ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

«Επαγγελματική Εξουθένωση Ιατρικού Προσωπικού σε Οργανισμούς Υγείας»

«Χριστίνα Χάνου»

Α.Μ.: 2219117

Επιβλέπων καθηγητής: **Πολυζοπούλου Κωνσταντία, Σχολικός Ψυχολόγος PhD,**

Συμβασιούχος διδάσκουσα στο Τμήμα Δημόσιας και Ενιαίας Υγείας

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Καρδίτσα, «Σεμπτέμβριος» «2023»

© Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, 2023

Η παρούσα Εργασία καθώς και τα αποτελέσματα αυτής, αποτελούν συνιδιοκτησία του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης, αναπαραγωγής και αναδιανομής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα της Εργασίας, το όνομα του επιβλέποντας καθώς και το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας όπου εκπονήθηκε.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
DEPARTMENT OF PUBLIC AND ONE HEALTH
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ UNIVERSITY OF THESSALY

«Επαγγελματική Εξουθένωση Ιατρικού Προσωπικού σε Οργανισμούς Υγείας»

«Χριστίνα Χάνου»

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:
«Κωνσταντία Πολυζοπούλου»
«Επιστημονικός Συνεργάτης, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας»

Συν-Επιβλέπων Καθηγητης:
«Ιωάννης Κιουβρέκης»
«Επίκουρος Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας»

Συν-Επιβλέπων Καθηγητης:
«Ελένη Λαχανά»
«Πρόεδρος Τμήματος Δημόσιας & Ενιαίας Υγείας, Πανεπιστημίο Θεσσαλίας»

Καρδίτσα, «Σεπτεμβριός» «2023»

«Ευχαριστώ την καθηγήτρια, κ. Κωνσταντία Πολυζοπούλου για την καθοδήγηση, και την πολύτιμη βοήθεια της. Επίσης, ευχαριστώ την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση.»

Περίληψη

Η επαγγελματική εξουθένωση, όπως και η υγεία δεν έχουν έναν κοινά αποδεκτό ορισμό από την επιστημονική κοινότητα. Κατά καιρούς και για τις δυο αυτές έννοιες δόθηκαν διάφοροι ορισμοί από την επιστημονική κοινότητα. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι φαινόμενο που παρατηρείται συχνά σε επαγγέλματα του τομέα της υγείας. Ειδικά οι γιατροί εκδηλώνουν συχνά το σύνδρομο, λόγω των απαιτήσεων που συνοδεύουν την εργασία τους. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής εργασίας, είναι η ανασκόπηση του συνδρόμου στους επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα στους ιατρούς. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συνδεθεί άμεσα με το όνομα της Christina Maslach αφού ήταν η πρώτη που έδωσε τον ορισμό του συνδρόμου. Επίσης έχουν αναπτυχθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα που μετράνε την επαγγελματική εξουθένωση και έτσι μπορεί να γίνει και η διάγνωση της. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, τα συμπτώματα που ενδέχεται να παρουσιάσει ένα άτομο που πάσχει, είναι τα κοινά χαρακτηριστικά κόπωσης, αυπνίας. Αυτή η τυπολογία συμπτωμάτων δυσκολεύει την αναγνώριση του συνδρόμου και επομένως και την διάγνωση του. Επομένως, η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να αποτελεί ένα ασαφές σύνολο ορισμών με πολλαπλές ερμηνείες. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που μπορεί να ακολουθήσει κάποιο άτομο προκειμένου να προλάβει τέτοιες καταστάσεις αφορούν κυρίως τρόπους βελτίωσης της ποιότητας ζωής του αλλά και του επαγγελματικού περιβάλλοντός του. Σύμφωνα, με έρευνες βρέθηκε ότι μεγαλό ποσοστό των ειδικευόμενων ιατρών πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση, παρόλα αυτά δεν παρατηρήθηκε διαφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Συμπερασματικά, είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης με την λήψη αποτελεσματικών μέτρων τόσο για τον ιατρό όσο και για τους ασθενείς του. Η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι ένα αναπόφευκτο σύνδρομο μπορεί να προληφθεί πριν εμφανιστεί και να αντιμετωπιστεί κατά την ανάπτυξή του. Παράλληλα, λόγω του μεγάλου αριθμού ορισμών για την επαγγελματική εξουθένωση παρατηρείται δυσκολία στην έρευνα.

Λέξεις – Κλειδιά

Επαγγελματική εξουθένωση, ιατρικό προσωπικό, συνέπειες, οργανισμοί υγείας, επιπολασμός, διάγνωση.

Abstract

Burnout, much like health, lacks a universally accepted definition within the scientific community. Over time, the scientific community has provided various definitions for both concepts. Burnout is a phenomenon commonly observed in healthcare professions, with doctors, in particular, frequently experiencing this syndrome due to the demands inherent in their work. The primary objective of this literature review is to examine burnout in healthcare professionals, specifically focusing on physicians. Christina Maslach is credited with directly associating her name with the definition of this syndrome as she was the first to do so. Additionally, several theoretical models have been developed to measure burnout, enabling its diagnosis. According to existing literature, the symptoms typically exhibited by individuals experiencing burnout include fatigue and insomnia, which are common indicators. This array of symptoms complicates the identification and diagnosis of the syndrome, rendering burnout a concept characterized by multiple interpretations and vague definitions. In terms of coping strategies to prevent such situations, individuals can primarily focus on improving their overall quality of life and their work environment. Research has revealed a high prevalence of burnout among doctors in training, with no significant differences observed in demographic characteristics. In conclusion, addressing the phenomenon of burnout is imperative, and effective measures must be taken to support both physicians and their patients. Burnout is not an inevitable syndrome; it can be prevented before its onset and treated during its development. However, the abundance of different definitions for burnout complicates research efforts.

Keywords

Burnout, medical staff, consequences, health care organisations, prevalence, diagnosis

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη v
Abstract vi
Εισαγωγή 1
Α' ΜΕΡΟΣ 3
1. Ορισμός 3
2. Σκοπός 5
3. Οργανισμοί και Λειτουργία της υγείας 7
Β΄ΜΕΡΟΣ 10
«ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ» 10
1. Ορισμός 11
2. Ιστορική αναδρομή 13
3. Θεωρίες για την επαγγελματική εξουθένωση 14
3.1 Το μοντέλο Maslach Burnout Inventory 15
3.2 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss 15
3.3 Το μοντέλο της Pines 16
3.4 Οι Edelwich και Brodsky 16
3.5 Το μοντέλο της Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory) (2005) 17
4. Ερευνητική ανασκόπηση σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση σε ιατρικό προσωπικό 18
5. Παράγοντες εμφάνισης του συνδρόμου 21
6. Συμπτώματα του συνδρόμου 23
7. Επιπολασμός του συνδρόμου 26
8. Συνέπειες του συνδρόμου 27
9. Διάγνωση του συνδρόμου 31
10. Στρατηγικές αντιμετώπισης 34
Συζήτηση 37
Συμπέρασμα 38
Προτάσεις για περαιτέρω μελέτες 39
Βιβλιογραφία 41

Εισαγωγή

Η επιτήρηση της επαγγελματικής υγείας πλέον είναι πιο σημαντική από ποτέ λόγω και της πανδημίας COVID-19 που επιβάρυνε τη λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών- δομών και την ψυχική υγεία όλων των ανθρώπων. Η παρούσα εργασία εστιάζετε στην επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών. Αποτελεί ένα επαγγελματικό φαινόμενο που προκύπτει από το χρόνιο στρες στον εργασιακό χώρο (Edú-Valsania, Laguía, & Moriano, 2022). Η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζει αυξητική τάση κυρίως, στα επαγγέλματα παροχής υγείας και ειδικά στο ιατρικό προσωπικό (ιατρούς, νοσηλευτές) που έχουν κύρια απασχόληση με τους ασθενείς (Shuwei Hao, 2023).

Η "επαγγελματική εξουθένωση", δεν έχει μοναδικό ορισμό, συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμο του άγχους ή της δυσαρέσκειας, ενώ σταδιακά έχει αναδειχθεί ως μια ξεχωριστή έννοια (Cherniss, 1985). Στα επαγγέλματα παροχής υγείας όπως είναι η ιατρική, το επαγγελματικό άγχος και η εξουθένωση είναι γνωστό ότι συνδέονται με αρνητικά αποτελέσματα που σχετίζονται με την εργασία: όπως χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, παραγωγικότητα, χαμηλό επίπεδο υγείας των εργαζομένων, απουσία από την εργασία τους λόγω κόπωσης, πολλές ώρες εργασίας, συναισθηματικές και εξαντλητικές συναντήσεις με τους ασθενείς και τους συνοδούς αυτών. Συνήθως με χαμηλές αμοιβές που δεν ανταποκρίνονται στο έργο που παρέχουν.

Κατά καιρούς έχουν διεξαχθεί διάφορες έρευνες που επιχειρούν να προσδιορίσουν την επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού προσωπικού. Πολλές μελέτες σε όλο τον κόσμο έχουν ήδη υποδείξει ότι η επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο (Paris & Hoge, 2010). Οι ειδικοί στις Ηνωμένες Πολιτείες έκριναν πρόσφατα την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κρίση στη δημόσια υγεία με ποσοστό έως και 78% των γιατρών να εμφανίζουν αισθήματα εξουθένωσης (Chemali et. al., 2019).

“Έχω πολύ άγχος”, “είμαι κουρασμένος/η και δεν θέλω να δουλέψω σήμερα”, “θα ήθελα να έχω άδεια”, είναι προτάσεις που ακούγονται πολύ συχνά στην καθημερινότητα, και χρησιμοποιούνται σαν δικαιολογίες για την κατάσταση που τους δημιουργεί η εργασία τους. Πίσω από αυτές τις καθημερινές και απλές φράσεις κρύβεται και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000). Το σύνδρομο

αναπτύσσεται αργά σε βάθος χρόνου με μικρά και ασήμαντα συμπτώματα με το άγχος να έχει κυρίαρχο ρόλο σε αυτό (Czeglédi & Tandari-Kovács, 2019). Στα επαγγέλματα παροχής υγείας προστίθεται ακόμα μια φράση η οποία είναι “κάναμε ότι καλύτερο μπορούσαμε” ή “ κάντε ότι καλύτερο μπορείτε” που συνοδεύετε με την αγωνία των ασθενών αλλά και των συνοδών, προκαλώντας στον επαγγελματία υγείας πρόσθετο άγχος διότι αναλαμβάνει την ευθύνη του ασθενούς.

Συμπερασματικά, τα άτομα με επαγγελματικό στρες είναι λιγότερο ικανά να ελέγξουν τα αρνητικά συναισθήματα (Jackson-Koku & Grime, 2019). Η εκδήλωση του άγχους και η εμφάνιση της εξουθένωσης δημιουργεί τεράστιο πρόβλημα στην αποτελεσματικότητα της εργασίας τους.

Α' ΜΕΡΟΣ

«ΥΓΕΙΑ»

Ορισμός

Ο ορισμός της υγείας δεν είναι μόνο ένα θεωρητικό ζήτημα, καθώς έχει πολλές επιπτώσεις στην πρακτική, την πολιτική και στις υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, ο ορισμός της υγείας που παρουσιάστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) δεν είναι πλέον αποδεκτός διότι τα συστήματα υγείας έρχονται αντιμέτωπα με νέες προκλήσεις (Lancet, 2009). Ο ορισμός που έδωσε ο ΠΟΥ το 1948 στην υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (Grad, 2002). Ο ορισμός αυτός δεν μπορεί όμως να αποφύγει την αμφισβήτηση, ιδίως λόγω της χρήσης της λέξης «πλήρους», η οποία υπονοεί την απόλυτη σωματική, διανοητική και κοινωνική ευημερία ως ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου (Σταματοπούλου, Α., Σταματοπούλου, Ε. Χανιώτης, Παπαγεωργίου & Χανιώτης, 2021). Το 1986 σε ένα διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας, εμφανίστηκε ένας νέος ορισμός που χρηματοδοτήθηκε από τον ΠΟΥ αναφέρει: «Η προαγωγή της υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να υιοθετήσουν συνήθειες για την βελτίωση της υγείας τους. Για να φτάσει σε μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας ένα άτομο, ή μια ομάδα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να πραγματοποιήσει φιλοδοξίες, να ικανοποιήσει ανάγκες και να αλλάξει συνήθειες. Ως εκ τούτου, η υγεία θεωρείται ως ένας πόρος για την καθημερινή ζωή και όχι ως ο μοναδικός στόχος της ζωής. Η υγεία αντιμετωπίζεται ως ένα θετικό εννοιολογικό πλαίσιο που επισημαίνει τους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους, καθώς και τις φυσικές ικανότητες. Επομένως, η προαγωγή της υγείας δεν είναι μόνο ευθύνη του τομέα υγείας, αλλά και του τρόπου ζωής κάθε ανθρώπου» (Saracci, 1997 ; McCartney, Popham, McMaster, Cumbers, 2019).

Κατά καιρούς έχουν προταθεί πολλοί ορισμοί για την υγεία. Κάποιοι από αυτούς είναι οι εξής:

«Η ασθένεια και η αναπηρία μπορούν συχνά να συνυπάρχουν με την ευεξία. Σε αυτήν τη νέα προοπτική, η έννοια της υγείας εξελίσσεται από μια κατάσταση που απαιτεί απλώς την απουσία ασθενειών, σε μια κατάσταση όπου το κεντρικό ζήτημα επικεντρώνεται στην πληρότητα της ζωής».

«Η υγεία αποτελείται από την ισορροπία του μυαλού, του σώματος και του πνεύματος που χρησιμοποιούνται πλήρως για την καλύτερη ποιότητα ζωής στο έπακρο κάθε μέρα». (Bradley, USA (Ret), Goetz, Viswanathan, 2018).

«Η υγεία είναι η εμπειρία της σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας. Η καλή υγεία και η κακή υγεία δεν αντιμετωπίζονται ως αντιφάσεις, αλλά ως συνδυασμός. Η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας δεν είναι ούτε επαρκής ούτε απαραίτητη για να δημιουργήσει μια κατάσταση καλής υγείας» (Card, 2017).

