή της υγείας των ψυχιατρικών ασθενών αποτελεί το **περιβάλλον** στο οποίο οι ασθενείς θα επιστρέψουν μετά από το νοσοκομείο. Καθώς η υγεία είναι μια μεταβαλλόμενη κατάσταση, μπορεί ένας άνθρωπος να βρεθεί να πρέπει να επεξεργαστεί μια καινούργια για τον ίδιο συνθήκη, όπως η διάγνωση μιας ψυχιατρικής διαταραχής. Αυτό είναι κάτι που θα πρέπει να το επεξεργαστεί και ο ίδιος, αλλά και οι **οικείοι** του άνθρωποι. Είναι σημαντικό να υπάρχει αποδοχή, υποστήριξη και κατανόηση από τους οικείους ανθρώπους και τους φροντιστές των ψυχιατρικών ασθενών. Αυτό συχνά δεν συμβαίνει καθώς δεν υπάρχει αρκετή κοινή γνώση για τις ψυχιατρικές διαταραχές, που με τη σειρά του καθιστά ιδιαίτερη την συμβίωση και την υποστήριξη μιας ψυχιατρικής διαταραχής. Είναι **καθήκον του ψυχιατρικού νοσηλευτή** να μεταφέρει τις γνώσεις του για την διαταραχή του ασθενούς, τις παρεμβάσεις υποστήριξης και οποιαδήποτε άλλη βοήθεια ή ερωτήσεις μπορεί να χρειαστεί να απαντήσει, στους οικείους ή φροντιστές του ασθενούς. Αυτό ονομάζεται **οικογενειακή ψυχοεκπαίδευση** (family psychoeducation) και είναι ζωτικής σημασίας για την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ποιότητα της οικογενειακής ψυχοεκπαίδευσης που λαμβάνουν οι οικείοι/φροντιστές είναι υψηλή, ταυτοχρόνως όμως, το ποσοστό αυτών που την λαμβάνουν είναι εξαιρετικά χαμηλό.

(Hestmark et al. 2021).

5.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την επαγγελματική εξουθένωση

Συνοπτικός πίνακας νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την επαγγελματική εξουθένωση	
Πηγή	Παρέμβαση
Adams & Putrino, 2010	Δημιουργία ενός εκφραστικού εργαστηρίου που προωθεί την αυτοφροντίδα, ενημερώνοντας τους συμμετέχοντες με πληροφορίες για την δημιουργική έκφραση
Aycock & Boyle, 2009	Προγράμματα υποστήριξης εργαζομένων είτε στο νοσοκομείο είτε σε άλλο χώρο
Bauer-Wu, 2005	Θεραπευτικά προγράμματα τα οποία έλαβαν μέρος έξω από το νοσοκομείο. Οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή τεσσάρων συνεδριών. Αυτές ήταν: «Διατηρώντας την ελπίδα» (χρησιμοποιεί τέχνη, φωτογραφία, ιστορία για την επαναφορά της ελπίδας ως μια πρακτική αυτοφροντίδας) «Επιστροφή στο σώμα μας» (χρησιμοποιεί θεραπευτικές πρακτικές) «Γαλήνη» (χρησιμοποιεί διαλογισμό για την αποδοχή της ηρεμίας και της συναισθηματικής ισορροπίας στην καθημερινότητα) «Το σημαντικότερο μάθημα» (χρησιμοποιεί την έκφραση των ίδιων των συμμετεχόντων για την δημιουργία αυτογνωσίας με δημιουργικά μέσα) Τα προγράμματα αυτά προσέφεραν στους συμμετέχοντες ελεύθερο απογευματινό χρόνο και θεραπευτικό μασάζ, μουσικοχορευτικά προγράμματα καθώς και πρωινά μαθήματα γιόγκα ή και περπάτημα στη φύση
Cohen-Katz et al., 2005	Ένα πρόγραμμα διάρκειας 8 εβδομάδων που προωθεί τη μείωση του στρες και προωθεί την ξεκούραση, την αυτοφροντίδα, τις εργασιακές και διαπροσωπικές σχέσεις και τρόπους διαχείρισης δύσκολων συναισθημάτων
Hayes et al., 2005	Εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχεδιασμένο για να υποστηρίξει νοσηλευτές που ξεκινούν τη δουλειά στην ογκολογική. Επίσης προσφέρονται θεραπευτικές αναζωογονητικές συνεδρίες για την μείωση του στρες και ψυχιατρική υποστήριξη
Lambert & Steward, 2007	Θεραπευτικό πρόγραμμα με φαγητό και κοινωνικές δραστηριότητες. Εκπαίδευση στη δημιουργία ομαδικού πνεύματος, σωστής επικοινωνίας και δημιουργίας ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος.
LeBlanc et al., 2007	Εκπαιδευτικό πρόγραμμα για 3 ώρες κάθε μήνα για 6 μήνες επάνω στις εργασιακές συνθήκες, την επικοινωνία, τη δημιουργία κοινωνικής υποστήριξης, την ισορρόπηση των εργασιακών δυσκολιών, την επίλυση προβλημάτων σχετιζόμενα με την αλλαγή.
Medland et al., 2004	Θεραπευτικά ημερήσια προγράμματα εκτός του νοσοκομείου που προωθούν τη διαχείριση του στρες χρησιμοποιώντας διάφορες δραστηριότητες. Ενημέρωση για την διαχείριση του στρες και της αυτοφροντίδας μέσα στα πλαίσια του εργασιακού περιβάλλοντος.
Potter et al., 2013	Εκπαιδευτικό πρόγραμμα διάρκειας 5 εβδομάδων στο οποίο οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται στην ανοχή της εξουθένωσης που σχετίζεται με την ενσυναίσθηση
Walton & Alvarez, 2010	Εκπαιδευτικό πρόγραμμα 4 ωρών που δημιουργήθηκε από ψυχιατρικό κλινικό νοσηλεύτη και συμπεριλάμβανε πειραματικές δραστηριότητες που στοχεύουν στην αποδοχή και μείωση της εξουθένωσης με διαλογισμό και χρησιμοποιώντας απαλή μουσική, κεριά, αρωματοθεραπεία κλπ.

(Henry, 2014).

6. Ευρήματα σχετικών μελετών για την επιβάρυνση νοσηλευτών ψυχικής υγείας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας για τη νοσηλευτική και πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα. Συνεχώς γίνεται έρευνα επάνω στο θέμα για να συλλεχθούν παραπάνω πληροφορίες ως προς το γιατί συμβαίνει και πως μπορεί να αντιμετωπιστεί.

Σκοπός

Σκοπός της ανασκοπικής μελέτης ήταν η διερεύνηση και η βιβλιογραφική ανασκόπηση δεδομένων για την επιβάρυνση της υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζεται σε δομές φροντίδας και φιλοξενίας ψυχιατρικών ασθενών.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση και ανασκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία, στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar.

Λέξεις-κλειδιά: επιβάρυνση υγείας, επαγγελματική εξουθένωση, νοσηλευτικό προσωπικό, νοσηλευτές/τριες, ψυχιατρική δομή, ψυχιατρικοί ασθενείς, κέντρο ημέρας, φροντίδα, φιλοξενία, οικοτροφείο, ψυχική υγεία, work exhaustion, burnout, job burnout, nurse, nursing, psychiatry, psychiatric patient(s), care, foster, psychiatric ward, psychiatric daycare center.

Χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος προχωρημένης αναζήτησης *PubMed Advanced Search Builder* στην μηχανή αναζήτησης PubMed, χρησιμοποιώντας τους λογικούς τελεστές AND, OR για την κατασκευή του όρου αναζήτησης νέων ερευνητικών δεδομένων. Η αναζήτηση απλοποιήθηκε με τους όρους MeSH. ο τελικός όρος αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκε είναι ο εξής:

(((((((((psychiatric) OR (mental health)) OR (psychiatry)) OR (psychiatric patients)) OR (mental health care)) OR (mental health foster)) OR (psychiatric day care center)) OR (psychiatric ward)) AND ((nurse) OR (nursing))) AND (((work exhaustion) OR (burnout)) OR (job exhaustion)) OR (job burnout)).

Ο όρος αναζήτησης επιστρέφει 187 αποτελέσματα. Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν τα 15 πιο σχετικά.

Κριτήρια ένταξης στην ανασκόπηση: Οπουδήποτε στον κόσμο, στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα.

Κριτήρια αποκλεισμού: Δημοσιευμένα πριν το 2018.

6.1. Νέα ερευνητικά δεδομένα επιβάρυνσης υγείας επαγγελματιών υγείας που δουλεύουν σε δομές ψυχικής υγείας

Οι Moreira & de Lucca (2020) πραγματοποίησαν μια συγχρονική μελέτη με ποσοτική προσέγγιση που διεξήχθη με δείγμα 293 εργαζομένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το δημόσιο δίκτυο ενός δήμου στην ενδοχώρα της πολιτείας του Σάο Πάολο της Βραζιλίας. Εφαρμόστηκε ένα εργαλείο που αποτελείται από τρία ερωτηματολόγια που απάντησαν οι συμμετέχοντες μόνοι τους, τα ερωτηματολόγια ήταν: φόρμα βιοκοινωνικών δεδομένων, **κλίμακα Εργασιακού Άγχους (Job Stress Scale)** και **κλίμακα Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)**. Τα δεδομένα αναλύθηκαν μέσω της εφαρμογής X2 και λογιστικής παλινδρόμησης, με καθορισμό επιπέδου σημαντικότητας 5%. Βρήκαν πως ο επιπολασμός του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν 7% με επικράτηση επαγγελματιών νοσηλευτών και σχετιζόταν με τον εργασιακό τομέα, τη χρήση ψυχοφαρμάκων, τη χαμηλή ικανοποίηση από την διοίκηση και τον χαμηλό έλεγχο της εργασιακής δραστηριότητας. Μεταξύ των επαγγελματιών με σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, δώδεκα εκτελούσαν λειτουργίες που θεωρήθηκαν υψηλής φθοράς, έξι εκτέλεσαν παθητική εργασία και δύο ήταν σε δραστηριότητα χαμηλής φθοράς. Τελικά, **ο χαμηλός έλεγχος της εργασιακής δραστηριότητας** ήταν ο κύριος ψυχοκοινωνικός παράγοντας στην εργασία που σχετίζεται με το Σύνδρομο Burnout, καθιστώντας απαραίτητη την ανάπτυξη δράσεων που προάγουν την αυτονομία των εργαζομένων και βελτιώνουν τη διαχείριση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που προκαλούν άγχος.

Οι Bernburg et al. (2020) παρατήρησαν την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης σε δεξιότητες αυτοφροντίδας που σχετίζονται με την εργασία των νοσηλευτών. Πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη με 94 νοσηλευτές σε νοσοκομειακά τμήματα στη Γερμανία. Οι νοσηλευτές είτε τοποθετήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης που έλαβε εκπαίδευση ικανοτήτων, είτε σε μια ομάδα ελέγχου με λίστας αναμονής. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε σε ομάδες σε διάστημα 12 εβδομάδων. Το περιεχόμενο της εκπαίδευσης περιλάμβανε, π.χ. εκπαίδευση διαχείρισης άγχους σχετιζόμενο με την εργασία, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και συμβουλευτική με επίκεντρο τις λύσεις.

Τα αποτελέσματα που μελετήθηκαν ήταν αλλαγές στο εργασιακό άγχος, συναισθηματική εξάντληση, ρύθμιση συναισθημάτων και ικανοποίηση από την εργασία. Παρατηρήθηκε πως οι νοσηλευτές στην ομάδα παρέμβασης πέτυχαν **μείωση** στο αντιληπτό **εργασιακό άγχος** και **συναισθηματική εξάντληση** καθώς και βελτιώσεις όσον αφορά τις δεξιότητες ρύθμισης των συναισθημάτων. Η παρέμβαση αξιολογήθηκε με υψηλές βαθμολογίες ικανοποίησης. Αυτή η μελέτη έδειξε τις πρώτες ενδείξεις ότι η εκπαίδευση των δεξιοτήτων αυτοφροντίδας της ψυχικής υγείας για νέους νοσηλευτές θα μπορούσε να είναι μια υποστηρικτική προσέγγιση για νοσηλευτές που ξεκινούν να εργάζονται σε νοσοκομειακά τμήματα. Απαιτούνται μελέτες επανάληψης για την επαλήθευση των αποτελεσμάτων.

Οι Mitake et al. (2019) στοχεύουν να διευκρινίσουν τη σχέση μεταξύ του στίγματος της ψυχικής διαταραχής και της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ του προσωπικού ψυχικής υγείας. Σε αυτή τη συγχρονική μελέτη, το αντιληπτό στίγμα του προσωπικού ψυχικής υγείας αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας την **Κλίμακα Υποτίμησης-Διακρίσεων του Λίνκ** (Link's Devaluation-Discrimination Scale) και η εξουθένωσή τους αξιολογήθηκε με χρήση της κλίμακας **Maslach Burnout Inventory**). Η συσχέτιση μεταξύ στίγματος και επαγγελματικής εξουθένωσης αναλύθηκε με προγράμματα στατιστικής παλινδρόμησης. Συνολικά, 282 συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (ποσοστό ανταπόκρισης: 91,3%). Τέλος, ερωτήθηκαν 228 επιλέξιμοι ερωτηθέντες. Η ανάλυση στατιστικής παλινδρόμησης αποκάλυψε ότι το **στίγμα** συσχετίστηκε σημαντικά με υψηλό βαθμό **αποπροσωποποίησης**, που ήταν μία από τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, η επίδραση του στίγματος στον τομέα της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν μικρή. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι το υψηλότερο αντιληπτό στίγμα που σχετίζεται με ψυχικές ασθένειες σχετίζεται με πιο σοβαρή επαγγελματική εξουθένωση. Είναι σημαντικό να ληφθούν μέτρα κατά του στίγματος που σχετίζεται με ψυχικές ασθένειες για να αποφευχθεί η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ψυχικής υγείας.

