



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Διευθυντής: Καθηγητής Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης

Διδακτορική Διατριβή

**“ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ
ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ”**

υπό

ΠΕΤΡΟΥ Μ. ΠΑΠΠΑ

Γενικού-Οικογενειακού Ιατρού

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2015

© 2015 Πέτρος Παπάς

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών
Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του
συγγραφέα (Ν. 5343/32 αρ. 202)

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

1^{ος} Εξεταστής **Δρ. Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης**
(Επιβλέπων) *Καθηγητής Πνευμονολογίας,*
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

2^{ος} Εξεταστής **Δρ. Χρυσή Χατζόγλου,**
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσιολογίας,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

3^{ος} Εξεταστής **Δρ. Μαίρη Γκούβα**
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

4^{ος} Εξεταστής **Δρ. Αναστάσιος Γερμενής**
Καθηγητής Ανοσολογίας
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

5^{ος} Εξεταστής Δρ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής

Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι Θεσσαλίας

6^{ος} Εξεταστής Δρ. Γεώργιος Χατζηγεωργίου

Καθηγητής Νευρολογίας

Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

7^{ος} Εξεταστής Δρ. Κωνσταντίνος Μπονώτης

Λέκτορας Ψυχιατρικής

Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ εκ βαθέων, τον επιβλέποντα για την εκπόνηση της διδακτορικής αυτής διατριβής κύριο Κωνσταντίνο Γουργουλιάνη, καθηγητή της Πνευμονολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η διαρκής εποπτεία, η πολύτιμη καθοδήγηση αλλά και η μεγάλη αγάπη με την οποία περιέβαλε αυτή την έρευνα ήταν συγκινητική. Η εμπειρία του, το ενδιαφέρον που έδειξε, αλλά και η ανθρώπινα ευαίσθητη προσέγγιση του σε όλα τα στάδια της διαδικασίας έχουν χαραχτεί ανεξίτηλα στην μνήμη μου, ως παράδειγμα ενός πραγματικού Ακαδημαϊκού Δασκάλου.

Ευχαριστώ θερμά, την κυρία Μαίρη Γκούβα, ψυχολόγο, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Η ίδια αποτέλεσε την έμπνευση και τον σταθερό πυλώνα της προσπάθειας αυτής. Η ιδιαίτερη ευφυΐα και ενσυναίσθηση της αποτέλεσαν μοναδικά στηρίγματα καθ' όλη την διαδικασία. Την ευγνωμονώ για τις πολύτιμες συμβουλές και την διαρκή καθοδήγηση της, οι οποίες κατέστησαν δυνατή την περαίωση της παρούσας έρευνας.

Ευχαριστώ ακόμα την φίλη και συνεργάτη κυρία Καρολίνα Δουλουγέρη, ψυχολόγο και υποψήφια διδάκτορα του τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, για τις πολύτιμες ιδέες και την συμπαράσταση της.

Ευχαριστώ, τέλος, για όλα, τους γονείς μου Νίκη και Μιχάλη Παππά, χωρίς τους οποίους τίποτε δεν θα ήταν δυνατό. Η διαρκής και άοκνη στήριξη τους, υπήρξε πάντοτε προϋπόθεση και καταλύτης για όλες τις προσπάθειες μου.

Πέτρος Παππάς

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Ο Πέτρος Παππάς είναι ειδικός Γενικός-Οικογενειακός Ιατρός και εργάζεται ως Επιμελητής στο Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας Χαλκιδικής, όπου είναι υπεύθυνος για την λειτουργία του Διαβητολογικού Ιατρείου. Πραγματοποίησε την ειδικότητα του στο Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ. Έχει μετεκπαιδευθεί για ένα έτος στην Διαβητολογία στο Α' διαβητολογικό κέντρο του Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ και στην Επείγουσα Ιατρική στο ετήσιο πρόγραμμα ΕΠ.Ι στο ΕΚΑΒ Θεσ/νίκης. Είναι απόφοιτος του Μ.Π.Σ “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας” της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, στο οποίο, λόγω αριστείας του ανάμεσα στους αποφοίτους του προγράμματος στο έτος του, του χορηγήθηκε υποτροφία για την εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής.