Σκοπός

Ο σκοπός της υγείας είναι η βέλτιστη κατάσταση της φυσικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου (Kim, Strecher & Ryff, 2014). Περιλαμβάνει όχι μόνο την απουσία ασθενειών και παθήσεων, αλλά και την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της ζωής, να αισθάνεται καλά με τον εαυτό του, να διατηρεί ισορροπημένες σχέσεις με τους άλλους και να συμμετέχει πλήρως στις δραστηριότητες που τον ενδιαφέρουν (Mohit, 2001). Ο σκοπός της υγείας διαφέρει από άτομο σε άτομο, καθώς η υγεία είναι υποκειμενική αλλά και αντικειμενική, εξαρτάται από τις ατομικές αξίες, τους στόχους και τις προτεραιότητες (Roepke, Jayawickreme & Riffle, 2014). Για κάποιους, ο σκοπός της υγείας μπορεί να είναι η επίτευξη σωματικής ευεξίας και αθλητικών επιδόσεων, ενώ για άλλους μπορεί να σημαίνει η δυνατότητα να απολαμβάνουν τη ζωή χωρίς περιορισμούς λόγω ασθενειών (Hays & Reeve, 2010). Επίσης, είναι η δημιουργία ισορροπημένων και ευεργετικών καταστάσεων για τον οργανισμό, όπου το σώμα, το μυαλό και το πνεύμα λειτουργούν αρμονικά (Whitehead, 2007). Σε ευρύτερη έννοια, η υγεία δεν περιορίζεται μόνο στην απουσία ασθενειών ή συμπτωμάτων, αλλά αναφέρεται σε έναν βαθύτερο βαθμό ευημερίας και ευζωίας (Σταματοπούλου, κ. συν., 2021) .

Ο σκοπός της υγείας περιλαμβάνει (Healthy People, 2020):

Σωματική υγεία: Τη διατήρηση ενός υγιούς σώματος μέσω σωστής διατροφής, φυσικής άσκησης και της προστασίας από επιβλαβείς παράγοντες.

Ψυχική υγεία: Την ανάπτυξη ψυχολογικής ανθεκτικότητας, τη διαχείριση του στρες, την προαγωγή της θετικής σκέψης και συναισθηματικής ισορροπίας.

Κοινωνική υγεία: Τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, τη δημιουργία σχέσεων, την ανάπτυξη ενός υγιούς κοινωνικού περιβάλλοντος και την προώθηση της αλληλεγγύης μέσα στην οικογένεια.

Πνευματική υγεία: Την αναζήτηση νοηματικών σημασιών, την ανάπτυξη πνευματικών πρακτικών και την εμβάθυνση στην εσωτερική γνώση και αυτοσυνείδηση.

Ο σκοπός της υγείας είναι να διασφαλίσει όχι μόνο την απουσία νόσων, αλλά και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, της ευημερίας και της ισορροπίας σε όλες τις πτυχές του ανθρώπου. Συνολικά, επιδιώκει να επιτρέψει στα άτομα να ζουν μια πλήρη, ευτυχισμένη

και παραγωγική ζωή, ενσωματώνοντας τη φροντίδα του σώματος, του μυαλού και του πνεύματος (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002 ; Stover & Bassett, 2003).

Οι μη μεταδοτικές ασθένειες διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα παγκοσμίως. Ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες αποτελεί το 60% των συνολικών θανάτων παγκοσμίως. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οφείλεται στους παράγοντες συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής (Willett, Koplan, & Nugent, 2006). Πολυάριθμες ερευνητικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι κακές υγειονομικές συνήθειες αυξάνουν την ευπάθεια και την ευαισθησία του ατόμου (Murdaugh, & Parsons, 2018).

Οργανισμοί και Λειτουργία της υγείας

Οι περισσότεροι άνθρωποι συνδέουν τη λέξη «υγεία» με τα νοσοκομεία και τους επαγγελματίες υγείας (Σταματοπούλου, κ. συν., 2021). Οι οργανισμοί υγείας είναι φορείς που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προώθηση της δημόσιας υγείας. Στόχος τους είναι να διασφαλίσουν την καλή υγεία του πληθυσμού και την παροχή ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας (Νικολάου, Κουράκος & Καυκιά, 2022). Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αφορά την ίδρυση δημόσιων μονάδων που θα αναπτυχθούν σε αγροτικά και αστικά κέντρα και θα στελεχωθούν από γενικούς ιατρούς. Οι δομές αυτές θα λειτουργούν σαν καθοδηγητής των ασθενών που θα τους παραπέμπει στην αντίστοιχη ειδικότητα που είναι απαραίτητη για την θεραπεία τους. Οι οργανισμοί υγείας δρουν από τοπικό μέχρι παγκόσμιο επίπεδο. Συνεργάζονται με υγειονομικούς: όπως ιατρούς, νοσοκομεία, κοινότητες, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχοθεραπευτές (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι), προμηθευτές ιατροτεχνολογικών ειδών αλλά και άλλοι επαγγελματίες υγείας που έχουν στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Επίσης, αποτελείται από νομικά πρόσωπα, όπως Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) ή κάθε άλλη Δημόσια Δομή ΠΦΥ, Ιδιωτικές Κλινικές, άλλες Κλινικές και Ιδρύματα που περιθάλπουν χρόνια πάσχοντες ασθενείς, Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ), Κέντρα Διημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας (ΚΔ-ΗΦ), Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ), Στέγες Αυτόνομης Διαβίωσης (ΣΑΔ), Ιδιωτικά Διαγνωστικά Εργαστήρια, κέντρα Θεραπείας και Αποκατάστασης,, Πολυϊατρεία, Οδοντιατρεία, Πολυοδοντιατρεία, Τμήματα Εξωτερικών Ιατρείων Νοσοκομείων και ιδιωτικών Κλινικών, Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης – Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (Μ.Χ.Α.-Μ.Τ.Ν.), ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Ιατρικές Εταιρείες κάθε μορφής που προβλέπονται από την νομοθεσία (π.χ. Α.Ε., Ε.Π.Ε., Ο.Ε, ΙΚΕ κ.λπ.), Κέντρα Ειδικών Θεραπειών - Ειδικής Αγωγής - Λογοθεραπείας - Εργοθεραπείας-Ψυχοθεραπείας, καθώς και κάθε άλλη υγειονομική δομή που αναγνωρίζεται από το κράτος και παρέχει νόμιμες ιατρικές υπηρεσίες ή φροντίδα υγείας (Υπ. Απόφαση 46846/2018 ; Τούντας, κ. συν., 2020). Συνολικά, όλοι οι παραπάνω οργανισμοί υγείας αποτελούν σημαντικό τμήμα του

υγειονομικού συστήματος κάθε χώρας και συμβάλλουν στην παροχή και βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.

Ως στόχοι και λειτουργίες των συστημάτων υγείας, σύμφωνα με τον ΠΟΥ,ορίζεται ότι «τα αποτελέσματα ή οι στόχοι του συστήματος υγείας πρέπει να είναι: η βελτίωση της υγείας και της ισότητας στην υγεία, η παροχή υπηρεσιών, η δημιουργία ανθρώπινων και φυσικών πόρων που καθιστούν δυνατή την παροχή υπηρεσιών με τρόπους που να ανταποκρίνονται στις ανθρώπινες ανάγκες, οικονομικά δίκαιοι, και να πράττεται το καλύτερο ή να εφαρμόζεται η πιο αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων» (World Health Organization, 2006).

Οι Οργανισμοί υγείας παρέχουν νοσοκομειακή περίθαλψη σε όλους τους δικαιούχους. Η νοσοκομειακή φροντίδα περιλαμβάνει την νοσηλεία των ασθενών, κάθε μορφής ιατρικής παρέμβασης εντός του νοσοκομείου, καθώς και την απαραίτητη αγωγή και θεραπεία για την ανάκτηση της φυσικής και ψυχικής ευεξίας. Αντιμετώπιση σωματικών και ψυχολογικών αναπηριών ή καταστάσεων ασθενείας γενικότερα, καθώς επίσης και τη διενέργεια των απαραίτητων ιατρικών εξετάσεων, διαγνωστικών εξετάσεων, ειδικών θεραπευτικών μεθόδων και επεμβάσεων. Στο πλαίσιο της νοσοκομειακής φροντίδας, ο Οργανισμός προσφέρει σε όλους τους δικαιούχους τις υπηρεσίες αποκατάστασης-αποθεραπείας (κλειστής θεραπείας), καθώς επίσης και ψυχιατρική περίθαλψη. Η νοσοκομειακή φροντίδα προσφέρεται σε δομές υγείας δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας δυναμικής του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Σε στρατιωτικά νοσοκομεία, στα νοσοκομεία του Υπουργείου Παιδείας, καθώς και σε ιδιώτες παρόχους νοσοκομειακής φροντίδας που συνεργάζονται με τον Οργανισμό (κλινικές). Ο δικαιούχος έχει την ευκαιρία να επιλέξει ανάμεσα στους παρόχους νοσοκομειακής φροντίδας που έχουν συμβόλαιο με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), τόσο σε δημόσιους όσο και σε ιδιώτες παρόχους. Η παραπομπή για νοσηλεία γίνεται από ιδιώτες ιατρούς ή από ιατρούς δημοσίων δομών (Υπ. Απόφαση 46846/2018).

Β΄ΜΕΡΟΣ

«ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ»

Ορισμός

Παρά το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ευρέως μελετημένο θέμα και έχει γίνει αντικείμενο εκτενούς διεπιστημονικής έρευνας, δεν υπάρχει αυτή την στιγμή ένας απόλυτα αποδεκτός ορισμός (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Ο ορισμός που αυτή την στιγμή είναι ευρέως αποδεκτός αποδίδει την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης ως «την σωματική και ψυχική εξάντληση του επαγγελματία υγείας με απώλεια του ενδιαφέροντος και των θετικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς, έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία και αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Maslach, 1982)». Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση συχνά ταυτίζεται με το όνομα της προαναφερθείσας ψυχολόγου (Lee & Ashforth, 1990).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα ψυχοκοινωνικό σύνδρομο. Περιλαμβάνει τρία (3) βασικά στοιχεία (Montero-Marín, García-Campayo, Mera & del Hoyo, 2009):

1. τον βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης,
2. το επίπεδο αποπροσωποποίησης,
3. αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων στο πλαίσιο της εργασίας.

Αυτοί οι 3 τομείς χαρακτηρίζονται από μια συνέχεια. Η συναισθηματική εξάντληση είναι μια κατάσταση όπου παρατηρείται λόγω έλλειψης ενέργειας και παρουσίας της αίσθησης εξάντλησης των συναισθημάτων. Οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται ότι δεν είναι πλέον σε θέση να συμμετέχουν σε συναισθηματικό επίπεδο κατά την διάρκεια της εργασίας τους, όπως συνέβαινε τα προηγούμενα χρόνια, με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται από απάθεια και αδιαφορία στην εργασία τους και να αδυνατούν να επενδύσουν συναισθηματικά σε μεγαλύτερο βαθμό (Bridgeman, Bridgeman & Barone, 2017). Όταν η συναισθηματική εξάντληση καθίσταται πιο σοβαρή εμφανίζεται η αποπροσωποποίηση που συνεπάγεται στην ανάπτυξη αρνητικών στάσεων και συναισθημάτων διότι το άτομα συμπεριφέρονται με ιδιαίτερα κυνικό και απόμακρο τρόπο τόσο στους ανθρώπους που λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας όσο και στους συναδέλφους τους χρησιμοποιώντας εκφράσεις υποτιμητικής γλώσσας (Montero-Marín & García-Campayo, 2010). Επίσης, λόγω των μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, οι ίδιοι εκτιμούν αρνητικά την προσωπική τους ικανότητα να εκτελούν τα καθήκοντα τους αλλά και να αλληλοεπιδρούν στις ομάδες που

συνεργάζονται. Βιώνουν συναισθήματα δυσαρέσκειας με αποτέλεσμα μειωμένων επιτυχιών και αποδοτικότητας στην εργασία τους (Montero-Marín et. al., 2009).

Ο ΠΟΥ το Μάιο του 2019 ονομάζει την επαγγελματική εξουθένωση ως «επαγγελματικό φαινόμενο» και την περιλαμβάνει στην 11η Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (ICD-11). Επίσης, δίνει στην επαγγελματική εξουθένωση έναν άλλον ορισμό συνδέοντας και τον ορισμό της Maslach «Το Burn-out είναι ένα σύνδρομο που θεωρείται ότι προκύπτει από χρόνιο στρες στο χώρο εργασίας που δεν έχει αντιμετωπιστεί επιτυχώς». Συμφωνεί με τις τρεις διαστάσεις της Maslach και προσθέτει ότι «Η εξουθένωση αναφέρεται συγκεκριμένα σε φαινόμενα στο επαγγελματικό πλαίσιο και δεν πρέπει να εφαρμόζεται για να περιγράψει εμπειρίες σε άλλους τομείς της ζωής» (Who Health Organization, 2019).

Εν' κατακλείδι σύμφωνα με τα παραπάνω, στην υγειονομική περίθαλψη οι γιατροί και οι νοσηλευτές, ενδέχεται να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα για την εργασία τους, για την οποία είχαν αναπτύξει θετικά συναισθήματα στο παρελθόν, λόγω εξαντλητικού ωραρίου, πολλών υποχρεώσεων, απουσίας προσωπικού χρόνου (Doulougeri, Georganta, Montgomery, 2016). Στο χώρο των δομών υγείας, παρατηρείτε η έλλειψη συναισθηματικής δέσμευσης με τους ασθενείς λόγω της αποπροσωποποίησης που δημιουργείται ανάμεσα στον ιατρό με τον ασθενή. Η εξουθένωση επηρεάζει την κακή λήψη κλινικών αποφάσεων με αποτέλεσμα να εμφανίζονται συχνά ιατρικά λάθη, επιβεβαιώθηκε από σχετική έρευνα (Menon et. al., 2020). Είναι αδύνατο να αγνοηθεί η επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ασφάλεια των ασθενών και στην ποιότητα της περίθαλψης. Για το λόγο αυτό, στις δομές υγείας θα πρέπει να προωθείται η ευεξία και η ισορροπημένη συναισθηματική κατάσταση ανάμεσα στους γιατρούς και στο νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να επιτευχθούν τα βέλτιστα της ομαδικής δουλείας για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών (Bridgeman et. al., 2017; Rotenstein et. al., 2018).