Οι Delfrante et al. (2018) αξιολόγησαν την παρουσία ηθικού αδιεξόδου μεταξύ των νοσηλευτών ψυχικής υγείας στην Ιταλία και την πιθανή του σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση. Το **ηθικό αδιέξοδο** (Moral Distress) είναι αρκετά συχνό μεταξύ των νοσηλευτών και εάν δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να έχει σοβαρές **συνέπειες** στην υγεία και την ποιότητα της προσφερόμενης περίθαλψης. Το ηθικό αδιέξοδο έχει

μελετηθεί σε διάφορα πλαίσια υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν λίγες μόνο μελέτες για την ψυχιατρική, ενώ πιο συγκεκριμένα στην Ιταλία δεν υπάρχουν δεδομένα σε αυτόν τον τομέα. Πραγματοποιήθηκε μια πολυκεντρική έρευνα μεταξύ νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας τεσσάρων νοσοκομείων στο Μιλάνο. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν η **MD Scale** for Psychiatric Nurses Italian revised (MDS-PItarev) και η κλίμακα **MBI**. Η παραγοντική ανάλυση και ο υπολογισμός του δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου (CVI) και του Cronbach's alpha πραγματοποιήθηκαν στην ιταλική έκδοση του MDS-PIta. Τρία στοιχεία της παλιάς έκδοσης αφαιρέθηκαν, επειδή κρίθηκαν μη συναφή στα ιταλικά. Η νέα κλίμακα διατήρησε εξαιρετικό CVI (0,89) και Cronbach's alpha (0,93). Από τα 285 ερωτηματολόγια, επιστράφηκαν 228 (80%). Η διάμεση τιμή ήταν 2. Το **ηθικό αδιέξοδο** συσχετίζεται με 2 διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης: **συναισθηματική εξάντληση** και **αποπροσωποποίηση**. Αυτή είναι η πρώτη μελέτη σχετικά με το ηθικό αδιέξοδο μεταξύ ψυχιατρικών νοσηλευτών στην Ιταλία. Βρέθηκε ένα μέσο-χαμηλό επίπεδο ηθικού αδιεξόδου μεταξύ των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα. Παρατηρήθηκε επίσης μια μέτρια αλλά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ηθικού αδιεξόδου και των δύο διαστάσεων της MBI. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να επιβεβαιωθούν αυτά τα αποτελέσματα.

Οι de-Looff et al. (2019) σημειώνουν πως η **εξουθένωση** στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι μια σημαντική **αιτία αλλαγής καριέρας**. Ο εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου μπορεί να είναι χρήσιμος στη μείωση των συμπτωμάτων εξουθένωσης. Επιπλέον, **αξιολογήσεις** του αυτόνομου νευρικού συστήματος μπορεί να είναι χρήσιμες για την **ανίχνευση συμπτωμάτων** στρες και εξουθένωσης. 110 μέλη του ιατροδικαστικού νοσηλευτικού προσωπικού συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια που μετρούσαν εμπειρίες με επιθετική συμπεριφορά, συναισθηματική νοημοσύνη, προσωπικότητα και εργασιακό άγχος σε μια περίοδο 2 ετών. Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις για να ελεγχθούν οι προβλεπόμενες συσχετίσεις. Η εξουθένωση προβλέφθηκε από έναν συνδυασμό συναισθηματικής νοημοσύνης, εργασιακού στρες, επιθετικότητας, παραγόντων προσωπικότητας και αγωγιμότητας του δέρματος, αλλά δεν βρέθηκαν επιδράσεις μετριοπάθειας με την πάροδο του χρόνου. Σε μια περίοδο 2 ετών, το μοντέλο προβλέπει περίπου μια αλλαγή σε μια κατηγορία εξουθένωσης στο **Maslach Burnout Inventory**. Η εξουθένωση στους νοσηλευτές μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης για την **πρόβλεψη παραίτησης**, λαμβάνοντας υπόψη την αύξηση των συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου. Το νοσηλευτικό προσωπικό που

βιώνει σοβαρή επιθετικότητα και έχει σχετικά χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης και αλτρουισμού και υψηλά επίπεδα νευρωτισμού και εργασιακού στρες θα πρέπει να παρακολουθείται και να **υποστηρίζεται** για τη μείωση του κινδύνου εξουθένωσης. Οι νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδευτούν ώστε να αυξάνουν τη συναισθηματική τους νοημοσύνη και να ανακουφίζονται από το άγχος για να μειώνουν τα συμπτώματα εξουθένωσης μακροπρόθεσμα. Η αξιολόγηση μπορεί να είναι χρήσιμη ως ένας τρόπος εντοπισμού αυξημένης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι Kostantinou et al. (2018) αναφέρουν πως η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένας από τους **σοβαρότερους κινδύνους** για την επαγγελματική υγεία, ιδιαίτερα μεταξύ των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Έχει αποδοθεί σε ελλείψεις προσωπικού, αλλαγές στις υπηρεσίες υγείας, κακή ηθική και ανεπαρκή συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων. Αυτή η μελέτη είχε στόχο να διερευνήσει εάν η **σύγκρουση ρόλων**, η ασάφεια ρόλων, η οργανωτική δέσμευση και η εργασιακή ικανοποίηση θα μπορούσαν να προβλέψουν τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η έρευνα διενεργήθηκε σε 232 νοσηλευτές ψυχικής υγείας, που εργάζονταν σε τέσσερις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές στην περιοχή της Λάρισας, τον Μάιο του 2015. Τα ευρήματα βασίστηκαν στις 78 απαντήσεις στα ερωτηματολόγια. Πραγματοποιήθηκαν στατιστικές αναλύσεις, όπως αναλύσεις συσχέτισης, αναλύσεις παλινδρόμησης και αναλύσεις διακύμανσης προκειμένου να διερευνηθούν πιθανές σχέσεις. Η υψηλή συναισθηματική εξάντληση αντιπροσώπευε το 53,8% του δείγματος, ενώ η υψηλή αποπροσωποποίηση και η υψηλή προσωπική επίδοση αντιπροσώπευαν το 24,4% και το 25,6% αντίστοιχα. Οι καλύτεροι **προγνωστικοί παράγοντες** της επαγγελματικής εξουθένωσης βρέθηκαν να είναι η σύγκρουση ρόλων, η εργασιακή ικανοποίηση, η ικανοποίηση από την εκπαίδευση, η ασάφεια των ρόλων, η ικανοποίηση αμοιβής και η παρουσία σοβαρών οικογενειακών προβλημάτων. Η εξουθένωση των νοσηλευτών ψυχικής υγείας θα μπορούσε να μειωθεί ή και να αποτραπεί με στρατηγικές συγκρότησης ομάδας, εκπαίδευσης, εφαρμογής διαχείρισης λειτουργίας, σαφείς οδηγίες και ψυχολογική υποστήριξη.

Οι Kameg et al. (2021) αναφέρουν πως οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές και οι μοναδικές τους προκλήσεις ενόψει της πανδημίας COVID-19 **δεν αντιπροσωπεύονται** ικανοποιητικά στη βιβλιογραφία. Ως εκ τούτου, αυτή η μελέτη προσπάθησε να περιγράψει την ψυχική ευεξία των ψυχιατρικών νοσηλευτών και προσπάθησε να διευκρινίσει παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική ευεξία κατά τη διάρκεια της

πανδημίας COVID-19. Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε μεθοδολογία συγχρονικής έρευνας προκειμένου να αξιολογήσει την εξουθένωση, την ψυχική ευεξία, το άγχος που σχετίζεται με την COVID-19, την επαγγελματική ολοκλήρωση, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τα συμπτώματα άγχους μεταξύ των ψυχιατρικών νοσηλευτών. Υπήρξαν συνολικά 151 ερωτηθέντες. Χρησιμοποιήθηκε ένα μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για τον προσδιορισμό των **προγνωστικών παραγόντων** της ψυχικής ευεξίας. Το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης περιλάμβανε τους ακόλουθους προγνωστικούς παράγοντες: συμπτώματα κατάθλιψης, επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματική ολοκλήρωση και εκπαιδευτική κατάσταση. Αυτοί οι προγνωστικοί παράγοντες μαζί αντιπροσώπευαν το 73% της διακύμανσης για τη μεταβλητή της έκβασης της ψυχικής ευεξίας.