Είναι πιστοποιημένος εκπαιδευτής-συνεργάτης της έδρας της Υγιεινής, της Ιατρικής σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και συμμετέχει στην εκπαίδευση των δετών φοιτητών της ιατρικής στο γνωστικό αντικείμενο “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας”.

Είναι επικουρικός συντονιστής εκπαίδευσης των ειδικευομένων Γενικών Ιατρών του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής. Έχει μετεκπαιδευθεί στο πρόγραμμα ΑΡΙΑΔΝΗ για την “Απεξάρτηση των Εφήβων από το Διαδίκτυο” και είναι πιστοποιημένος συνεργάτης του πανελλήνιου δικτύου για της εν λόγω δράσης.

Έχει δημοσιεύσει εργασίες του σε ξενόγλωσσα επιστημονικά περιοδικά. Έχει ενεργό συμμετοχή σε διεθνή και ελληνικά επιστημονικά συνέδρια με προφορικές και αναρτημένες ανακοινώσεις. Έχει παρακολουθήσει πλήθος ιατρικών μετεκπαιδευτικών μαθημάτων, ειδικών σχολείων και σεμιναρίων. Μιλάει αγγλικά, γαλλικά, ισπανικά, γερμανικά και τσέχικα.

**“ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ
ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ
ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ”**

ΠΕΤΡΟΥ Μ. ΠΑΠΠΑ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2015

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. **Δρ. Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης, Καθηγητής Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας**
2. **Δρ. Χρυσή Χατζόγλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας**
3. **Δρ. Μαίρη Γκούβα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Ηπείρου**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το ψυχολογικό και κοινωνικό υπόβαθρο φαίνονται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τις επαγγελματικές επιλογές των ανθρώπων. Η επιλογή ιατρικής ειδικότητας διαφοροποιεί σημαντικά τους ιατρούς, καθώς οι ιατρικές ειδικότητες διαφέρουν πολύ μεταξύ τους ως προς το αντικείμενο αλλά και την φύση της εργασίας που απαιτούν.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η ανίχνευση πλευρών της προσωπικότητας ιατρών στην Ελλάδα -ειδικευμένων και ειδικευομένων- που ασκούν πέντε διαφορετικές ειδικότητες της Ιατρικής (Παθολογία, Γενική Ιατρική, Γενική Χειρουργική, Μικροβιολογία και Αναισθησιολογία). Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο την μελέτη ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (προσωπικότητα, ναρκισσισμός, αλτρουισμός, διαπροσωπικές σχέσεις, ψυχοπαθολογία και οικογενειακό περιβάλλον) σε ειδικευόμενους και σε ειδικευμένους της Ιατρικής επιστήμης και τις συσχετίσεις μεταξύ τους. Επίπλέον στόχος υπήρξε η διερεύνηση του κατά πόσο η επιλογή ιατρικής ειδικότητας επηρεάζεται από τα ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου ή/και από το φύλο και άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τέλος, η μελέτη στάσεων των ιατρών και πως αυτές σχετίζονται με τις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Υλικό και μέθοδος: Για να απαντηθούν οι παραπάνω στόχοι, έγινε έρευνα ερωτηματολογίου με δείγμα 539 συμμετέχοντες από πέντε ιατρικές ειδικότητες. Συγκεκριμένα, το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούν ειδικοί και ειδικευόμενοι ιατροί πέντε ειδικοτήτων (Γενική Ιατρική, Παθολογία, Χειρουργική, Μικροβιολογία και Αναισθησιολογία). Η διαδικασία της δειγματοληψίας σχεδιάστηκε με γνώμονα τη

συλλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν μια σειρά από ερωτηματολόγια τα οποία στόχευαν να διερευνήσουν μια σειρά από ψυχολογικές παραμέτρους όπως, αλτρουϊσμό, ναρκισσισμό, εσωτερική και εξωτερική ντροπή, ψυχοπαθολογία, εχθρικότητα, αισιοδοξία, φόβο του πόνου και άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων καθώς οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερους μέσους όρους στην συντηρητική πλειοψηφία των υπό εξέταση κλιμάκων. Επίσης, οι ειδικευόμενοι φαίνεται να σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες από τους ειδικούς. Όταν το φύλο και η εμπειρία συνδυάστηκαν, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το να είσαι άνδρας ειδικός λειτουργεί “προστατευτικά” σχεδόν στο σύνολο των ψυχολογικών χαρακτηριστικών ενώ οι γυναίκες ειδικευόμενες και ειδικοί φαίνεται να είναι σε δυσμενέστερη θέση σε ότι αφορά τα υπό μελέτη χαρακτηριστικά. Όσο αφορά στις διαφορές μεταξύ ειδικοτήτων, αξίζει να σημειωθεί ότι στις κλίμακες της ψυχοπαθολογίας, της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν οι παθολόγοι ενώ στις κλίμακες της επιθετικότητας υψηλότερα ποσοστά εμφάνισαν οι χειρουργοί. Επίσης, φαίνεται ότι οι αντιλήψεις για το πόσο πλούσια είναι η πατρική οικογένεια κάποιου, πόσο καλλιεργημένο θεωρεί το άτομο τον εαυτό του και πόσο προσδοκά την επαγγελματική επιτυχία επηρεάζουν τις εξεταζόμενες ψυχολογικές παραμέτρους. Τέλος αναδείχθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ εσωτερικής, εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας, η οποία φαίνεται να ρυθμίζεται από τα επίπεδα άγχους εγκατάλειψης και τάσης αποφυγής της δέσμευσης του ατόμου.

Συμπεράσματα: Οι σημαντικές διαφορές που καταγράφονται στα ψυχομετρικά και κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά ανάμεσα στους ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων μπορεί να αποτελέσουν χρήσιμο προβλεπτικό και συμβουλευτικό εργαλείο για εκπαιδευτικά ιδρύματα αλλά και στον συνολικό στρατηγικό σχεδιασμό πολιτικών υγείας. Η μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση που παρατηρήθηκε να εμφανίζουν οι γυναίκες καθώς και οι ειδικευόμενοι ιατροί του δείγματος αποτελεί αφορμή για ενδεχόμενο επανασχεδιασμό των προγραμμάτων ιατρικής ειδίκευσης αλλά και δημιουργίας υποστηρικτικών μηχανισμών για τις γυναίκες ιατρούς. Ο επιχειρούμενος ανασχεδιασμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα με άξονα την Πρωτοβάθμια Υγεία, χρειάζεται πιθανότατα να μεριμνήσει για την ακαδημαϊκή αναβάθμιση της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής, καθιστώντας την έτσι ελκυστικότερη επιλογή.

ABSTRACT

Introduction: The psychological and social background seem to be inextricably linked with the career choices of people. The choice of medical specialty differentiates significantly physicians between each other, as medical specializations are very different in scope and in the nature of the work required.

Aim: The objective of this research study was to detect aspects of personality of medical doctors in Greece - specialists and residents - practising in five different medical specialties (Internal Medicine, General Medicine, General Surgery, Microbiology and Anesthesiology). This study aimed to study certain psychological parameters (personality, narcissism, altruism, interpersonal relationships, psychopathology and family environment) and the correlations between them. Additionally, it was aimed to investigate whether the medical specialty choice is influenced by particular psychological characteristics of the individual, their gender and other demographic characteristics. Finally, to study several attitudes of medical doctors and how they relate to the examined variables.

Method and Materials: In order the objectives of the study to be answered, there was conducted a questionnaire study. 539 medical doctors practicing in five medical specialties participated in the study. The sample of the study were specialists and resident doctors working in Greece, practicing General Medicine, Internal Medicine, Surgery, Anesthesiology and Microbiology. A representative sampling process was designed. Participants completed a series of questionnaires which aimed to explore a number of psychological factors such as altruism, narcissism, internal and external

shame, psychopathology, hostility, optimism, fear of pain and other personality traits.