. Ιστορική αναδρομή

Ιστορικά, ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο εργασιακή εξουθένωση (burnout) ήταν ο Graham Greene (1960) συγγραφέας στο μυθιστόρημά του «A Burnt-Out Case». Σε αυτό το έργο, παρουσίασε την ιστορία ενός αρχιτέκτονα που αντιμετώπισε αίσθημα έλλειψης νοήματος στο επάγγελμά του και έλλειψης ευχαρίστησης στη ζωή του (Edú-Valsania et, al., 2022). Στη συνέχεια, το 1974, ο όρος επαγγελματική εξουθένωση καταγράφηκε από τον Freudenberger, έναν ψυχολόγο που ασχολήθηκε με την κατάχρηση ουσιών. Στη ερευνά του, η οποία ξεκίνησε μέσα σε μια κλινική αποτοξίνωσης τη δεκαετία του '60, παρουσίασε τις πρώτες επιστημονικές περιγραφές των ατόμων που επηρεάστηκαν από την επαγγελματική εξουθένωση (Bridgeman et. al., 2017). Λίγο αργότερα, η Maslach εισήγαγε την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης στην επιστημονική βιβλιογραφία και διατύπωσε τον όρο ως μια σταδιακή διαδικασία κόπωσης, κυνισμού και μειωμένης δέσμευσης μεταξύ των επαγγελματιών κοινωνικής φροντίδας. Χρόνια αργότερα και μετά από αρκετές εμπειρικές μελέτες, οι Maslach και Jackson (1982) αναπροσάρμοσαν την έννοια και διαμόρφωσαν έναν πιο αυστηρό και λειτουργικό ορισμό για την επαγγελματική εξουθένωση. Το σημείο καμπής μεταξύ των δύο ορισμών είναι η θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου, όπου το σύνδρομο να καθίσταται κατανοητό ως μια εικόνα ή ένα σύνολο συμπτωμάτων και σημείων που εμφανίζονται ταυτόχρονα και καθορίζουν κλινικά μια συγκεκριμένη κατάσταση διαφορετική από άλλες (Bianchi, Truchot, Laurent, Brisson & Schonfeld, 2014). Κατά τη δεκαετία του 1980, τα κριτήρια αξιολόγησης του συνδρόμου καθίστανται διαθέσιμα, μέσω του σχεδιασμού ενός τυπικού οργάνου μέτρησης, του Maslach Burnout Inventory ή MBI (Montero-Marín et. al., 2009) που αναπτύχθηκε από της Christina Maslach (κοινωνικής ψυχολόγου) και της Susan E. Jackson, με στόχο την αξιολόγηση της εμπειρίας του ατόμου που αντιμετωπίζει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό το εργαλείο θεωρείται πλέον χρυσός κανόνας για τους επιστήμονες, καθώς έχει αποδείξει την ευελιξία του να προσαρμόζεται εύκολα σε διάφορα επαγγέλματα, λόγω των τριών διαστάσεων που θα αναλυθούν παρακάτω (Lee & Ashforth, 1990). Τέλος, παρότι ο ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης από τις Maslach και Jackson παραμένει ο πιο αποδεκτός και ευρέως

αναγνωρισμένος, παρουσιάζονται και άλλες διατυπώσεις ή ορισμοί στην επιστημονική βιβλιογραφία (Edú-Valsania et. al., 2022).

Θεωρίες για την επαγγελματική εξουθένωση

3.1 Το μοντέλο Maslach Burnout Inventory

Το πιο ευρέως υιοθετημένο μοντέλο είναι το Maslach Burnout Inventory (MBI) το οποίο αποτελείται από 22 ερωτήσεις που αναφέρονται στη μέτρηση της συναισθηματικής εξάντλησης (9 ερωτήσεις), της αποπροσωποποίησης (5 ερωτήσεις) και της έλλειψης προσωπικής προσέγγισης (8 ερωτήσεις) (Cordes, Dougherty & Blum, 1997). Το MBI σχεδιάστηκε για εργαζόμενους που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στον άνθρωπο.

Η συναισθηματική εξάντληση συσχετίζεται με ψυχολογική και σωματική καταπόνηση που αντιστοιχεί στην σωματική κόπωση, στο άγχος, στην αϋπνία, στην απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Επίσης, η αποπροσωποποίηση αντιστοιχεί στην έννοια της απομάκρυνσης. Μέσω της αποπροσωποποίησης, το άτομο βιώνει την εξάντληση της συναισθηματικής ενέργειας, αντιμετωπίζοντας τους άλλους ως αντικείμενα και όχι ως άτομα. Η αποπροσωποποίηση αποτελεί μία μορφή αμυντικής συμπεριφοράς, που αποσκοπεί στην αποφυγή ανεπιθύμητης συζήτησης προκαλώντας μία απόσταση μεταξύ των εργαζομένων και ασθενών. Η έλλειψη προσωπικής επίτευξης αντιπροσωπεύει την αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι δεν είναι ικανός, με αποτέλεσμα να μειώνεται η απόδοσή του (Lee & Ashforth, 1990).

Τέλος, σαν αποτέλεσμα η υψηλή επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με υψηλότερες βαθμολογίες συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης. Χαμηλότερη βαθμολογία παρουσιάζει η διάσταση της προσωπικής επίτευξης (Al Mutair et. al., 2020).

3.2 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss

Ο Cherniss έχει προσφέρει το πιο ολοκληρωμένο μοντέλο που προσεγγίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια διαδικασία που εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου (Burke & Greenglass, 1995). Η διατύπωση του Cherniss (1980) για την επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται μια ιδιαίτερη απάντηση σε χρόνιο και ανεξέλεγκτο άγχος. Πιο συγκεκριμένα, η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται ως το τελικό σημείο μιας διαδικασίας που ξεκινά με την απόκριση στο στρες (Cherniss, 1985).

Ο Cherniss υποστήριξε ότι οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της αγχωτικής, απογοητευτικής ή μονότονης εργασίας. Στο επίκεντρο της ανάλυσης του Cherniss βρίσκεται η διαδικασία

επεξεργασίας του τρόπου με τον οποίο οι οργανισμοί και το κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον μπορούν να επηρεάσουν την αντίδραση ενός ατόμου στην εργασία (Chirico, 2016). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι τρεις διαστάσεις είναι οι εξής (Roberts, 1987).:

1. η φάση του εργασιακού στρες,
2. η φάση της εξάντλησης,
3. η φάση της αμυντικής κατάληξης.

3.3 Το μοντέλο της Pines

Η προσέγγιση της Pines (1986) και των συνεργατών της όρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως "αίσθηση αποτυχίας των ανθρώπων με υψηλούς στόχους". Η Pines βασίζεται στην υπόθεση ότι οι άνθρωποι αναζητούν μια αίσθηση υπαρξιακής σημασίας μέσω της εργασίας τους και έχουν ψυχοδυναμικούς λόγους για την επιλογή της σταδιοδρομίας τους (Pines, 1986). Επομένως, οι ατομικοί παράγοντες που προδιαθέτουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι: η πρωταρχική δομή της προσωπικότητας (π.χ. ιδεαλισμός, τελειομανία, ατολμία, ανασφάλεια και συναισθηματική αστάθεια), η ανεπαρκείς ή ελλιπείς στρατηγική αντιμετώπιση του στρες, η διαψευσμένη προσδοκία, η αρνητική εμπειρία και ο τρόπος ζωής (π.χ. ανεπαρκής υποστήριξη λόγω έλλειψης κοινωνικών σχέσεων/συνεργασιών) (Chirico, 2016). Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συν-εμφανίζεται με συμπτώματα ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία (Pines & Keinan, 2005).

3.4 Οι Edelwich και Brodsky

Ο Edelwich και Brodsky (1980) όρισαν την επαγγελματική εξουθένωση ως "μια προοδευτική απώλεια του αρχικού ιδεαλισμού, της ενέργειας και του σκοπού που βιώνουν οι άνθρωποι στις υπηρεσίες υγείας ως αποτέλεσμα των συνθηκών της εργασίας τους". Προσδιόρισαν τέσσερα στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης (ή απογοήτευσης): ενθουσιασμός, στασιμότητα, απογοήτευση και απάθεια. Ο ενθουσιασμός είναι το συναίσθημα που βιώνει ο εργαζόμενος στην αρχή της εργασίας του, που περιλαμβάνει διάθεση για εργασία και υψηλές προσδοκίες. Το δεύτερο στάδιο, που περιλαμβάνει τη στασιμότητα, ο εργαζόμενος συνεχίζει να διατηρεί υψηλές προσδοκίες αλλά οι δράσεις του

δεν οδηγούν στα επιδιωκόμενα αποτελέσματα ώστε να καταλήξει σε μια σταθερή κατάσταση χωρίς εξέλιξη. Στην συνέχεια παρουσιάζεται η απογοήτευση, που οδηγούν σε άγχος και εκνευρισμό. Τέλος εμφανίζεται η απάθεια που περιγράφεται με την αδιαφορία προς τις επαγγελματικές υποχρεώσεις και ο εργαζόμενος συνεχίζει να εργάζεται μόνο για βιοποριστικούς λόγους. Επιπλέον, εντόπισαν ως αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης, τον ανεπαρκή μισθό, τις πολλές ώρες εργασίας, τα αδιέξοδα της καριέρας, την έλλειψη εκτίμησης, την αδυναμία και την έλλειψη κατάρτισης (Edelwich & Brodsky 1980 ; Chirico, 2016).

3.5 Το μοντέλο της Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory) (2005)

Το μοντέλο αυτό δημιουργήθηκε από την διαφωνία που είχαν οι δημιουργοί του Tage Kristensen, Marianne Borritz, Ebbe Villadsen και Karl B. Christensen με αυτό της Maslach. Το ερωτηματολόγιο Copenhagen Burnout Inventory (CBI), έχει τρεις υποδιαστάσεις: την προσωπική εξουθένωση, την επαγγελματική εξουθένωση και την εξουθένωση με τους πελάτες. Η πρώτη υποδιάσταση που είναι η προσωπική εξουθένωση την όρισαν ως τον βαθμό σωματικής και ψυχολογικής κόπωσης, καθώς και της εξάντλησης που βιώνει ο εργαζόμενος. Η διαφορά της δεύτερης υποδιάστασης σε σχέση με την πρώτη είναι ότι σε αυτή την περίπτωση τα συμπτώματα γίνονται αντιληπτά από τον ίδιο τον εργαζόμενο. Στην τελευταία υποδιάσταση, η εξουθένωση ορίζεται από το βαθμό σωματικής και ψυχολογικής κόπωσης. Η εξουθένωση γίνεται αντιληπτή από τον εργαζόμενο και έχει άμεση σχέση με εξυπηρέτηση των πελατών. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο φτιάχτηκε για να μπορεί να απαντηθεί από όλους τους εργαζόμενους ανεξαρτήτως επαγγέλματος (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005).

. Ερευνητική ανασκόπηση σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση σε ιατρικό προσωπικό

Η επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών άρχισε να αποτελεί αντικείμενο ερευνών από το τέλος της δεκαετίας του 1970. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980 τα άρθρα για την επαγγελματική εξουθένωση αριθμούσαν εκατοντάδες και στην δεκαετία του ‘90 ο αριθμός τους είχε φτάσει σε χιλιάδες και συνεχίζει μέχρι σήμερα να αυξάνεται (Dunn, & Stephen Ronald, 1999).

Η έρευνα του Chemali και των συνεργατών του το 2019 επικεντρώθηκε στις χώρες της Μέσης Ανατολής. Στόχος της έρευνας, ήταν η εξέταση της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των παροχών υγειονομικής περίθαλψης. Στην έρευνα εξετάστηκαν 54 άρθρα για την εξουθένωση των ιατρών, όπου συμπεριλήφθηκαν 8.588 συμμετέχοντες. Σε 49 μελέτες, η εξουθένωση αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο MBI. Στις υπόλοιπες 5 μελέτες χρησιμοποιήθηκαν διάφορα ερωτηματολόγια, και ποικίλα θεωρητικά μοντέλα εξουθένωσης. Το συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι η επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών στις χώρες της Μέσης Ανατολής βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα (Chemali et. al., 2019).

Σε έρευνα των Galán, Sanmartín, Polo, και άλλων επιστημόνων (2011), με τη συμμετοχή φοιτητών ιατρικής της Ισπανίας αποδείχθηκε ότι ο επιπολασμός της εξουθένωσης είναι σημαντικά υψηλότερος στους φοιτητές του 6ου έτους σε σύγκριση με τους φοιτητές του 3ου έτους. Αυτό συμβαίνει διότι οι φοιτητές των μεγαλύτερων ετών αναπτύσσουν πιο συχνή επαφή με τους ασθενείς σε σχέση με τους φοιτητές μικρότερων ετών, που δεν αναπτύσουν ιδιαίτερη επαφή με τους ασθενείς. Επίσης δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στα δυο φύλα (Galán Sanmartín, Polo, & Giner, 2011).

Έρευνα από μέλη της Ομάδας Κλινικής και Επιδημιολογικής Έρευνας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Παιδιατρικής (2012), έδειξε ότι τα άτομα τα οποία είναι νέοι ιατροί δηλαδή γιατροί με μικρότερη προϋπηρεσία παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξουθένωση. Επίσης τα άτομα του έχουν συχνές εφημερίες (κατά μέσο όρο < 48 ώρες την εβδομάδα) συνδέονται με τον υψηλό κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου (Galván et. al., 2012).