Οι Başoğlu et al. (2021) αναφέρουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας έχει **μεγαλύτερα ποσοστά** επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με άλλες κλινικές. Η μελέτη διεξήχθη με δείγμα 120 νοσηλευτών που εργάζονταν σε μονάδες ψυχικής υγείας ενός περιφερειακού, ενός δημόσιου και ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου στη δυτική Τουρκία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας μια φόρμα εισαγωγικών πληροφοριών, την Αναθεωρημένη Κλίμακα Επαγγελματικών Αξιών Νοσηλευτών και την Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής-IV. Βρέθηκε μια στατιστικά **θετική σχέση** μεταξύ των επαγγελματικών **αξιών** των νοσηλευτών, της ικανοποίησης μέσω συμπόνιας και της εξουθένωσης. Οι επαγγελματικές αξίες των νοσηλευτών, το μορφωτικό επίπεδο, είτε η αλλαγή των μονάδων, και η κατανομή του χρόνου στην κοινωνική ζωή ήταν σημαντικοί **προγνωστικοί παράγοντες** της επαγγελματικής ποιότητας ζωής, εξηγώντας το 44% της συνολικής διακύμανσης για την ικανοποίηση, και το 24% για την επαγγελματική εξουθένωση. Η εξέταση της αλλαγής τμημάτων ήταν ο πιο **σημαντικός** παράγοντας πρόβλεψης της ικανοποίησης και η αξία της αλήθειας ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι νοσηλευτές που παρείχαν φροντίδα με βάση τις επαγγελματικές αξίες βρέθηκαν να έχουν **υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης** συμπόνιας και εξουθένωσης και οι νοσηλευτές με υψηλότερη ικανοποίηση συμπόνιας βρέθηκαν να βιώνουν λιγότερη κόπωση από συμπόνια.

Οι Sturzu et al. (2019) πραγματοποίησαν μια περιγραφική, συγχρονική, μελέτη παρατήρησης μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ψυχικής υγείας που εργάζεται στην περιοχή του Μοζέλα της Γαλλίας. Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν μια

έρευνα που περιλάμβανε τις γαλλικές εκδόσεις της **Κλίμακας Ενσυναίσθησης Τζέφερσον (JSPE)** και την Έρευνα Απογραφής εξουθένωσης της **Maslach-Human Services (MBI-HSS)**. Το δείγμα περιλάμβανε 241 ($n=241$) συμμετέχοντες ($N=420$, ποσοστό ανταπόκρισης=51,7%). 187 (77,6%) ερωτηθέντες είχαν χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση, 43 (17,8%) είχαν ενδιάμεση επαγγελματική εξουθένωση και 11 (4,6%) είχαν υψηλή εξουθένωση. 41 (17%) είχαν χαμηλή ενσυναίσθηση, 156 (64,7) είχαν μέτρια ενσυναίσθηση και 44 (18,3%) είχαν υψηλή βαθμολογία. Οι βαθμολογίες ενσυναίσθησης συσχετίστηκαν θετικά με τις βαθμολογίες προσωπικής επίτευξης του MBI-HSS ($r=0,2$, $p<0,001$), αλλά συσχετίστηκαν αρνητικά με τις βαθμολογίες αποπροσωποποίησης ($r=-0,2$, $p<0,003$). Ο υψηλότερος μέσος όρος αποπροσωποποίησης (DP) ($M=8,7$, $SD=6,8$, $p<0,009$) και ο χαμηλότερος μέσος όρος ενσυναίσθησης ($M=40,05$, $SD=7,9$, $p=0,0001$) βρέθηκαν μεταξύ του προσωπικού των μονάδων ιατροδικαστικής ψυχιατρικής ασφάλειας. Η συμμετοχή στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα Omega συνδέθηκε με χαμηλότερες βαθμολογίες EE στην έρευνα MBI-HSS (μέση βαθμολογία 14,7 έναντι μέσης βαθμολογίας 19,7 για τους μη συμμετέχοντες). Οι πάροχοι ψυχικής υγείας με ενσυναίσθηση έχουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης. Το ιατροδικαστικό ψυχιατρικό προσωπικό έδειξε **χαμηλά μέσα** συμπονετικής φροντίδας και υψηλή αποπροσωποποίηση. Οι παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί για να καλλιεργήσουν χαρακτηριστικά και δεξιότητες όπως η ενσυναίσθηση, η ανθεκτικότητα και η αντίληψη της ασφάλειας μπορεί να είναι ένα ουσιαστικό βήμα για τη μείωση και την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι Jorgensen et al. (2021) αναφέρουν πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι επιρρεπείς σε επαγγελματική εξουθένωση. Αυτή η συγχρονική μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε δύο περιβάλλοντα: ανοιχτές και κλειστές ψυχιατρικές πτέρυγες και δύο επαγγέλματα: εγγεγραμμένοι νοσηλευτές και βοηθοί κοινωνικής υγειονομικής περίθαλψης σε οκτώ ψυχιατρικές πτέρυγες στη Δανία. Συνολικά 114 επαγγελματίες συμπλήρωσαν την Απογραφή Εξουθένωσης της Κοπεγχάγης και ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο. Δεν βρέθηκαν στατιστικές διαφορές στην επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες που εργάζονται σε κλειστούς και ανοιχτούς θαλάμους. Ωστόσο, βρήκαμε τους επαγγελματίες να έχουν την υψηλότερη βαθμολογία στην προσωπική και **εξουθένωση εργασιακού περιβάλλοντος** και τη χαμηλότερη στην εξουθένωση λόγω **ασθενών**. Αυτό δείχνει ότι

οι ασθενείς μπορεί να διαδραματίζουν μικρό ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες υγείας.

Οι Raudenska et al. (2020) σημειώνουν πως, κάτι που **αυξάνει** την πιθανότητα οι επαγγελματίες υγείας να αναπτύξουν επαγγελματική **εξουθένωση** είναι το επιπλέον στρες από την **πανδημία** της COVID-19. Αυτό γίνεται καθώς όχι μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό πρώτης γραμμής μα όλο το νοσηλευτικό προσωπικό αυτή την περίοδο δουλεύει σε μια κατάσταση όπου υπάρχουν περιορισμένοι πόροι στα νοσοκομεία, κινδυνεύουν οι ίδιοι να νοσήσουν από τον ιό, αναγκάζονται να κάνουν μεγαλύτερες βάρδιες, έχουν ταραγμένο ύπνο, δυσκολεύονται να ισορροπήσουν τη δουλειά με τη ζωή τους ή ακόμη παραμελούν ανάγκες δικές τους ή και αγαπημένων τους ανθρώπων, λόγω αυξημένου εργασιακού φόρτου.