Η έρευνα από τους Verret και συνεργάτες (2021) που πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή ορθοπεδικών χειρουργών αλλά και των ειδικευόμενων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ειδικευόμενοι παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους ορθοπεδικούς χειρουργούς. Πιο συγκεκριμένα ο αυξημένος φόρτος εργασίας και ο μειωμένος έλεγχος λήψης αποφάσεων στην εργασία, είναι παράγοντες που επηρεάζουν την αποπροσωποποίηση και συναισθηματική εξάντληση των ειδικευόμενων ενώ αντίστοιχα για τους ορθοπεδικούς χειρουργούς, η αποπροσωποποίηση συσχετίστηκε ελάχιστα με το φόρτο εργασίας. Επίσης οι ασκούμενοι ορθοπεδικοί χειρουργοί έχουν παρουσίασει ανησυχητικά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σχετιζόμενα με μη επιθυμητά προσωπικά και επαγγελματικά αποτελέσματα (Verret, Nguyen, Verret, Albert & Fufa, 2021).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Τμήμα Ιατρικής Κριτικής Φροντίδας, στο Εθνικό Ιατρικό Κέντρο Παίδων της Ουάσιγκτον, έδειξε ότι υπάρχει υψηλό ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης στην παιδιατρική εντατική, με ποσοστό 50%. Συσχέτιση, όμως δεν υπήρχε ανάμεσα στις ειδικότητες των ιατρών. Επίσης, η ρουτίνα της δουλειάς συνδέθηκε με χαμηλότερους βαθμούς εξουθένωσης (Fields et. al., 1995).

Ένα σημαντικό ποσοστό της βιβλιογραφίας έχει καταλήξει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αυξημένη εμφάνιση του συνδρόμου σε γυναίκες, μεταξύ αυτών που ασχολούνται στον τομέα της χειρουργικής. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ αξιολόγησε τις διαφορές της επαγγελματικής εξουθένωσης με την ικανοποίηση της καριέρας τους, ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες χειρουργούς. Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν σε δείγμα μελέτης 7.858 χειρουργών αποκάλυψαν ότι το 43% των γυναικών υπέφεραν από επαγγελματική εξουθένωση, σε σύγκριση με το 39% των ανδρών. (Dyrbye, et. al., 2011) Αυτή την έρευνα επιβεβαίωθηκε και το 2012 από τις ίδιους τους ερευνητές (Shanafelt, et. al., 2012).

Μια έρευνα των Rosta, J., Nylenna, M., & Aasland, O. G. το 2009, έδειξε ότι υπάρχει υψηλό ποσοστό εξουθένωσης στους Νορβηγούς ιατρούς, σε σχέση με τους Γερμανούς ιατρούς. Ωστόσο τόσο η γενική ικανοποίηση από τη ζωή όσο και η ηλικία, αλλά όχι το φύλο, παρουσίασαν θετική συσχέτιση με την εργασιακή ικανοποίηση και στις δύο αυτές χώρες (Rosta, Nylenna & Aasland, 2009).

Η έρευνα από τον Διλιντά για το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ηρακλείου, που εξέτασε το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων έδειξε ότι, η επαγγελματική εξουθένωση παρουσίασε μέτριες διακυμάνσεις σε όλες τις διαστάσεις της. Το ιατρικό προσωπικό εμφάνισε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής κόπωσης και αποπροσωποποίησης, σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Παρατηρήθηκε επίσης ότι η αποπροσωποποίηση συνδέεται με την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο, ενώ το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η προϋπηρεσία και η μορφή απασχόλησης δεν φάνηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με τα επίπεδα της εξουθένωσης (Διλιντάς, 2010).

Εν΄ κατακλείδι, εξαιτίας της σημαντικής ανάγκης για πολλές ώρες εργασίας από τους νεότερους νοσοκομειακούς γιατρούς (μαθητευόμενους), σε ένα απαιτητικό περιβάλλον με ασθενείς και με τον ρόλο του μαθητευόμενου (Griffiths, 1993), είναι πιθανό να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης. Έχει παρατηρηθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση διαφοροποιείται ανάμεσα στις χώρες. Τα δημογραφικά στοιχεία δείχνουν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα.

. Παράγοντες εμφάνισης του συνδρόμου

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης προκύπτει όταν ο επαγγελματίας υγείας αντιμετωπίζει αρνητικά συναισθήματα που συσσωρεύονται χωρίς να απελευθερώνονται. Οι ατομικοί και οι εργασιακοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και καθορίζουν το βαθμό της εξουθένωσης του ατόμου (Adriaenssens, De Gucht, Maes, 2015). Η εξάντληση εκδηλώνεται με ποικίλα συμπτώματα και εκδηλώσεις που διαφέρουν από άτομο σε άτομο ως προς τον βαθμό τους. Συνήθως εμφανίζεται περίπου ένα χρόνο μετά την έναρξη της εργασίας, διότι ακριβώς σε αυτό το σημείο πολλοί παράγοντες αρχίζουν να επηρεάζουν. (Freudenberger, 1974). Κάποιοι παράγοντες που πυροδοτούν την επαγγελματική εξουθένωση είναι:

1. Υπερφόρτωση εργασίας

Ο μεγάλος χρόνος εργασίας, τόσο σε ποσότητα όσο και σε ποιότητα, όταν αυτή υπερβαίνει τα όρια απαιτεί συνεχή προσπάθεια και δημιουργεί φυσιολογικό και ψυχολογικό κόστος. Αντιμετωπίζοντας περισσότερες απαιτήσεις από μία μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση και ο εργαζόμενος χρείαζεται να θυσιάζει ώρες ξεκούρασης, ώρες από την οικογένεια του ή τις διακοπές του για να ολοκληρώσει το έργο του. Αυτά τα συμπτώματα μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση της επαγγελματικής εξάντλησης και της ψυχολογικής απομάκρυνσης από την εργασία (Maslach & Leiter, 2006 ; Maslach & Leiter, 2017).

2. Ειδικότητα

Παγκοσμίως, η έρευνα έχει αποδείξει πως υπάρχουν συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες που εμφανίζουν υψηλό βαθμό επιβάρυνσης του συνδρόμου. Αυτές είναι η πρώτη γραμμή της υγειονομικής περίθαλψης (οικογενειακός ιατρός, αποκλειστικές νοσοκόμες, ιατροί επειγόντων) ογκόλογοι, ψυχίατροι και χειρουργοί. (Zgliczyńska, M., Zgliczyński, S., Ciebiera, M., & Kosińska-Kaczyńska, 2019).

3. Αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους

Ο τομέας της επικοινωνίας έχει να κάνει με τις συνεχείς σχέσεις που έχουν οι εργαζόμενοι με άλλα άτομα στη δουλειά. Οι άνθρωποι διαφέρουν στο πως εκτιμούν προσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις. Όταν αυτές οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από έλλειψη υποστήριξης, έλλειψη εμπιστοσύνης και ανεπίλυτες συγκρούσεις, τότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος

εξουθένωσης. Εξίσου, μπορεί να είναι αιτία αποχώρησης όταν η κατάσταση στην ομάδα, μεταξύ των συναδέλφων είναι τεταμένες (Maslach, & Leiter, 2016 ; Maslach & Leiter 2017). Επιπλέον, η κοινωνική έλλειψη υποστήριξης στον χώρο εργασίας, είτε από συναδέλφους είτε από προϊστάμενους, είτε από εσωτερικές συγκρούσεις μεταξύ συναδέλφων θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εξουθένωση. Αντίθετα, η κοινωνική υποστήριξη έχει διαπιστωθεί ότι λειτουργεί ως αντιδραστήριος παράγοντας σε αυτό το σύνδρομο (Boland, Mink, Kamrud, Jeruzal, & Stevens, 2019).

4. Ατομικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με έρευνες που αφορά τους ιατρούς, έχουν αναδείξει ανεξάρτητες σχέσεις μεταξύ της επαγγελματικής εξάντλησης και διαφόρων παραμέτρων, όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, η κατάσταση των σχέσεων, η ηλικία των παιδιών και το επάγγελμα του συντρόφου (West, Shanafelt, & Kolars, 2011). Αν και το φύλο δεν αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για την εξάντληση (Fida, et. al., 2023) όταν λαμβάνεται υπόψη η ηλικία και άλλοι παράγοντες, ορισμένες αναλύσεις έχουν καταδείξει ότι οι γυναίκες ιατροί ενδέχεται να έχουν αυξημένη πιθανότητα επαγγελματικής εξάντλησης. Τα ποσοστά αύξησης κυμαίνονται από 20% έως 60% (Houkes, Winants, Twellaar, & Verdonk, 2011). Μια Νορβηγική έρευνα που αξιολόγησε την εξάντληση, ανέδειξε υψηλότερα επίπεδα μεταξύ των γυναικών, εκ των οποίων η εξάντληση συνδέθηκε στενά με συγκρούσεις μεταξύ εργασίας και οικογένειας (Langballe, Innstrand, Aasland, & Falkum, 2011). Αντίθετα, υψηλότερα επίπεδα εξάντλησης παρατηρήθηκαν στους άνδρες, όπου αυτή συνδέθηκε περισσότερο με τον όγκο εργασίας. Επιπλέον, οι νεότεροι ιατροί φαίνεται να εκτίθενται σε αυξημένο κίνδυνο επαγγελματικής εξάντλησης, σε σχέση με εκείνους που είναι κάτω των 55 ετών. Φαίνεται να έχουν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο εξουθένωσης σε σχέση με τους ηλικιωμένους συναδέλφους τους. Η απόκτηση παιδιού κάτω των 21 ετών φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα επαγγελματικής εξάντλησης κατά 54%, ενώ η παρουσία ενός του συντρόφου επίσης στο τομέα υγείας φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο κατά 23%. Παράγοντες όπως η προσωπικότητα, οι δεξιότητες επικοινωνίας και οι προσωπικές εμπειρίες μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι ιατροί αντιμετωπίζουν το άγχος (McManus, Keeling, & Paice, 2004). Εντούτοις, η αποτίμηση των ατόμων που επιλέγουν τον ιατρικό τομέα δεν υποδηλώνει αυτομάτως υψηλή ευαισθησία στο άγχος και την εξάντληση (Shanafelt, & Noseworthy, 2017).

5. Κακές ώρες εργασίας

Οι συνθήκες του ωραρίου εργασίας που δυσχεραίνουν την επίτευξη ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής αποτελούν σημαντικό παράγοντα εξάντλησης. Για παράδειγμα, η εργασία με βάρδιες, οι διακυμάνσεις σε ωράρια, η νυχτερινή απασχόληση, οι υπερβολικές ώρες εργασίας και οι υπερβολικές υπερωρίες αποτελούν ισχυρούς παράγοντες που προκαλούν εξάντληση. Ακόμη, τέτοια εργασιακά χαρακτηριστικά συνδέονται με διάφορα προβλήματα, όπως διαταραχές ύπνου, καρδιακές διαταραχές, παράπονα για την υγεία, δυσαρέσκεια στην εργασία, μειωμένη προσοχή και απόδοση, καθώς και αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων (Maslach & Leiter, 2017).

Αυτοί οι στρεσογόνοι παράγοντες που προκαλούν την επαγγελματική εξουθένωση θα μπορούσαν να επιδεινωθούν από την πίεση που ασκείται στους γιατρούς για να δείχνουν ψύχραιμοι και ελεγχόμενοι, ενώ ταυτόχρονα να διατηρούν συναισθηματική συνάφεια και να εκφράζουν ανησυχίες για τα ζητήματα των ασθενών τους (Antoniou, Davidson & Cooper, 2003). Οι περισσότεροι ιατροί που εργάζονται σε οργανισμούς με ανεπαρκή λειτουργία ενδέχεται να αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα άγχους, τα οποία τους εκθέτουν σε αυξημένο κίνδυνο εξουθένωσης (Kumar, 2016). Τόσο ο τύπος των καθηκόντων, ο τρόπος με τον οποίο οργανώνονται, όσο και οι διαδοχικές σχέσεις με συναδέλφους, προϊσταμένους ή/και ασθενείς, μπορούν να αποτελέσουν δυνητικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης ή του κινδύνου (Edú-Valsania, Laguía & Moriano, 2022).

Συμπτώματα του συνδρόμου

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει αναγνωριστεί ως νόσημα με συγκεκριμένη συμπτωματολογία, και αυτό δημιουργεί δυσκολίες στη διάγνωση και την αναγνώρισή της. (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα συμπτώματα του συνδρόμου εμφανίζουν ομοιότητες με αυτά της κατάθλιψης, του συνδρόμου μετατραυματικού στρες και των αγχώδων διαταραχών. Άτομα που αντιμετωπίζουν εξάντληση, πέραν του εργασιακού άγχους που βιώνουν και εντοπίζουν στην καθημερινή τους ζωή, παρουσιάζουν οργανικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά σημάδια, τα οποία δεν μπορούν να αποδοθούν σε κάποια συγκεκριμένη αιτία (WHO, 2022).

Σωματικά συμπτώματα

Τα σωματικά συμπτώματα είναι εύκολο να εντοπιστούν διότι διακρίνονται με την αίσθηση της εξάντλησης, της κούρασης και της αδυναμίας. Αυτά τα άτομα αντιμετωπίζουν συχνούς πονοκεφάλους, διαταραχές στο γαστρεντερικό σύστημα, αντιμετωπίζουν προβλήματα ύπνου, δύσπνοιας, υιοθετόντας κακές διατροφικές συνήθειες, με αποτέλεσμα να σημειώνουν υψηλό δείκτη μάζας σώματος, υψηλή χοληστερίνη και τριγλυκερίδια (Kitaoka-Higashiguchi, et. al., 2009). Τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης ενισχύουν τις πιθανότητες εμφάνισης παχυσαρκίας (Salvagioni, et. al., 2020), στεφανιαίας νόσου και υπέρτασης (Freudenberger, 1974). Οι εργαζόμενοι που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση αντιμετωπίζουν σοβαρούς τραυματισμούς σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους συναδέλφους τους που δεν αντιμετωπίζουν επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, εκφράζουν συχνά παράπονα για μια διαρκή αίσθηση σωματικής κόπωσης. (Ahola, Salminen, Toppinen-Tanner, Koskinen, & Väänänen, 2013). Η έλλειψη ύπνου που συνδέεται με τα απαιτούμενα χρονοδιαγράμματα εργασίας έχει συσχετιστεί με την μειωμένη εργασιακή απόδοση (Spurgeon & Harrington, 1989).

Συμπεριφορικά συμπτώματα

Ο εργαζόμενος δυσκολεύεται να κρατήσει τα συναισθήματα του. Κλαίει πολύ εύκολα, η παραμικρή πίεση τον κάνει να αισθάνεται υπερβολικός, του προκαλεί ένταση, φωνές και ουρλιαχτά. Επίσης εμφανίζει αισθήματα θυμού, καχυποψίας και παράνοιας. Ο εργαζόμενος αρχίζει να αισθάνεται ότι όλοι είναι έτοιμοι να τον βλάψουν, συμπεριλαμβανομένων και

των μέλων της οικογένειας του (Freudenberger, 1974). Επίσης εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, χωρίς όμως να έχουν απαραίτητα κατάθλιψη και συνήθως συστήνεται κάποια φαρμακευτική αγωγή για να προλάβουν την εξέλιξη της (Oquendo, Bernstein, & Mayer, 2019). Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σεξουαλική δραστηριότητα, με μείωση της σεξουαλικής διάθεσης και δυσκολία στην επίτευξη ικανοποιητικής σεξουαλικής εμπειρίας, ειδικά σε άνδρες που ειδικεύονται ως ιατροί (Κεπενού, 2015).

. Επιπολασμός του συνδρόμου

Λόγω των απαιτήσεων της επαγγελματικής τους δραστηριότητας, οι ιατροί αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα που βρίσκεται υπό σημαντικό βαθμό εκθέσεως στην επαγγελματική εξουθένωση (Zgliczyńska, et. al., 2019). Η εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους γιατρούς παρουσιάζει συχνά υψηλά ποσοστά και ποικίλες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις χώρες. Αυτές οι διαφοροποιήσεις εξαρτώνται από παράγοντες όπως ο χρόνος, οι ειδικότητες και ο τομέας εργασίας. Δηλαδή αν πρόκειται για δημόσια/ιδιωτική δομή ή αγροτικό/αστικό περιβάλλον (Kumar, 2016).

Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν αυξημένο επιπολασμό της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ορισμένες χώρες. Σε μια έρευνα που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες, διαπιστώθηκε ότι η εξουθένωση και η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής εξουθένωσης στους γιατρούς επιδεινώθηκαν από το 2011 έως το 2014. Περισσότεροι από τους μισούς γιατρούς των ΗΠΑ βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση (Shanafelt, et. al., 2015). Τα κράτη μέλη της Ένωσης καταγράφουν διαφορετικά ποσοστά επιπολασμού της συγκεκριμένης νόσου. Συγκεκριμένα, το ποσοστό ανέρχεται σε περίπου 10%, ενώ σε αυτά που δεν ανήκουν στην Ένωση φτάνει περίπου στο 17%. Εντούτοις, εντός των κρατών μελών της ΕΕ παρατηρείται μία ποικιλία καταστάσεων. Για παράδειγμα, στη Φινλανδία το ποσοστό είναι περίπου 4,3%, ενώ στη Σλοβενία ανέρχεται στο 20,6%. Επιπλέον, η ένταση της εξάντλησης φαίνεται να συνδέεται με τον όγκο της εργασίας, καθώς αυξάνοντας τον ρυθμό της εργασίας επηρεάζεται και η βαθμίδα εξουθένωσης (Schaufeli, 2018)

Σύμφωνα με μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που δημοσιεύτηκε, ο συνολικός ρυθμός εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των ιατρών κυμαίνεται από 0% έως 80,5%. Επίσης, παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη ποικιλία στους ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης, στις μεθόδους αξιολόγησης και στη γενικότερη ποιότητα της μελέτης. Οι συσχετισμοί μεταξύ της εξουθένωσης και του φύλου, της ηλικίας, της γεωγραφίας, του χρόνου, της ειδικότητας και των συμπτωμάτων κατάθλιψης δεν μπορούν να αξιολογηθούν με αξιόπιστο τρόπο (Rotenstein, et. al., 2018).

Μελέτες υποδηλώνουν υψηλό επιπολασμό της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των ασκούμενων, με επίπεδα υψηλότερα από ό,τι στον γενικό πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας. Η εξουθένωση μπορεί να υπονομεύσει την επαγγελματική εξουθένωση των εκπαιδευομένων, να θέσει τους ασθενείς σε κίνδυνο και να συμβάλει σε ποικίλες προσωπικές συνέπειες. Παράγοντες μέσα στο μαθησιακό και εργασιακό περιβάλλον, και όχι μεμονωμένα χαρακτηριστικά, είναι οι κύριοι οδηγοί της επαγγελματικής εξουθένωσης. Υπάρχουν ορισμένα δεδομένα σχετικά με τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης της εξουθένωσης των ασκούμενων, αλλά απαιτούνται πολύπλευρες προσπάθειες, με προσοχή στην κουλτούρα, το μαθησιακό περιβάλλον και το εργασιακό περιβάλλον και τις ατομικές συμπεριφορές, για την προώθηση της ευεξίας των εκπαιδευομένων και την παροχή βοήθειας σε όσους βρίσκονται σε δυσφορία. Η ιατρική εκπαίδευση είναι μια στρεσογόνα περίοδος (Dyrbye & Shanafelt, 2016).

Συνέπειες του συνδρόμου

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει ως αποτέλεσμα μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων τόσο στα άτομα που βιώνουν αυτήν την κατάσταση, όσο και για τις εργασίες στις οποίες απασχολούνται. Αυτά τα αποτελέσματα έχουν αρχικά ψυχολογική φύση, αλλά στη συνέχεια παραμένουν με την πάροδο του χρόνου και εκφράζονται μέσω δυσμενών επιπτώσεων στην σωματική υγεία και τη συμπεριφορά των εργαζομένων, οι οποίες από την πλευρά τους, έχουν ανεπιθύμητες οργανωτικές συνέπειες (Maslach & Leiter, 2016 ; Edú-Valsania et. al., 2022). Σύγχρονες ερευνητικές μελέτες έχουν αποδείξει συσχετίσεις μεταξύ της κατάστασης της εξουθένωσης και ορισμένων προβλημάτων υγείας, όπως η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, οι διαταραχές ύπνου, η κατάθλιψη, η ακινησία, η παχυσαρκία και ο πόνος στον μυοσκελετικό σύστημα. (Salvagioni, et. al., 2017).

Η σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική εξάντληση και την υγεία είναι πολύπλοκη, καθώς η διαταραχή της υγείας συμβάλλει στην εμφάνιση της, ενώ αντίστροφα η επαγγελματική εξάντληση επηρεάζει αρνητικά την υγεία (Maslach & Leiter, 2016). Από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, η εξάντληση είναι η πιο στενά συνδεδεμένη με μια τυπική μεταβλητή του στρες και επομένως είναι πιο προγνωστική για τα αποτελέσματα υγείας που σχετίζονται με το άγχος από τις άλλες δύο διαστάσεις. Συγκεκριμένα, η εξάντληση συνήθως συνδέεται με συμπτώματα άγχους, όπως πονοκεφάλους, χρόνια κόπωσης, διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, μυϊκή ένταση, υπέρταση, προσβολές από κρυολόγημα/γρίπη και δυσκολίες ύπνου. Αυτές οι φυσιολογικές αλληλεπιδράσεις αντικατοπτρίζουν αυτές που βρέθηκαν με άλλους δείκτες παρατεταμένου στρες. Επιπλέον, έχουν προκύψει ευρήματα για την αλληλεπίδραση ανάμεσα στην επαγγελματική εξάντληση και την κατάχρηση ουσιών. (Burke, Shearer & Deszca, 1984). Και αυτό έχει ως συνέπεια τη μείωση της ποιότητας της περίθαλψης (Moustaka & Constantinidis, 2010).

Όσον αφορά της συνέπειες στην εργασία , η επαγγελματική εξουθένωση έχει συσχετιστεί συχνά με διάφορες μορφές αρνητικών αντιδράσεων και απόσυρσης από την εργασία, συμπεριλαμβανομένης της δυσαρέσκειας από αυτή, της χαμηλής οργανωτικής δέσμευσης, της απουσίας από την εργασία, της πρόθεσης να εγκαταλείψει την εργασία (Schaufeli & Enzmann, 1998). Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί ότι η αντιδραστικότητα και ο

αρνητισμός αποτελούν σημαντικές πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία επηρεάζει την απόδοση της εργασίας (Leiter & Maslach, 2009) και μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ εργασιακής πίεσης και της πρόθεσης των ατόμων να αποχωρήσουν από την εργασία τους (Spence Laschinger, Wong, & Grau, 2012). Από την άλλη πλευρά, για τα άτομα που παραμένουν στον εργασιακό χώρο, η επαγγελματική εξάντληση οδηγεί σε χαμηλότερη εργασιακή παραγωγικότητα και μειωμένη ποιότητα εργασίας. Καθώς η εξάντληση στο επαγγελματικό περιβάλλον μειώνει τις θετικές εργασιακές εμπειρίες, που συνδέεται με μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και ανεπαρκή δέσμευση προς τον χώρο εργασίας ή τον οργανισμό.

Επιπλέον, τα άτομα που αντιμετωπίζουν εξουθένωση μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τους συναδέλφους τους, προκαλώντας μεγαλύτερες προσωπικές συγκρούσεις και επηρεάζοντας τις εργασιακές τους επιδόσεις. Επομένως, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να μεταδίδεται μέσω των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων στον χώρο εργασίας. (González-Morales, Peiró, Rodríguez & Bliese, 2012). Η κρίσιμη σημασία των κοινωνικών σχέσεων για την εξουθένωση υπογραμμίζεται από μελέτες που αποκαλύπτουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση αυξάνεται σε εργασιακά περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από διαπροσωπική επιθετικότητα (Savicki, Cooley & Gjesvold, 2003). Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση πρέπει να θεωρείται ως χαρακτηριστικό των ομάδων εργασίας και όχι απλώς ως ατομικό σύνδρομο και να υπογραμμίζουν την ανάγκη αντιμετώπιση της (Gascon, et. al., 2013).

Ο κύκλος εργασιών των ιατρών δημιουργεί επίσης οικονομικές προκλήσεις για τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης (Buchbinder, Wilson, Melick, & Powe, 1999). Η εκτιμώμενη δαπάνη για την αντικατάσταση ενός ιατρού ποικίλει ανάλογα την χώρα και την ειδίκευση που βρίσκεται, την τοποθεσία της ιατρικής ειδικότητας και τη διάρκεια της κενής θέσης (Fibuch & Ahmed, 2015). Πολλές μικρές μελέτες υποδεικνύουν την πιθανότητα αυξημένης χρήσης και μεγαλύτερης εκμετάλλευσης των πόρων από τους ιατρούς που αντιμετωπίζουν εξάντληση ή υψηλότερο φόρτο εργασίας (Bachman & Freeborn, 1999). Επιπλέον, η ισορροπία στην επαγγελματική ζωή των ιατρών μπορεί να έχει έμμεσο αποτέλεσμα στα οικονομικά έξοδα της υγειονομικής περίθαλψης, αυξάνοντας τα ποσοστά ιατρικών λαθών και της αμέλειας, καθώς επίσης και τις απουσίες και τη μειωμένη παραγωγικότητα, όπως έχει ήδη αναφερθεί (West, Dyrbye & Shanafelt, 2018).

Οι πιο ανησυχητικές συνέπειες είναι τα ιατρικά λάθη που μπορούν να προκληθούν από τους γιατρούς με επαγγελματική εξουθένωση. Σύγχρονες ερευνητικές μελέτες έχουν αποδείξει τη στενή σύνδεση της επαγγελματικής εξάντλησης με ανεπαρκείς πρακτικές φροντίδας ασθενών (McManus, et. al., 2004). Μια μακρόχρονη μελέτη της Internal Medicine Resident Well-Being (IMWELL) ανέδειξε ότι αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξάντλησης σχετίζονται με υψηλές πιθανότητες εμφάνισης σημαντικού ιατρικού λάθους κατά τους επόμενους 3 μήνες. Τα κύρια ιατρικά λάθη που αντιλήφθηκαν συσχετίζονται επίσης με επιδείνωση της επαγγελματικής εξάντλησης, συμπτώματα κατάθλιψης και μείωση της ποιότητας ζωής (West, et. al., 2006). Αυτά υποδεικνύουν μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ ιατρικών λαθών και εξουθένωσης .

Πρόσθετη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ποικίλες περιοχές όπως η Ανατολική Ασία, η Ευρώπη, η Μέση Ανατολή και η Βόρεια Αμερική, εν γένει επιβεβαιώνει αυτές τις συσχετίσεις, αν και ορισμένες μελέτες δεν καταφέρνουν να εντοπίσουν σταθερή συνάφεια ανάμεσα στην επαγγελματική εξάντληση και τις αρνητικές επιπτώσεις στους ασθενείς. Είναι σαφές ότι επιπρόσθετες μελέτες απαιτούνται για να υποστηρίξουν περαιτέρω την αιτιότητα. Σε άλλες ερευνητικές προσεγγίσεις, τα αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης εμφανίζονται σε γιατρούς που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, συνδέονται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών και μειωμένη αντίληψη για την ποιότητα της διαπροσωπικής ομαδικής εργασίας. Επίσης, αναφέρεται ότι τα αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης των ιατρών συσχετίζονται με μεγαλύτερους χρόνους ανάρρωσης των νοσηλευόμενων ασθενών μετά την εξιτήριο από το νοσοκομείο. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται με ιατρικά λάθη, με αποτέλεσμα να μειώνεται στο επίπεδο παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας (Shanafelt et. al., 2010).