Οι Chen et al. (2021) διεξήγαγαν μια μεγάλης κλίμακας έρευνα για την αξιολόγηση του τραύματος, της εξουθένωσης, της μετατραυματικής ανάπτυξης και των σχετικών παραγόντων για τους νοσηλευτές στην πανδημία της COVID-19. Χρησιμοποιήθηκαν το **Ερωτηματολόγιο Διαλογής Τραύματος**, η **κλίμακα Maslach Burnout Inventory** και το **Σύντομο Έντυπο Απογραφής Μετατραυματικής Ανάπτυξης**. Οι παράγοντες που σχετίζονται με το τραύμα, την εξουθένωση και τη μετατραυματική ανάπτυξη αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας πολλαπλές παλινδρομήσεις. Συνολικά, 12.596 ολοκλήρωσαν την έρευνα και το 52,3% εργάστηκε σε νοσοκομεία που είχαν καθοριστεί για την COVID-19. Στο συμπέρασμα της έρευνας τον Απρίλιο, το 13,3% ανέφερε τραύμα (Τραύμα ≥ 6), υπήρχαν μέτριοι βαθμοί συναισθηματικής εξάντλησης και 4.949 (39,3%) παρουσίασαν μετατραυματική ανάπτυξη. Η τραυματική απόκριση και η συναισθηματική εξάντληση ήταν **μεγαλύτερες** μεταξύ γυναικών (αναλογία πιθανοτήτων [OR]: 1,48, 95% CI 1,12-1,97 $P = 0,006$ · συναισθηματική εξάντληση OR: 1,30, 95% CI 1,09-1,54, $P = 0,00$), (0,00). ii) μονάδες εντατικής θεραπείας (OR: 1,20, 95% CI 1,06-1,35, $P = 0,004$, συναισθηματική εξάντληση OR: 1,23, 95% CI 1,12-1,33, $P < 0,001$) (iii) καθορισμένο νοσοκομείο για COVID-19 (OR 4, 95% CI 1,11-1,38, $P < 0,001$, συναισθηματική εξάντληση $\bar{H}$: 1,26, 95% CI 1,17-1,36, $P < 0,001$) και (iv) τμήματα που σχετίζονται με την COVID-19 (OR: 1,16, 95% CI 1,17-1,36, $P < 0,001$) και (iv) , $P = 0,006$, μόνο συναισθηματική εξάντληση). Μέχρι σήμερα, αυτή είναι η πρώτη μεγάλης κλίμακας μελέτη που αναφέρει τα ποσοστά **τραύματος** και **εξουθένωσης** για νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Η μελέτη δείχνει ότι οι νοσηλευτές που ταυτοποιήθηκαν ως γυναίκες, που

εργάζονταν σε ΜΕΘ και τμήματα που ασχολούνται με τη θεραπεία ασθενών με COVID-19 είχαν **υψηλότερες** βαθμολογίες στα αποτελέσματα ψυχικής υγείας. Η μελλοντική έρευνα μπορεί να επικεντρωθεί στους παράγοντες που έχει εντοπίσει η μελέτη που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε πιο **αποτελεσματικές** στρατηγικές πρόληψης και θεραπείας και καλύτερη χρήση των πόρων για την προώθηση θετικών αποτελεσμάτων.

Οι Y-Q -Tan et al. (2020) διεξήγαγαν έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου με δημογραφικές πληροφορίες για το περιβάλλον του χώρου εργασίας και 3 επικυρωμένα εργαλεία, το **Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)**, το **Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)** και το **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**. Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις παλινδρόμησης για την αξιολόγηση ανεξάρτητων συσχετίσεων των βαθμολογιών OLBI-Αποδέσμευσης, Εξάντλησης. Μεταξύ 11.286 προσκεκλημένων, ελήφθησαν 3075 έγκυρες απαντήσεις, δίνοντας συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 27,2%. Η μέση βαθμολογία του OLBI ήταν 2,38 και 2,50 για την Αποδέσμευση και την Εξάντληση, αντίστοιχα. Η επαγγελματική εξουθένωση στην Απεμπλοκή και την Εξάντληση πληρούνταν από το 79,7% και το 75,3% των ερωτηθέντων. Στην ανάλυση παλινδρόμησης, οι βαθμολογίες άγχους ή κατάθλιψης HADS ≥ 8 , οι βάρδιες διάρκειας ≥ 8 ωρών και η αναδιάταξη συσχετίστηκαν σημαντικά με υψηλότερες μέσες βαθμολογίες OLBI, ενώ οι υψηλές βαθμολογίες SAQ συσχετίστηκαν σημαντικά με χαμηλότερες βαθμολογίες. Μεταξύ των εργαζομένων, εκείνοι που αναδιατάχθηκαν σε περιοχές υψηλού κινδύνου σε διαφορετική εγκατάσταση είχαν **χαμηλότερες** βαθμολογίες **εξουθένωσης** από εκείνους που αναδιατάχθηκαν στη δική τους εγκατάσταση εργασίας. Το εργατικό δυναμικό υγειονομικής περίθαλψης είναι επιρρεπές στην επαγγελματική εξουθένωση κατά τη διάρκεια αυτής της πανδημίας. Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες στο χώρο εργασίας περιλαμβάνουν την επαρκή **εκπαίδευση**, την αποφυγή **παρατεταμένων** βαρδιών ≥ 8 ωρών και την προώθηση ασφαλών εργασιακών περιβαλλόντων. Η αντιμετώπιση και η βελτίωση της επαγγελματικής εξουθένωσης θα πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα για τη φροντίδα των ασθενών στην πανδημία.

Οι Delgado et al. (2020) αναφέρουν πως η συναισθηματική εργασία είναι μια μορφή αντιξοότητας που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στο πλαίσιο των αλληλεπιδράσεων στο χώρο εργασίας τους. Η συχνή έκθεση σε αυτήν μπορεί να επηρεάσει **αρνητικά** τη βιοψυχο-κοινωνική ευημερία, τις σχέσεις στον εργασιακό

χώρο και την απόδοση των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Η ανθεκτικότητα στο χώρο εργασίας είναι μια δυναμική διαδικασία μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του που προωθεί τη θετική **προσαρμογή** σε ανεπιθύμητα συμβάντα και αποκαθιστά την ευημερία. Η ανθεκτικότητα στο χώρο εργασίας θα μπορούσε να είναι μια **προστατευτική** διαδικασία που βοηθά τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας να προσαρμοστούν θετικά στις συναισθηματικές αντιξοότητες στο χώρο εργασίας. Αυτή η μελέτη είχε στόχο να διερευνήσει την ανθεκτικότητα και τη συναισθηματική εργασία των νοσηλευτών ψυχικής υγείας της Αυστραλίας στον χώρο εργασίας και να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ τους. Μια εθνική συγχρονική έρευνα που περιελάμβανε τις κλίμακες ανθεκτικότητας στην εργασία ολοκληρώθηκε από εγγεγραμμένους νοσηλευτές ($n = 482$) που εργάζονται σε ρόλο ψυχικής υγείας ή περιβάλλον σε όλη την Αυστραλία. Υπήρχε μια ισχυρή αρνητική σχέση μεταξύ της ανθεκτικότητας και της συναισθηματικής στρατηγικής εργασίας της επιφανειακής δράσης. Βρέθηκε επίσης μια θετική **συσχέτιση** μεταξύ της ανθεκτικότητας, της συχνότητας συναισθηματικής εργασίας και της κλινικής επίβλεψης. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν πιθανή σχέση μεταξύ δεξιοτήτων των νοσηλευτών ψυχικής υγείας για γνωστική αναπλαισίωση και της συναισθηματικής και συμπεριφορικής ρύθμισης που απαιτείται για την αποτελεσματική διαχείριση των συναισθημάτων τους στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Η κλινική επίβλεψη είναι μια βασική **στρατηγική** για την υποστήριξη της ανθεκτικότητας νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Απαιτείται διερεύνηση εσωτερικών και εξωτερικών πόρων των ατόμων στο χώρο εργασίας και των οργανωτικών πόρων, των υποστηρικτών και των στρατηγικών που μπορούν να προάγουν και να ενισχύσουν την ευημερία των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.