. Διάγνωση του συνδρόμου

Μέχρι στιγμής, δεν έχει αναπτυχθεί μια τυποποιημένη, καθολική και διεθνώς αποδεκτή διαδικασία για τη διάγνωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επαγγελματική εξουθένωση συνήθως αντιμετωπίζεται επιστημονικά ως ένα σύνολο συμπτωμάτων που συνδέονται με τις τρεις κύριες διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση ή κυνισμός, και μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα (Schaufeli & Leiter, 1996). Παρά ταύτα, δεν υπάρχει ένα αποδεκτός ορισμός για το φαινόμενο. Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να αποτελεί ένα ασαφές σύνολο με πολλαπλές ερμηνείες. Η βιβλιογραφία περιλαμβάνει πληθώρα συμπτωμάτων και θεωριών περί επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και ερμηνευτικά μοντέλα. Παράλληλα, υπάρχουν διάφορες μέτρησης της εξουθένωσης, ωστόσο, καμία από αυτές δεν έχει καταστεί ευρέως αποδεκτή. Για διαγνωστικούς σκοπούς διατίθενται μόνο κατάλογοι συμπτωμάτων. Οι ψυχολογικοί και βιολογικοί μηχανισμοί που υποκρύπτονται πίσω από τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και οι διασυνδέσεις με άλλες παθήσεις, παραμένουν σε μεγάλο βαθμό ακατανόητοι. (Korczak, Huber & Kister, 2010 ; Korczak & Huber, 2012).

Γενικά, η «διάγνωση» της επαγγελματικής εξουθένωσης βασίζεται σε αυτοαναφερόμενα όργανα προσυμπτωματικού ελέγχου. Το Maslach Burnout Inventory (MBI) συμπεριλαμβανομένων των ειδικών εκδόσεων και των υποκλιμάκων του είναι το πιο συχνό χρησιμοποιούμενο μέτρο εξουθένωσης, το οποίο εφαρμόζεται στις περισσότερες από όλες τις μελέτες που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση (Shirom, 2003). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν μια κλίμακα τύπου Likert, όπου το 0 σημαίνει "ποτέ" και το 6 σημαίνει "κάθε μέρα", προκειμένου να αναδειχθεί η συχνότητα των συναισθημάτων τους κατά τη διάρκεια του εργασιακού έτους. Η χρήση αυτής της κλίμακας εξυπηρετεί τον προσδιορισμό των τριών (3) συνιστωσών - υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης, που περιλαμβάνει τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την μειωμένη προσωπική επιτυχία.

Η υποκλίμακα που αφορά τη συναισθηματική εξάντληση περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις και αξιολογεί τη συχνότητα της υπερέντασης και της κατάπτωσης συναισθηματικά λόγω της

εργασίας. Η υποκλίμακα που αφορά την αποπροσωποποίηση περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις και αναδεικνύει αρνητικές στάσεις και αντιδράσεις αδιαφορίας προς τους «ασθενείς», καθώς και την αντιμετώπισή τους με απρόσωπο τρόπο. Τέλος, η υποκλίμακα που αφορά τα προσωπικά επιτεύγματα περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις και μετράει την αίσθηση της επάρκειας στην απόδοση της ικανότητας που παρέχει η εργασία.

Το MBI δεν παρέχει μία μοναδική αξιολόγηση, αλλά αποτυπώνει τρία διακριτικά αποτελέσματα, ένα για κάθε υποκλίμακα. Όταν παρατηρούνται υψηλές τιμές στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, καθώς και χαμηλή τιμή στα υποκείμενα των προσωπικών επιτευγμάτων, αυτό υποδηλώνει υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίστροφα, χαμηλές τιμές στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, σε συνδυασμό με υψηλή τιμή στα υποκείμενα των προσωπικών επιτευγμάτων, υποδηλώνουν χαμηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους (Maslach & Susan, 1986 ; Maslach, Jackson & Leiter, 1997).

Επίσης χρησιμοποιούνται και τα άλλα μοντέλα που έχουν αναφερθεί και παραπάνω , λόγω των διαφορετικών ορισμών της επαγγελματικής εξουθένωσης σε αυτά τα ερωτηματολόγια που αναφέρονται, η συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων είναι κάπως περιορισμένη (Seidler, et. al., 2014).

Το κατά πόσον η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί πραγματικά να διαγνωστεί με αυτό το μέσο δεν μπορεί να απαντηθεί αξιόπιστα με βάση τις εξεταζόμενες μελέτες. Το MBI μετρά τις τρεις διαστάσεις. Η διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης αποτελεί σταθερό χαρακτηριστικό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η σημασία των διαστάσεων της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων δεν είναι σαφής, καθώς οι σχετικές μελέτες παρουσιάζουν πολύ διαφορετικά αποτελέσματα σε ορισμένες περιπτώσεις (Kitaoka-Higashiguchi, et. al., 2004).

Στη Σουηδία και στην Ολλανδία, η επαγγελματική εξουθένωση αναγνωρίζεται ως καθιερωμένη ιατρική διάγνωση. Αυτό σημαίνει ότι περιλαμβάνεται σε ιατρικά εγχειρίδια, και οι γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύονται στην αξιολόγηση και τη θεραπεία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχίατροι, σύμβουλοι, στελέχη ανθρώπινων υπηρεσιών, σύμβουλοι οργάνωσης

προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων. Αυτές οι παρεμβάσεις καλύπτουν ατομικά θεραπευτικά προγράμματα, προληπτικά εργαστήρια και οργανωτικές συμβουλευτικές υπηρεσίες. Ένα συγκεκριμένο παράδειγμα, με ιδιαίτερη σημασία για την εξέλιξη της σταδιοδρομίας, είναι η μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσω της καθοδήγησης των εργαζομένων (Van Emmerik, 2004). Τα κριτήρια που περιλαμβάνονται είναι τα εξής: Πρέπει να παρουσιάζονται φυσιολογικά ή ψυχικά συμπτώματα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, ουσιαστική έλλειψη ψυχολογικής ενέργειας και συμπτώματα όπως δυσκολίες συγκέντρωσης, μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης του στρες, ευερεθιστότητα ή συναισθηματική αστάθεια, διαταραχές ύπνου, μυϊκός πόνος, ζάλη, ή αίσθημα παλμών. Αυτά τα συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται καθημερινά κατά τη διάρκεια δύο εβδομάδων και μπορεί να προκαλέσουν σημαντική ταλαιπωρία με μειωμένη ικανότητα για την εκτέλεση των εργασιακών καθηκόντων. Τέλος, τα συμπτώματα δεν πρέπει να σχετίζονται με άλλη ψυχιατρική διάγνωση, κατάχρηση ουσιών ή ιατρική διάγνωση (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009).

Το τοπικό κοινωνικό πλαίσιο παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται η επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα, σε ορισμένες χώρες μια επίσημη διάγνωση εξουθένωσης δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να επωφεληθεί από ρυθμίσεις οικονομικής αποζημίωσης, συμβουλευτικής, ψυχοθεραπευτικής θεραπείας και αποκατάστασης. Ειδικότερα, αυτό συμβαίνει στη Σουηδία και την Ολλανδία. Σε αυτές τις χώρες, το «burnout» είναι ένα ζήτημα στην αίθουσα ιατρικών συμβουλών, όπως είναι, για παράδειγμα, ο διαβήτης ή η υπέρταση. Ωστόσο, σε άλλες χώρες, η επίσημη διάγνωση της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αναγνωρίζεται και οι εργαζόμενοι που έχουν εξουθενωθεί δεν είναι επιλέξιμοι για αποζημίωση ή θεραπεία οποιουδήποτε είδους (Friberg, 2006, ; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009).

. Στρατηγικές αντιμετώπισης

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία των ατόμων, μειώνοντας την ποιότητα της περίθαλψης και επηρεάζοντας τον επιπολασμό ιατρικών λαθών. Συνεπώς, ο εντοπισμός, η πρόληψη και η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι δημοσίου ενδιαφέροντος (Czeglédi & Tandari-Kovács, 2019). Η πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης θα βοηθήσει τους ιατρούς σε προσωπικό επίπεδο αλλά και τους συνεργάτες τους και τους θεραπευόμενούς διότι η διαχείριση του άγχους θα γίνεται με πιο εύκολο τρόπο (Andras, Szilvia, Zsuzsa, & Ferenc, 2015). Θα αναλυθούν παρακάτω μερικές από τις στρατηγικές που έχουν αναγνωριστεί ως αποτελεσματικές για την πρόληψη της εξουθένωσης μεταξύ των γιατρών.

Για να έχει επιτυχία η πρόληψη θα πρέπει να υπάρχει αυτογνωσία και επαγρύπνηση σχετικά με την πιθανότητα εξουθένωσης από τους υγειονομικούς. Διότι οι γιατροί, πιέζονται να κάνουν το καλύτερο που μπορούν κάθε μέρα, και συχνά παραμελούν τις δικές τους ανάγκες επειδή εστιάζουν πρώτα στις ανάγκες των ασθενών τους. Απλές συμβουλές όπως “να φροντίζεται τον εαυτό σας ”,“να ξεκουράζεστε”, είναι κάτι που πολλοί γιατροί λένε στους ασθενείς τους. Ωστόσο, η ίδια φράση ισχύει και για τους ίδιους γιατί εάν δεν είναι ψυχικά και σωματικά υγιείς, τότε δεν θα μπορούν να παρέχουν σωστή φροντίδα στους ασθενείς τους. (Lacy & Chan, 2018).

Το πιο σημαντικό στην ζωή του ανθρώπου είναι ο ύπνος, η ξεκούραση του σώματος και του πνεύματος. Για αυτό συνιστάται σωστή ποσότητα και ποιότητα ύπνου και ξεκούρασης διότι αποτελεί βασικό παράγοντα για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στην περίπτωση των ιατρών που δουλεύουν 12ωρα με εξαντλητικές εφημερίες, αναπτύσσουν διαταραχές ύπνου όπως διαταραχή κιρκαδιανών ρυθμών, εξάντληση και κατάθλιψη που όλα αυτά σε έναν πάροχο ιατρικής περίθαλψης συνδέεται με τα ιατρικά λάθη (Abdelbaset, Nabil, Yosr, Wafaa, 2014). Οι κιρκάδιοι ρυθμοί βοηθούν στην ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος, στην πέψη, στην έκκριση ορμονών και σε άλλες βασικές λειτουργίες του σώματος. Η διαταραχή αυτή προκαλείται από ακανόνιστά ωράρια, αυπνία, αυξημένο στρες και άγχος (Hans, David, 2005).

Εκτός από τον καλό ύπνο, μελέτες έχουν δείξει ότι και η σωματική άσκηση βοηθάει στην αντιμετώπιση του άγχους. Δεν είναι μόνο ευεργετική για τη σωματική υγεία, αλλά και για

την ψυχολογική ευεξία και μπορεί να βελτιώσει και την ποιότητα του ύπνου. Δεν υπάρχουν ακριβείς ενδείξεις για την ένταση της άσκησης αν θα πρέπει να είναι έντονη ή πιο χαλαρή. Αλλά, η σωματική άσκηση για 1-2 φορές την εβδομάδα για 4 έως 18 βδομάδες βοηθάει στην μείωση της εξουθένωσης. Επίσης, ασκήσεις όπως γιόγκα που είναι μια διαλογιστική σωματική άσκηση βοηθούν και στην διαχείριση του άγχους (Naczenski, Vries, Hooff, & Kompier, 2017).

Επιπλέον, συνιστάται η τακτική παρακολούθηση ιατρικών εξετάσεων και διαγνωστικών εξετάσεων όπως αίματος, κοπώσεως συμβάλλοντας έτσι στην έγκαιρη και πιο εύκολη διαχειρίσιμη ανίχνευση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, ώστε οι επαγγελματίες να μπορούν να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα. Οι ετήσιες διαγνωστικές εξετάσεις θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ψυχικής και ψυχοσωματικής κατάστασης των ιατρών και, κατά περίπτωση, την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

Για πιο σοβαρές περιπτώσεις εξουθένωσης (δηλαδή, όταν το σύνδρομο και τα πρώτα συμπτώματα έχουν ήδη υποστεί και δεν έχουν διαχειριστεί άμεσα), συνιστάται η ψυχοθεραπεία. Τα αποτελέσματα δεν είναι τόσο γρήγορα όσο είναι με την σωματική δραστηριότητα, διότι μελέτες έδειξαν ότι με έξι μήνες παρακολούθησης τα ποσοστά εξάντλησης και κυνισμού μειώθηκαν, όχι μόνο με την ατομική θεραπεία αλλά και με την ομαδική. Η ψυχοθεραπεία βοηθάει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων συναισθηματικής βελτίωσης, χαλάρωσης, επίλυσης προβλημάτων, ανάπτυξης αυτο-αποτελεσματικότητας και διεκδικητικότητας γνωρίζοντας τα όρια και τα δικαίωμα του “όχι” (Ahola, Toppinen-Tanner, Seppänen, 2017).

Εκτός από την προσωπική πρόληψη που πρέπει να κάνει ο καθένας, θα πρέπει και οι δομές υγείας να φροντίζουν για τους εργαζομένους τους. Οι δομές υγείας πρέπει να φροντίσουν να οργανώνουν προγράμματα βοήθειας εργαζομένων, που θα μπορεί ο κάθε εργαζόμενος με ανωνυμία να επισκέπτεται κάποιον ειδικό πάροχο υγείας να συζητάει και να ενημερώνεται για την επαγγελματική εξουθένωση για τα συμπτώματα και τα σημάδια της, ώστε μόλις αναγνωριστούν, να το αντιμετωπίσουν αμέσως. Επίσης, προγράμματα διαχείρισης του στρες θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμα και προσβάσιμα για τους εργαζομένους όλες τις ώρες της ημέρας (Van Wyk & Pillay-Van Wyk, 2010). Η απλή

μείωση των επιπέδων στρες μπορεί να μην οδηγήσει απαραίτητα στη μείωση του κινδύνου εξουθένωσης (Kumar, 2016). Οι ειδικοί με τα προγράμματα εργασίας, θα πρέπει να φροντίζουν για επαρκεί διαλείμματα για τον κάθε εργαζόμενο και την αποφόρτιση κάποιον ιατρών με επιβαρυμένο όγκο ασθενών. Τέλος, μια ικανή ηγεσία που υποστηρίζει το εργατικό δυναμικό των γιατρών μειώνει το άγχος και σχετίζεται με μειωμένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης διότι οι εργαζόμενοι δουλεύουν σε ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον με σωστή οργάνωση αυξάνοντας την εργασιακή ικανοποίηση (Shanafelt et al., 2015 ; Lacy & Chan, 2018).

Συζήτηση

Αυτή η ανασκόπηση στοχεύει να κατανοήσει τι είναι η επαγγελματική εξουθένωση και τα διάφορα στοιχεία της, πώς εμφανίζεται, να προσδιορίσει τους παράγοντες που προκαλούν την εξουθένωση και τους μεμονωμένους παράγοντες που τη ρυθμίζουν, να εντοπίσει τις επιπτώσεις που προκαλεί η επαγγελματική εξουθένωση τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο. Να κατανοήσει ποιες είναι τις κύριες ενέργειες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόληψη ή/και τη μείωση της εξουθένωσης και για την παρουσίαση των κύριων εργαλείων που υπάρχουν επί του παρόντος για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η επαγγελματική εξουθένωση τα τελευταία χρόνια αποτελεί το ενδιαφέρον των εργαζομένων διότι έχει να κάνει με την ψυχολογία των ανθρώπων που και αυτή τα τελευταία χρόνια έχει τραβήξει το ενδιαφέρον και οι περισσότεροι αναζητούν βοήθεια. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται στα επαγγέλματα που έχουν να κάνουν με τους ανθρώπους όπως είναι δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, γιατροί και νοσηλευτές. Οι πιο συχνές αναζητήσεις που γίνονται για αυτό το σύνδρομο είναι για τα συμπτώματα που εμφανίζει, και η πιο συχνή απάντηση είναι αυτή από την ψυχολόγο Christina Maslach με το τρίπτυχο συναισθηματική εξάντληση, απροσωποποίηση και μειωμένα επιτεύγματα.

Αντικείμενο της μελέτης ήταν η επαγγελματική εξουθένωση στους ιατρούς μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι πολλοί επιστήμονες έχουν επικεντρωθεί στη εξουθένωση των νοσηλευτών και πολλοί λιγότεροι των ιατρών. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εστιάζουν και στην εξουθένωση των ιατρών διότι, η ιατρική είναι ένα από τα πιο στρεσογόνα επαγγέλματα. Έχει να αντιμετωπίσει καθημερινά συναισθηματικά αγχωτικές καταστάσεις και συναισθηματικά ευάλωτους, άρρωστους ανθρώπους. Πρέπει να βάλουν στην άκρη όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν συναισθηματικά και μη για να μπορούν να αποδώσουν στις προκλήσεις της δουλείας τους στο έπακρο. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει μεγάλη σημασία όχι μόνο όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ιατρών αλλά και επειδή επηρεάζει και την περίθαλψη των ασθενών.

Συμπέρασμα

Η ανθρωπότητα αγωνίζεται για την υγεία από την πρώτη αναπνοή του βρέφους. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ένα ιδιαίτερο αντικείμενο μελέτης. Δεν υπάρχει ένας ενιαίος, κοινά αποδεκτός ορισμός που να περιγράφει πλήρως το φαινόμενο, αλλά υπάρχει πληθώρα προσεγγίσεων, θεωρητικών πλαισίων και μεθόδων μέτρησης που έχουν προταθεί. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια παγκόσμια πραγματικότητα στον κλάδο των γιατρών. Λόγω της φύσης του επαγγέλματός τους, οι γιατροί αποτελούν μια ευάλωτη ομάδα που συχνά αντιμετωπίζει επαγγελματική εξάντληση. Η εξουθένωση επηρεάζει την ευημερία, την αποτελεσματικότητα, την παραγωγικότητα και την ικανότητα του γιατρού να παρέχει ποιοτική περίθαλψη. Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση έχει τεράστιες επακόλουθες επιπτώσεις στην ποιότητα του συνολικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Είναι ένα σύνδρομο που μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη βοήθεια ειδικών αλλά και με συνέπεια των ιατρών να φροντίζουν την υγεία τους. Η πρόληψη παραμένει η βέλτιστη προσέγγιση, καθώς αντιμετωπίζει τη ρίζα του προβλήματος και αποτρέπει την εξάντληση από την αρχή.

Προτάσεις για περαιτέρω μελέτες

Είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν εκτενέστερες μελέτες που θα εξετάσουν διάφορα χρονικά διαστήματα, προκειμένου να κατανοήσουμε τις αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ανεξάρτητα από τον σχεδιασμό των μελετών, πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι η ανάλυση της ποικιλίας των δυνητικών παραγόντων που συμβάλλουν σε αυτήν είναι ανεπαρκής. Τα αποτελέσματα που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, η κατάσταση και οι οικογενειακοί ρόλοι, παρουσίασαν ανομοιογενή αποτελέσματα και απαιτούν εξήγηση για τον ακριβή ρόλο που διαδραματίζουν αυτοί οι παράγοντες στην επαγγελματική εξουθένωση και στην ανταπόκριση σε παρεμβάσεις.

Η λεπτομερής κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης θα συμβάλει στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στην προώθηση της ευημερίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Εντός αυτού του πλαισίου, επιδιώκεται η εξασφάλιση του βέλτιστου δυνατού αποτελέσματος με ελάχιστους ιατρογενείς κινδύνους και τη μέγιστη ικανοποίηση του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα.

Οι βέλτιστες προσεγγίσεις για τη δημιουργία και την εφαρμογή στρατηγικών αντιμετωπίσεων ενάντια στην επαγγελματική εξουθένωση παραμένουν ακόμη ασαφείς. Επιπλέον, ελάχιστες μελέτες έχουν αξιολογήσει τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ή τα αποτελέσματα μετά την εφαρμογή των παρεμβάσεων, και δεν είναι γνωστό εάν η επανεισαγωγή δυνητικά ευεργετικών παρεμβάσεων είναι απαραίτητη για τη διατήρηση των αποτελεσμάτων τους.

Είναι απαραίτητη η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας προκειμένου να κατανοηθούν οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης στα αποτελέσματα και την ασφάλεια των ασθενών, στη συμπεριφορά της ιατρικής πρακτικής, στα οικονομικά κόστη της υγειονομικής περίθαλψης και στην ικανότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πληθυσμών. Αυτό απαιτεί μια πιο λεπτομερή αναγνώριση των επιδράσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στα επαγγελματικά σχέδια κατά τη διάρκεια της ιατρικής εκπαίδευσης και στην εφαρμογή τους. Οι μελέτες που ενσωματώνουν την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε πλαίσια προς

βελτίωση της ποιότητας και οικονομικής ανάλυσης έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν σημαντικές ενδείξεις και πολύτιμα ευρήματα.

Είναι αναγκαίο να υπογραμμιστεί ότι η βασική προϋπόθεση για να αντιμετωπιστεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η αναγνώρισή του. Η έγκαιρη αναγνώριση της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί μια πολύπλοκη ψυχο-συναισθηματική διαδικασία, η οποία επιβάλλει τον συνδυασμό σκέψης και εξεύρεσης λύσεων. Υπάρχει ο κίνδυνος να μην αναγνωριστεί έγκαιρα, λόγω διαφόρων εσωτερικών μηχανισμών άμυνας (όπως σωματικά συμπτώματα, υπερβολική δραστηριότητα κ.λπ.), επομένως είναι προφανές ότι η συνεργασία και ο συλλογικός ρόλος της αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξάντλησης είναι απαραίτητα.

Βιβλιογραφία

Ακολουθούν οι βιβλιογραφικές αναφορές (πηγές) της Εργασίας.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία:

Δημητρόπουλος, Χ. & Φιλίππου, Ν. (2008). Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5), 642-647.

Διλιντάς Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27,(3), σελ.: 498-508.

Κεπενού, Ε. (2015). Επαγγελματική εξουθένωση, ικανοποίηση και ψυχικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών (Διδακτορική Εργασία). Πανεπιστήμιο Πατρών. Ανακτήθηκε από http://hdl.handle.net/10889/9011 .

Νικολάου, Ε., Κουράκος, Μ., & Καυκιά, Θ. (2022). Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας από την επαφή με δομές υγείας και από την εκπλήρωση των προσδοκιών τους. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 39(6).

Σταματοπούλου, Α., Σταματοπούλου, Ε., Χανιώτης, Δ., Παπαγεωργίου, Ε., & Χανιώτης, Φ. (2021). ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ. e-Journal of Science & Technology, 16(1).

Τούντας, Γ., Κυριακόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ., Φιλαλήθης, Τ., (2020). *Το Νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.* Αθήνα: διαΝΕΟσις Οργανισμός Έρευνας & ανάλυσης.

Υπ. Απόφαση 46846/2018, Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Εφημερίδα της Κυβερνήσεων της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Β΄ 2315/ 01.11.2018)

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:

Abdelbaset M. Saleh, Nabil J. Awadalla, Yosr M. El-masri, Wafaa F. S. (2014)., Impacts of nurses' circadian rhythm sleep disorders, fatigue, and depression on medication administration errors, *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 63 (1), 145-153. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.ejcdt.2013.10.001

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649-661. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004

Ahola, K., Salminen, S., Toppinen-Tanner, S., Koskinen, A., & Väänänen, A. (2013). Occupational burnout and severe injuries: An eight-year prospective cohort study among Finnish forest industry workers. *Journal of occupational health,* 13-0021. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1539/joh.13-0021-OA

Ahola, K., Toppinen-Tanner. S., Seppänen, J., (2017) Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis, *Burnout Research*, 4, 1-11, Αναρτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001.

Al Mutair, Abbas, Alya Al Mutairi, Hiba Chagla, Khalid Alawam, Khulud Alsalman, and Azeem Ali. "Examining and adapting the psychometric properties of the Maslach burnout inventory-health services survey (MBI-HSS) among healthcare professionals." Applied Sciences 10, no. 5 (2020): 1890. Ανακτήθηκε από http://dx.doi.org/10.3390/app10051890

Andras, S. G., Szilvia, A., Zsuzsa, G., & Ferenc, T. (2015). Prevention of burnout syndrome--from the traditions to the modern information technologies/A kiegesi szindroma megelozese--a hagyomanyoktol a modern informacios technologiakig. *Magyar Pszichológiai Szemle,* 70(4), 847+. Ανακτήθηκε από https://link.gale.com/apps/doc/A478696819/AONE?u=anon~b93f9ac4&sid=googleScholar&xid=75232c70

Antoniou, A. S. G., Davidson, M. J. and Cooper, C. L. (2003) 'Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece', *Journal of Managerial Psychology*, 18(6), pp. 592–621. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1108/02683940310494403.

Awa Wendy L., Plaumann Martina, Walter Ulla, (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs, *Patient Education and Counseling*, 78 (2), 184-190. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008.

Bachman, K. H., & Freeborn, D. K. (1999). HMO physicians' use of referrals. *Social science & medicine (1982)*, 48(4), 547–557. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00380-3

Bianchi, R., Truchot, D., Laurent, E., Brisson, R., & Schonfeld, I. S. (2014). Is burnout solely job-related? A critical comment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55 (4), 357–361. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1111/sjop.12119

Boland, L. L., Mink, P. J., Kamrud, J. W., Jeruzal, J. N., & Stevens, A. C. (2019). Social support outside the workplace, coping styles, and burnout in a cohort of EMS providers from Minnesota. *Workplace health & safety*, 67(8), 414-422. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1177/2165079919829154

Bradley, K. L., USA (Ret), Goetz, T., & Viswanathan, S. (2018). Toward a Contemporary Definition of Health. *Military medicine*, 183(suppl_3), 204–207. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1093/milmed/usy213

Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2017). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75 (3), 147–152. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.2146/ajhp170460

Buchbinder, S. B., Wilson, M., Melick, C. F., & Powe, N. R. (1999). Estimates of costs of primary care physician turnover. *The American journal of managed care*, 5(11), 1431–1438

Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (1995). A longitudinal examination of the cherniss model of psychological burnout. *Social Science & Medicine*, 40 (10), 1357–1363. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00267-W

Burke, R. J., Shearer, J., & Deszca, G. (1984). Burnout among men and women in police work: An examination of the Cherniss model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 162-188

Card, A. J. (2017). Moving beyond the WHO definition of health: A new perspective for an aging world and the emerging era of value-based care. *World Medical & Health Policy*, 9(1), 127-137. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1002/wmh3.221

Chemali, Z., Ezzeddine, F. L., Gelaye, B., Dossett, M. L., Salameh, J., Bizri, M., Fricchione, G. (2019). Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle

East: a systematic review. *BMC Public Health*, 19 (1),1337. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1186/s12889-019-7713-1

Cherniss, C. (1985). Stress, Burnout, and the Special Services Provider. Special Services in the Schools, 2 (1), 45–61. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1300/J008v02n01_04

Chirico, F. (2016). Job stress models for predicting burnout syndrome: a review. Annali dell'Istituto Superiore Di Sanità, 52 (3), 443-456. Ανακτήθηκε από https://annali.iss.it/index.php/anna/article/view/276

Cordes, C. L., Dougherty, T. W., & Blum, M. (1997). Patterns of burnout among managers and professionals: a comparison of models. *Journal of Organizational Behavior*, 18 (6), 685–701. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199711)18:6%3C685::AID-JOB817%3E3.0.CO;2-U

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), 12–19. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1556/650.2019.30856

Doulougeri, K., Georganta, K., & Montgomery, A. (2016). "Diagnosing" burnout among healthcare professionals: can we find consensus?. Cogent Medicine, 3(1), 1. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1080/2331205X.2016.1237605

Dunn, & Stephen Ronald. (1999). An empirical investigation of a revised version of the Cherniss model of burnout among psychiatric nursing staff. University of Maryland, *College Park ProQuest Dissertations Publishing,* (pp. 20-24).