Οι Tununu και Martin (2020) αναφέρουν πως οι νοσηλευτές εκτίθενται σε **στρες** όταν εργάζονται στην ψυχική υγεία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι νοσηλευτές είναι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρώτης γραμμής. Αναπτύσσουν στενές διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς. Επομένως, η νοσηλευτική ψυχικής υγείας μπορεί να είναι απαιτητική και αγχωτική, γεγονός που θα μπορούσε να καταστήσει τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας **επιρρεπείς** στην επαγγελματική εξουθένωση. Αυτή η μελέτη είχε στόχο να προσδιοριστεί ο **επιπολασμός** της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε επιλεγμένο ψυχιατρικό νοσοκομείο στο Δυτικό Κέιπ. Πραγματοποιήθηκε ποσοτικός, περιγραφικός, σχεδιασμός έρευνας, με χρήση απλής τυχαίας δειγματοληψίας

χρησιμοποιήθηκε για την επιλογή 198 νοσηλευτών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο στο Δυτικό Κέιπ της Νότιας Αφρικής. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα **Maslach Burnout Inventory** που μετρά τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα. Η επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στους τομείς δοκιμάστηκε με ανεξάρτητα δείγματα δοκιμές Kruskal-Wallis και δοκιμές Mann-Whitney U.H μελέτη είχε ποσοστό ανταπόκρισης 100%. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες παρουσίασαν χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, χαμηλή αποπροσωποποίηση και υψηλά προσωπικά επιτεύγματα. Οι εγγεγραμμένοι βοηθοί νοσηλευτών ανέφεραν σημαντικά **υψηλότερη** συναισθηματική εξάντληση από ότι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές και οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές. Οι ερωτηθέντες με περισσότερα από 5 χρόνια εμπειρίας σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην αποπροσωποποίηση. Κανένας δεν πληρούσε τα κριτήρια εξουθένωσης και στους τρεις τομείς. Συνιστάται η διατήρηση ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος με επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό. Οι στρατηγικές για την πρόληψη της εξουθένωσης στο μέλλον περιλαμβάνουν την παροχή πόρων και την προώθηση της ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ προσωπικού και διοίκησης.

ΜΕΡΟΣ Β: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. Κλινικές παρατηρήσεις- συνεντεύξεις

Στα πλαίσια της πρακτικής άσκησης που διεκπεραίωσα στο Η' εξάμηνο σύμφωνα με το πρόγραμμα σπουδών (2011) του τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Ηπείρου, τοποθετήθηκα στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Ήρθα σε επαφή με εργαζόμενους διαφόρων καθηκόντων, νοσηλευτές, γιατρούς, βοηθούς, καθαριστές, γραμματείς, τεχνικούς, και φυσικά, ασθενείς. Στη συναναστροφή μου με το προσωπικό που εργάζεται στην προαναφερθείσα κλινική έκανα κάποιες **παρατηρήσεις**, οι οποίες αναλύονται σε αυτή την ενότητα.

1.1.Ζητήματα ίασης

Η φύση της ψυχιατρικής διαταραχής μερικές φορές δεν αφήνει περιθώρια ίασης. Οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές είναι **ιάσιμες**, γιατί και οι ασθενείς εισέρχονται στην κλινική, είτε στην **ανοιχτού τύπου** ψυχιατρική κλινική, είτε στην κλειστού τύπου Μονάδα Οξέων Ψυχιατρικών Περιστατικών (**Μ.Ο.Π.**), θεραπεύονται και εξέρχονται σε καλύτερη κατάσταση από την προγενέστερη. Πολλές ψυχιατρικές διαταραχές όμως ταλαιπωρούν τους ασθενείς χρόνια, κάποιες φορές για όλη τους τη ζωή.

Η φαρμακολογία, η ψυχιατρική ειδικότητα των γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και η ψυχολογία, έχει **αυξήσει** κατά έναν μεγάλο βαθμό την **ποιότητα ζωής** και την λειτουργικότητα αυτών των ανθρώπων, είτε κοινωνικά, είτε εργασιακά, είτε ατομικά, είτε στο επίπεδο που ο κάθε άνθρωπος έχει ως στόχο της λειτουργικότητας του. Η μη ίαση των ψυχιατρικών διαταραχών όμως έχει ένα κακό αποτέλεσμα στην ψυχολογία των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, που είναι να χάνουν την **ελπίδα** και την εργασιακή τους **όρεξη**. Η παρατήρηση μου είναι πως οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας εξουθενώνονται επαγγελματικά περισσότερο από νοσηλευτές άλλης ειδικότητας, λόγω της μικρής πιθανότητας **ίασης** μερικών ψυχιατρικών διαταραχών από τις οποίες πάσχουν οι ασθενείς. Χάνουν εύκολα την υπομονή τους καθώς δεν παρατηρούν βελτίωση στην ψυχιατρική κατάσταση, ενώ μπορεί να παρατηρήσουν και επιδείνωση.

1.2. Ζητήματα κατανόησης

Πολλοί εργαζόμενοι στην ψυχιατρική κλινική, αλλά και γενικότερα σε δομές ψυχικής υγείας δεν έχουν καλλιεργήσει την **ενσυναίσθηση** ως μια από τις νοσηλευτικές τους προσεγγίσεις στην ασθένεια. Ένας άνθρωπος που δεν έχει ενσυναίσθηση, δεν μπορεί να κατανοήσει τη νόσο και το συναισθηματικό φορτίο που αυτή ζυγίζει και βαραίνει τον ασθενή, σε κάθε πτυχή της ζωής του, στο οικογενειακό, φιλικό, εργασιακό, κοινωνικό περιβάλλον. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την **αναποτελεσματική** νοσηλευτική φροντίδα και περίθαλψη των ψυχιατρικών ασθενών. Η **υπομονή** την οποία απαιτεί η νοσηλευτική φροντίδα ψυχιατρικών ασθενών έρχεται από την κατανόηση της ψυχιατρικής διαταραχής, και αυτή με τη σειρά της έρχεται από την ολοκληρωμένη εκπαίδευση των νοσηλευτών ψυχικής υγείας.

1.3. Ζητήματα επιβάρυνσης

Μερικά από τα περιστατικά που καταφθάνουν για νοσηλεία σε μια ψυχιατρική κλινική, βρίσκονται σε μια **προχωρημένη**, βαριά κατάσταση, η οποία ίσως μπορούσε να είχε αποφευχθεί, με ένα σωστά δομημένο και λειτουργικό σύστημα **Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**, στο οποίο οι ψυχιατρικές διαταραχές δεν θα αναφέρονται απλώς, μα θα αποτελούν σημαντικό μέρος του. Οι βαριές καταστάσεις χρήζουν τα απαραίτητα, βαριά μέτρα. Βεβαίως το κάθε σύστημα υγείας έχει συγκεκριμένα πρωτόκολλα, νομοθεσίες που πρέπει να ακολουθηθούν, ασχέτως εάν αυτά υλοποιούνται στην πράξη. Το κάθε νοσοκομειακό ίδρυμα που υπάγεται στο εκάστοτε σύστημα υγείας, λαμβάνει αυτά τα πρωτόκολλα και εκ της διευθύνσεως δίνονται συγκεκριμένα εργαλεία και **πόροι** στις οποίες το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό **καταλήγει**, ούτως ώστε να **αντιμετωπίσει** μια επείγουσα κατάσταση. Για αυτούς τους λόγους, πραγματοποιείται σε μεγάλη συχνότητα η **ακούσια νοσηλεία**, η οποία στην Ελληνική Δημοκρατία, αποτελεί δυστυχώς τον κανόνα και όχι την εξαίρεση. Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί την ειδοποιό διαφορά της ψυχιατρικής ειδικότητας, σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες του νοσοκομείου και η σοβαρότητα της, παρατηρώντας την κατάσταση στην οποία υπάγεται ο ασθενής προκειμένου να λάβει την θεραπευτική του φροντίδα, θεωρείται **ψυχοφθόρα**. Για αυτό τον λόγο οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση.