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Satele, D., Sloan, J., & Freischlag, J. (2011). Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Archives of surgery* (Chicago, Ill. : 1960), 146(2), 211–217. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.310

Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Medical education, 50(1), 132-149. & Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172(18), 1377-1385.

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions (Vol. 1). New York: *Human Sciences Press*.

Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, JA (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (3), 1780. MDPI AG. Ανακτήθηκε από http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19031780

Fibuch, E., & Ahmed, A. (2015). PHYSICIAN TURNOVER: A COSTLY PROBLEM. *Physician leadership journal*, 2(3), 22–25

Fida, R., Watson, D., Ghezzi, V., Barbaranelli, C., Ronchetti, M., & Di Tecco, C. (2023). Is Gender an Antecedent to Workplace Stressors? A Systematic Review and an Empirical Study Using a Person-Centred Approach. *International journal of environmental research and public health*, 20(8), 5541. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.3390/ijerph20085541

Fields, A. I., Cuerdon, T. T., Brasseux, C. O., Getson, P. R., Thompson, A. E., Orlowski, J. P., & Youngner, S. J. (1995). Physician burnout in pediatric critical care medicine. *Critical care medicine*, 23(8), 1425–1429. https://doi.org/10.1097/00003246-199508000-00018

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

Friberg, T. (2006), "Diagnosing burn-out: an anthropological study of a social concept in Sweden", Media Tryck, PhD thesis, Lund University, Lund

Galán, F., Sanmartín, A., Polo, J., & Giner, L. (2011). Burnout risk in medical students in Spain using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey. *International archives of occupational and environmental health*, 84 (4), 453–459. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1007/s00420-011-0623-x

Galván, M. E., Vassallo, J. C., Rodríguez, S. P., Otero, P., Montonati, M. M., Cardigni, G., Buamscha, D. G., Rufach, D., Santos, S., Moreno, R. P., Sarli, M., & Members of Clinical and Epidemiological Research Group in Pediatric Intensive Care Units - Sociedad Argentina de Pediatría (2012). Professional burnout in pediatric intensive care units in Argentina. Archivos argentinos de pediatria, 110 (6), 466–473. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.5546/aap.2012.eng.466

Gascon, S., Leiter, M. P., Andrés, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. J., Albesa, A., Montero-Marín, J., García-Campayo, J., & Martínez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of clinical nursing*, 22(21-22), 3120–3129. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x.

González-Morales, M. G., Peiró, J. M., Rodríguez, I., & Bliese, P. D. (2012). Perceived collective burnout: a multilevel explanation of burnout. Anxiety, stress, and coping, 25(1), 43–61. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1080/10615806.2010.542808.

Grad, Frank P. (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organization.. Bulletin of the World Health Organization. *World Health Organization*, 80 (12) , 981 - 984. Ανακτήθηκε απο https://apps.who.int/iris/handle/10665/268691

Griffiths, J. (1993), Handbook for the Hospital Medical Secretary, *Blackwell Scientific Publications, London.*

Hans P.A. Van Dongen, David F. D. (2005). Chapter 35 - Circadian Rhythms in Sleepiness, Alertness, and Performance, Meir H. Kryger, Thomas Roth, William C. Dement, Principles and Practice of Sleep Medicine, W.B. Saunders, 435-443, Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/B0-72-160797-7/50042-2.

Hays RD, Reeve BB. Measurement and modeling of health-related quality of life. In: Killewo J, Heggenhougen HK, Quah SR, editors. *Epidemiology and demography in public health.* San Diego: Academic Press; 2010. p. 195–205.

Healthy People (2020) Foundation Health Measure Report Health-Related Quality of Life and Well-Being Ανακτήθηκε από https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/HRQoLWBFullReport.pdf

Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC public health*, 11, 240. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-240

Jackson-Koku, G., & Grime, P. (2019). Emotion regulation and burnout in doctors: a systematic review. *Occupational Medicine,* 69 (1), 9–21. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1093/occmed/kqz004

Kim, E. S., Strecher, V. J., & Ryff, C. D. (2014). Purpose in life and use of preventive health care services. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(46), 16331-16336. Αναρτήθηκε από https://doi.org/10.1073/pnas.1414826111

Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., Miura, K., Sakurai, M., Ishizaki, M., Kido, T., Naruse, Y. & Nakagawa, H. (2009). Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-up study. *Journal of occupational health*, 51(2), 123-131. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1539/joh.L8104

Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakagawa, H., Morikawa, Y., Ishizaki, M., Miura, K., Naruse, Y., Kido T., & Higashiyama, M. (2004). Construct validity of the maslach burnout inventory-general survey. *Stress and Health*, 20(5), 255-260. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1002/smi.1030

Korczak, D., & Huber, B. (2012). Burn-out. Kann man es messen? [Burnout. Can it be measured?]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 55(2), 164–171. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1007/s00103-011-1404-0

Korczak, D., Huber, B., & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome. GMS health technology assessment, 6, Doc09. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.3205/hta000087

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout, Work & Stress, 19:3, 192-207, Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1080/02678370500297720

Kumar, S. (2016) 'Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention', Healthcare, 4(3), p. 37. Αναρτήθηκε από https://doi.org/10.3390/healthcare4030037

Lacy, B. E., & Chan, J. L. (2018). Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association, 16(3), 311–317. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.043

Lancet, T. (2009). What is health? The ability to adapt. The Lancet, 373(9666), 781

Langballe, E. M., Innstrand, S. T., Aasland, O. G., & Falkum, E. (2011). The predictive value of individual factors, work-related factors, and work–home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study. Stress and Health, 27(1), 73-87. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1002/smi.1321

Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. Journal of Applied Psychology, 75 (6), 743–747. Ανακτήθηκε από https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.75.6.743

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. Journal of nursing management, 17(3), 331–339. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x

Leonardi F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. International journal of health services: planning, administration, evaluation, 48(4), 735–748. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1177/0020731418782653

Maslach, C. J., & Susan, E. (1986). Manual for Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, Consulting Pscyhologists Press, California.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2006). Burnout. Stress and quality of working life: current perspectives in occupational health, 37, 42-49.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior (pp. 351-357). Academic Press. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World psychiatry, 15(2), 103-111. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1002/wps.20311

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. Medical teacher, 39(2), 160–163. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248918

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory. Scarecrow Education.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. Annual review of psychology, 52, 397–422. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397

McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. Public health, 172, 22–30. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023

McManus, I. C., Keeling, A., & Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve-year longitudinal study of UK medical graduates. BMC medicine, 2, 29. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-29

Menon, N. K., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Linzer, M., Carlasare, L., Brady, K. J. S., Stillman, M. J., & Trockel, M. T. (2020). Association of Physician Burnout with Suicidal Ideation and Medical Errors. JAMA network open, 3(12). Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.28780

Mohit A. (2001). Health and behaviour. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit, 7(3), 367–371.

Montero-Marín, J., & García-Campayo, J. (2010). A newer and broader definition of burnout: Validation of the “Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36).” BMC Public Health, 10 (1), 302. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-302

Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Mera, D., & del Hoyo, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber’s proposal. Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 4 (1), 31. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1186/1745-6673-4-31

Moustaka, E., & Constantinidis, T. C. (2010). Sources and effects of work-related stress in nursing. Health science journal, 4(4), 210.

Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2018) Health promotion in nursing practice. Pearson Education Canada.

Naczenski, L. M., Vries, J. D., Hooff, M. L. M. V., & Kompier, M. A. J. (2017). Systematic review of the association between physical activity and burnout. Journal of occupational health, 59(6), 477–494. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1539/joh.17-0050-RA

Oquendo, M. A., Bernstein, C. A., & Mayer, L. E. (2019). A key differential diagnosis for physicians—major depression or burnout?. JAMA psychiatry, 76(11), 1111-1112. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1332

Paris, M., & Hoge, M. A. (2010). Burnout in the mental health workforce: A review. The journal of behavioral health services & research, 37, 519-528. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1007/s11414-009-9202-2

Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. Journal of behavioral medicine, 25(6), 551–603. Αναρτήθηκε απο https://doi.org/10.1023/a:1020641400589 .

Pines, A. M. (1986). Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals. New York: Bruner/Mazel Publications.

Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. Personality and individual differences, 39(3), 625-635. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.009

Roberts, J. K. (1987). The life management model: Coping with stress through burnout. The Clinical Supervisor, 5(2), 107-118 Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1300/J001v05n02_09

Roepke, A. M., Jayawickreme, E., & Riffle, O. M. (2014). Meaning and health: A systematic review. Applied Research in Quality of Life, 9, 1055-1079. Αναρτήθηκε από https://doi.org/10.1007/s11482-013-9288-9

Rosta, J., Nylenna, M., & Aasland, O. G. (2009). Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. Scandinavian journal of public health, 37(5), 503-508. Αναρτήθηκε από https://doi.org/10.1177/1403494809106504

Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. JAMA, 320 (11), 1131–1150. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777

Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. Jama, 320(11), 1131-1150.

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. PloS one, 12(10), e0185781. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781

Salvagioni, D. A. J., Mesas, A. E., Melanda, F. N., dos Santos, H. G., González, A. D., Girotto, E., & de Andrade, S. M. (2020). Prospective association between burnout and road traffic accidents in teachers. Stress and Health. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1002/smi.2958

Saracci R. (1997). The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. BMJ (Clinical research ed.), 314(7091), 1409–1410. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1136/bmj.314.7091.1409

Savicki, V., Cooley, E., & Gjesvold, J. (2003). Harassment as a predictor of job burnout in correctional officers. Criminal justice and behavior, 30(5), 602-619. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1177/0093854803254494

Schaufeli, B. W., Leiter, P. M, & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International, 14(3), 204-220

Schaufeli, W. B. (2018). Burnout in Europe: relations with national economy, governance, and culture. Research Unit Occupational & Organizational Psychology and Professional Learning (internal report). KU Leuven, Belgium. EUROPEAN JOURNAL OF WORK AND ORGANIZATIONAL PSYCHOLOGY, 11.

Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (1996). Maslach burnout inventory manual. Journal of Organizational Behavior, 3(3), 24-35.

Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). The burnout companion to study and practice: A critical analysis. CRC press.

Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its

core component emotional exhaustion–a systematic review. Journal of occupational medicine and toxicology, 9(1), 1-13. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1186/1745-6673-9-10)

Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. Mayo Clinic proceedings, 92(1), 129–146. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004.

Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... & Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. Annals of surgery, 251(6), 995-1000.

Shanafelt, T. D., Gorringe, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., Sloan, J. A., & Swensen, S. J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. Mayo Clinic proceedings, 90(4), 432–440. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clinic proceedings, 90(12), 1600–1613. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023

Shanafelt, T. D., Oreskovich, M. R., Dyrbye, L. N., Satele, D. V., Hanks, J. B., Sloan, J. A., & Balch, C. M. (2012). Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons. Annals of surgery, 255(4), 625–633. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31824b2fa0

Shirom, A., (2003). Job-related burnout: A review. In Washington DC. Handbook of occupational health psychology. Edited by: Quick C, Tetrick LE. Washington, D.C: American Psychological Association, 245–265. Ανακτήθηκε από https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10474-012

Shuwei Hao, (2023). Burnout and depression of medical staff: A chain mediating model of resilience and self-esteem, Journal of Affective Disorders, 325, 633-639. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.153.

Spence Laschinger, H. K., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: a cross-sectional study. International journal of nursing studies, 49(10), 1266–1276. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.012.

Spurgeon, A., & Harrington, J. M. (1989). Work performance and health of junior hospital doctors a review of the literature. Work & Stress, 3(2), 117-128. Αναρτήθηκε από https://doi.org/10.1080/02678378908256938

Starfield, B. (2001). Basic concepts in population health and health care. Journal of Epidemiology & Community Health, 55(7), 452-454. Αναρτήθηκε από http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.7.452

Stover, G. N., & Bassett, M. T. (2003). Practice is the purpose of public health. American journal of public health, 93(11), 1799-1801

Van Emmerik, H. (2004), "For better or for worse? Adverse working conditions and the beneficial effects of mentoring", Career Development International, Vol. 9, pp. 358-73

Van Wyk, B. E., & Pillay-Van Wyk, V. (2010). Preventive staff-support interventions for health workers. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3).

Verret, C. I., Nguyen, J., Verret, C., Albert, T. J., & Fufa, D. T. (2021). How Do Areas of Work Life Drive Burnout in Orthopaedic Attending Surgeons, Fellows, and Residents?. Clinical orthopaedics and related research, 479(2), 251–262. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000001457

Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies?. Occupational medicine, 50(7), 512–517. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1093/occmed/50.7.512

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. Journal of internal medicine, 283(6), 516–529. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1111/joim.12752.

West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and

empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*, 296(9), 1071–1078. Αναρτήθηκε από https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071

West, C. P., Shanafelt, T. D., & Kolars, J. C. (2011). Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*, 306(9), 952–960. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.1001/jama.2011.1247

Whitehead, M. (2007) A typology of actions to tackle social inequalities in health. J Epidemiol Community Health, 61(6), 473–8.

Who Health Organization, (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": *International Classification of Diseases.* Ανακτήθηκε από https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

Who Health Organization, (2022). WHO Director-General's remarks at the Leading Change: Heroines of Health Gala, World Health Summit - 17 October 2022. Ανακτήθηκε από https://www.who.int/director-general/speeches/detail/

Willett, W.C., Koplan, J.P. & Nugent, R. (2006) Prevention of chronic disease by means of diet and lifestyle changes. In: Jamison, DT, Breman, JG, Measham, AR (eds) Disease control priorities in developing countries. Washington, DC: *The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank*; New York: Oxford University Press

World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization – basic documents. Ανακτήθηκε από https://www.who.int/who-documentsdetail/

Zgliczyńska, M., Zgliczyński, S., Ciebiera, M., & Kosińska-Kaczyńska, K. (2019). Occupational Burnout Syndrome in Polish Physicians: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 5026. Ανακτήθηκε από https://doi.org/10.3390/ijerph16245026

Υπέθυνη Δήλωση Συγγραφεά:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.