1.4. Ζητήματα εκπαίδευσης

Αρκετοί από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας δεν έχουν την απαραίτητη **κατάρτιση** στην ψυχιατρική ειδικότητα, και ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτικές πρακτικές τους θα μπορούσαν να κριθούν **ακατάλληλες**. Συχνά δεν δημιουργούν **θεραπευτική σχέση** με τους ασθενείς τους, χάνουν την υπομονή τους εύκολα, δεν έχουν τη γνώση για τα απαραίτητα εργαλεία προς την φροντίδα της ψυχιατρικής διαταραχής, δεν διέπονται από επαγγελματισμό, ενώ μπορεί και να μην **σέβονται** ή και να χλευάζουν τους ανθρώπους που πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές. Επιπροσθέτως, ελάχιστοι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι **ειδικευμένοι/εξειδικευμένοι** στην ψυχική υγεία, κάτι που πιθανώς να κάνει τη φροντίδα που παρέχουν μη αποδοτική και μη θεραπευτική.

2. Συζήτηση

Τα τέσσερα ζητήματα τα οποία παρατήρησα στα πλαίσια της πρακτικής μου άσκησης, λειτουργούν **αθροιστικά**, εις βάρος της ψυχολογίας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Η μη ενσυναίσθηση, η σοβαρότητα μερικών περιστατικών που καταλήγουν σε μια κλινική, η απουσία εκπαίδευσης και σωστής κατάρτισης και η φύση ορισμένων ψυχιατρικών διαταραχών ως νόσοι με μικρές πιθανότητες ίασης εξουθενώνουν τον επαγγελματία υγείας σε βαθμό που μπορεί να τον οδηγήσουν στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αρχή για την **πρόληψη** του σχηματισμού επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας, θα ήταν με την σωστή τους **εκπαίδευση** επάνω στην ψυχιατρική ειδικότητα, με ομάδες συναισθηματικής **αποφόρτισης** από τα εργασιακά βιώματα της καθημερινότητας.

Συμπεράσματα

Η ψυχική υγεία, η αποδοχή της ψυχικής υγείας και η ενσωμάτωση αυτής στην γενική υγεία του πληθυσμού, η προαγωγή αυτής και ό,τι άλλο ενσωματώνεται σε αυτή, είναι κάτι που δυστυχώς θεσμοποιήθηκε τα ελάχιστα τελευταία χρόνια, στην ιστορία της ανθρωπότητας αλλά και πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα. Μέχρι και πριν ελάχιστα χρόνια δεν υπήρχε ούτε η αυτονόητη φροντίδα ή και ποιότητα ζωής προς άτομα με ψυχικές διαταραχές που την φροντίδα τους είχαν άνθρωποι χωρίς επιστημονικές γνώσεις, πόσο μάλλον τα σωστά εργαλεία για τη θεραπεία τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι επιρρεπές, όπως και όλα τα επαγγέλματα αλτρουιστικού τύπου, σε επαγγελματική εξουθένωση, καθώς δουλεύει σε ένα περιβάλλον που έχει αρκετούς παράγοντες που μπορεί να την πυροδοτήσουν. Το κυριότερο πρόβλημα που δημιουργεί την επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ο ελλιπής σχεδιασμός ενός συστήματος υγείας που προάγει την υγεία και των ασθενών αλλά και του προσωπικού.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δομές ψυχικής υγείας έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξει επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με νοσηλευτικό προσωπικό άλλων κλινικών, καθώς γίνεται καθημερινά μάρτυρας οξέων περιστατικών που θεωρούνται ψυχοφθόρα. Δεν λαμβάνει την απαραίτητη εκπαίδευση και κατάρτιση, έχει ελλιπή εργαλεία διαχείρισης των ψυχιατρικών ασθενών, ενώ αρκετές φορές δεν έχει καλλιεργημένες τις αρετές της υπομονής και της ενσυναίσθησης, εργαλεία που με τη σωστή χρήση τους θεωρούνται απαραίτητα για την περίθαλψη ψυχιατρικών ασθενών.

Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στηρίζεται στην πρόληψη της, δηλαδή στην δημιουργία ενός σωστού συστήματος υγείας, με τις κατάλληλες συνθήκες και τις κατάλληλες αποδοχές, ώστε το νοσηλευτικό προσωπικό να πηγαίνει και να φεύγει χαρούμενο αλλά και να κάνει και τους ασθενείς χαρούμενους, από αυτό το τόσο σημαντικό, μα τόσο δύσκολο αλτρουιστικό λειτούργημα.

Βιβλιογραφία-Παραπομπές

- Μισουρίδου, Ε., (2008). Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και η ιστορία της ψυχιατρικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 47 (3), σελ. 294-303.
- Depastas, C., (2018). The Hellenic Psychiatric Reform. *To Vima tou Asklipiou*, 17 (2), p. 118-127.
- Μαδιανός, Μ., (2002). Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21^{ου} αιώνα. *Ψυχιατρική*, 13 (1), σελ. 297-300.
- Christodoulou, G., Ploumpidis, D., Christodoulou, N., Anagnostopoulos, D., The state of psychiatry in Greece. *Int Rev Psychiatr*, 24 (4), p. 301-306.
- Karastergiou, A., Mastogianni, A., Georgiadou, E., Kotrotsios, S., Mauratziotou, K., (2005). The reform of the Greek mental services. *J Ment Health*, 14 (2), p. 197 – 203.
- Cusack, E., Killoury, F., Nugent, L. E., (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24 (2-3), p. 93–104.
- Moreira, A. S., & Lucca, S. R., (2020). Psychosocial factors and Burnout Syndrome among mental health professionals. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28 (2), p. 336-337.
- Bernburg, M., Groneberg, D., & Mache, S., (2020). Professional training in mental health self-care for nurses starting work in hospital departments. *Work (Reading, Mass)*, 67 (3), p. 583–590.
- Mitake, T., Iwasaki, S., Deguchi, Y., Nitta, T., Nogi, Y., Kadowaki, A., Niki, A., & Inoue, K., (2019). Relationship between Burnout and Mental-Illness-Related Stigma among Nonprofessional Occupational Mental Health Staff. *BioMed research international*, 59 (2), p. 17-23.
- Delfrante, F., Ferrara, P., Spotti, D., Terzoni, S., Lamiani, G., Canciani, E., & Bonetti, L., (2018). Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. *La Medicina del lavoro*, 109 (2), p. 97–109.
- de Looft, P., Didden, R., Embregts, P., & Nijman, H., (2019). Burnout symptoms in forensic mental health nurses: Results from a longitudinal study. *International journal of mental health nursing*, 28 (1), p. 306–317.

- Kostantinou, A. K., Bonotis, K., Sokratous, M., Siokas, V., & Dardiotis, E., (2018). Burnout Evaluation and Potential Predictors in a Greek Cohort of Mental Health Nurses. *Archives of psychiatric nursing*, 32(3), p. 449–456.
- Kameg, B. N., Fradkin, D., Lee, H., & Mitchell, A., (2021). Mental wellness among psychiatric-mental health nurses during the COVID-19 pandemic. *Archives of psychiatric nursing*, 35(4), p. 401–406.
- Başoğlu, C., Baysan Arabacı, L., Mutlu Satıl, E., & Büyükbayram Aslan, A., (2021). Professional values and professional quality of life among mental health nurses: A cross-sectional study. *Nursing Health Science*, 23 (2), p. 362-371.
- Sturzu, L., Lala, A., Bisch, M., Gutter, M., Dobre, D., & Schwan, R., (2019). Empathy and Burnout - A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France. *Journal of medicine and life*, 12 (1), p. 21–29.
- Jørgensen, R., Christensen, A. E., Pristed, S. G., Jepsen, I., & Tellús, G. K., (2021). Burnout in Mental Health Care Professionals Working with Inpatients in Open or Closed Wards in Psychiatric Hospitals. *Issues in mental health nursing*, 42 (11), p. 1030–1037
- Delgado, C., Roche, M., Fethney, J., & Foster, K., (2020). Workplace resilience and emotional labour of Australian mental health nurses: Results of a national survey. *International journal of mental health nursing*, 29 (1), p. 35–46.
- Tununu, A. F., & Martin, P., (2020). Prevalence of burnout among nurses working at a psychiatric hospital in the Western Cape. *Curationis*, 43 (1), p. 1–7.
- Raudenská, J., Steinerová, V., Javůrková, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Varrassi, G., (2020). Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Best practice & research. *Clinical anaesthesiology*, 34 (3), p. 553–560.
- Chen, R., Sun, C., Chen, J. J., Jen, H. J., Kang, X. L., Kao, C. C., Chou, K. R., (2021). A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *International journal of mental health nursing*, 30 (1), p. 102–116.
- Tan, Y. Q., Kanneganti, A., Lim, L., Tan, M., Chua, Y. X., Tan, L., Sia, C. H., Denning, M., Goh, E. T., Purkayastha, S., Kinross, J., Sim, K., Chan, Y. H., Ooi, S., (2020). Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in

Singapore During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21 (12), p. 1751–1758.

- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., (2001). Job Burnout. *Annu Rev Psychol*, 52 (1), p. 397-422
- Marian, M., Borza, A., Filimon, L., Marginean, I., (2011). Psychosocial determinants of burnout syndrome: Meta analytic study. *JPER*, 19 (1) p. 78-93.
- Friganović, A., Selič, P., Ilić, B., & Sedić, B., (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatria Danubina*, 31(1), p. 21–31.
- Duarte, J., (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28(3), p. 114-121.
- Myhren, H., Ekeberg, Ø., Stokland, O., (2013). Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *Critical Care Research and Practice* 2013 (1) p. 1-6.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., Kladler, A., (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & health*, 16 (5), p. 565-582.
- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W., (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 123 (1), p. 9–20.
- Czeglédi, E., & Tandari-Kovács, M., (2019). A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében [Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses]. *Orvosi hetilap*, 160 (1), p. 12–19.
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J., (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 92–98.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry* 13(1), p. 163
- Ameel, M., Achterberg, T. V., Kinnunen, U. M., Kontio, R., Junttila, K., (2021). The Core Nursing Interventions in Adult Psychiatric Outpatient Care Identified by Nurses, a Delphi Study. *International journal of nursing knowledge*, 32(3), p. 177–184.

- Wallace, T., O'Connell, S., & Frisch, S. R., (2005). What do Nurses do When they Take to the Streets? An Analysis of Psychiatric and Mental Health Nursing Interventions in the Community. *Community Mental Health Journal*, 41(4), p. 481–496.
- Hestmark, L., Heiervang, K. S., Pedersen, R., Hansson, K. M., Ruud, T., & Romøren, M., (2021). Family involvement practices for persons with psychotic disorders in community mental health centers - a cross-sectional fidelity-based study. *BMC psychiatry*, 21(1), p. 285.
- Henry B. J. (2014). Nursing burnout interventions: what is being done? *Clinical journal of oncology nursing*, 18(2), p. 211–214.
- Adams, K., & Putrino, J. (2010). Expressive writing to promote self-care. Interactive podium presentation at the 11th Annual Oncology Nursing Society Institutes of Learning. Orlando, FL.
- Aiken, L.H., Clark, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., & Silber, J.H., (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burn-out, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288 (1) , p. 1987–1993.
- Aycock, N., & Boyle, D., (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* , 13 (1), p. 183–191.
- Bauer-Wu, S., (2005). Seeds of hope, blossoms of meaning. *Oncology Nursing Forum*, 32 (1), p. 927–933.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D.M., Deitrick, L., Shapiro, S., (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout a qualitative and quantitative study, Part III. *Holistic Nursing Practice*, 19 (1), p. 78–86.
- Hayes, C., Reid Ponte, P., Coakley, A., Stanhellini, E., Gross, A., Per-ryman, S., Somerville, J., (2005). Retaining oncology nurses: Strategies for today's nurse leaders. *Oncology Nursing Forum*, 32 (1), p. 1087–1090.
- Lambert, N., & Steward, N., (2007). Staff retreat: A journey to team building [Abstract]. *Oncology Nursing Forum*, 34, 501. LeBlanc, P.M., Hox, J.J., Schaufeli, W.B., Tarris, T.W., & Peeters, M.C. (2007). Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *Journal of Applied Psychology*, 92 (1), p. 213–227.
- Lee, A., Le, B., Gurmeet, S., Auxier, J., Hatt, K., Riviera, K. (2007). Decreasing nurse burnout in the workplace.

- Medland, J., Howard-Ruben, J., Whitaker, E. (2004). Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: Addressing burnout and social support in the workplace. *Oncology Nursing Forum*, 31 (1), p. 47–54.
- Potter, P., Deshields, T., Berger, J.A., Clarke, M., Olsen, S., Chen L. (2013). Evaluation of a compassion fatigue resilience program for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 40 (1), p. 180–187.
- Walton, A.M., & Alvarez, M. (2010). Imagine: Compassion fatigue training for nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (1), p. 399–400.
- Cusack, E., Killoury, F., Nugent, L. E., (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(2-3), p. 93–104.
- Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής, Υπουργείο Υγείας, Ελληνική Δημοκρατία (2019). Απόκτηση νοσηλευτικής ειδικότητας και συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτών. Αρ. Απόφασης 2, 11^{ης} Ολομέλειας/ 22-04-2019.
- Φραδέλος, Ε., & Στάϊκος, Χ. (2013). Η συμβολή της ενεργητικής ακρόασης στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 18(4), σελ. 213-219.
- Eifried, S., (2003). Bearing witness to suffering: The lived experience of nursing students. *Journal of Nursing Education*, 42 (2), p. 59-67.
- Καλαβανά Β Θεανώ., 2010. *Η Επικοινωνία στη Νοσηλευτική: συνομιλώντας με τους νοσηλευόμενους*. Εκδόσεις πασχαλίδης. Τετραπόλεως 14, Αθήνα. 15527.
- Worley, J., Vassar, M., Wheeler, D., & Barnes, L., (2022). Factor structure of scores from the Maslach Burnout Inventory: A review and meta-analysis of 45 exploratory and confirmatory factor analytic studies. *Educational & Psychological Measurement*. 68 (1), p. 797-823.
- Ulrika, E, Hallberg., & Magnus, Sverke., (2004). Construct Validity of the Maslach Burnout Inventory: Two Swedish Health Care Samples. *European Journal of Psychological Assessment* (2004), 20, pp. 320-338.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή, (2014). *Έρευνα υγείας*. Δελτίο τύπου, ΕΛΣΤΑΤ. Έκδοση 2014.
- Γαληνός Οδηγός Φαρμάκων. Available at: <https://www.galinos.gr> (Accessed 16/09/2022).

- aegeanews.gr. Ψυχιατρείο Λέρου: Η ιστορία των ζωντανών-νεκρών (2019)
Available at: <http://aegeanews.gr/news/en-dodekaniso/292357/psychiatreio-lerou-istoria-ton-zontanon-nekron-sygklonistikes-foto/> (Accessed 16/9/2022).
- Lifo.gr «Το ένοχο μυστικό της Ευρώπης»: Σοκαριστικές εικόνες από το Ψυχιατρείο της Λέρου το 1989. Available at: <https://www.lifo.gr/blogs/retronaut/enoho-mystiko-tis-eyropis-sokaristikes-eikones-apo-psyhiatreio-tis-leroy-1989> (Accessed 16/9/2022).
- Εικόνα εξωφύλλου: <https://blog.generationzebree.fr/blog/author/alice-claux/> (Accessed 16/9/2022).