Results: The data analysis demonstrated significant differences between the two sexes as women exhibited higher average scores in the great majority of all scales under examination. Moreover, residents seemed to have higher scores compared to specialist doctors. When sex and experience are combined, the results showed that being a male specialist doctor has a “protective” role regarding all the examined psychological features whereas women residents seem to be in the most disadvantageous position, considering the examined traits. With regard to the differences between medical specialties, it is noted that Internal Medicine doctors had higher scores in the scales of pathopsychology, internal and external shame whereas Surgeons had significantly higher results in the hostility scales, compared to their counterparts. Furthermore, it appears that the perceptions of how rich is a person's paternal family, how educated one considers himself and the expectation of future professional success affect the variables under study. Finally, there was demonstrated a significant correlation between the traits of internal, external shame and hostility, which appear to be regulated by factors such as the fear of abandonment and the avoidance of establishing interpersonal relationships.

Conclusions: The significant differences in personality and social-demographic characteristics among different medical specialists that were demonstrated in the present study can be a useful predictive and advisory tool for educational institutions but also in the overall strategic planning of health policies in Greece. The greater psychological burden that was observed among residents and female doctors of our sample may lead to the rethinking and reorganization of the medical specialization programs and the creation of social support mechanisms for women doctors. The

attempted reorganization of the National Health System in Greece with emphasis on Primary Health Care calls probably for the academic upgrading the specialty of General Practice, making it more a attractive specialization option for young doctors.

Περιεχόμενα

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	1
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	6
2.1 Κριτήρια επιλογής επαγγέλματος	6
2.1.1 Ψυχολογικές θεωρίες για την επιλογή επαγγέλματος.....	6
2.1.2 Η προσωπικότητα ως παράγοντας επιλογής επαγγέλματος.....	8
2.1.3 Ο ρόλος της οικογένειας στην επιλογή επαγγέλματος	9
2.1.4 Ο ρόλος του “τυχαίου” στην επιλογή επαγγέλματος.....	11
2.1.5 Το φύλο ως ιδιαίτερος παράγοντας επιλογής επαγγέλματος	11
3. Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	14
3.1 Κριτήρια επιλογής ιατρικής ειδικότητας	14
3.1.1 Η προσωπικότητα ως κριτήριο επιλογής ιατρικής ειδικότητας.....	15
3.1.2 Άλλοι παράγοντες ως κριτήρια επιλογής ιατρικής ειδικότητας.....	16
3.1.3 Το φύλο ως κριτήριο επιλογής ειδικότητας	19
4. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ.....	21
4.1 Το ψυχολογικό προφίλ των ιατρών	21
4.1.1 Ιατροί και γενική ψυχική νοσηρότητα	21
4.1.2 Επιπολασμός των αυτοκτονιών στους ιατρούς.....	22
4.1.3 Ιατροί και κατάχρηση αλκοόλ και χημικών ουσιών	23
4.1.4 Ιατροί και κατάθλιψη	25
4.1.5 Το αίσθημα της ντροπής στους ιατρούς.....	28

4.1.6 Αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων από τους πάσχοντες ιατρούς.....	30
5. ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΗΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ	31
5.1 Η επιλογή ειδικότητας γενικά	31
5.1.1 Η επιλογή της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής	31
5.1.2 Η επιλογή της ειδικότητας της Χειρουργικής.....	35
5.1.3 Η επιλογή της ειδικότητας της Αναισθησιολογίας.....	37
5.1.4 Η επιλογή της ειδικότητας της Παθολογίας	38
5.1.5 Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του φύλου στην επιλογή ειδικότητας	40
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	44
1. ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	45
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις	45
2. ΜΕΘΟΔΟΣ.....	46
2.1 Δείγμα	48
2.2 Εργαλεία μέτρησης	48
2.3 Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων	60
2.4 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης.....	63
2.4.1. Αξιοπιστία ερωτηματολογίου	63
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	65
3.1 Περιγραφή των ερωτώμενων.....	65
3.2 Κατανομή ανά ειδικότητα, με βάση το φύλο και τον τόπο καταγωγής.....	65
3.3 Οικογενειακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα.....	70
3.4 Στάσεις για τις ειδικότητες.....	72
3.5. Κλίμακες που μελετήθηκαν	87

3.6	Συσχετίσεις μεταξύ κλιμάκων	92
4.	Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ	97
4.1	Διαφοροποιήσεις των συμμετεχόντων ως προς το φύλο	99
4.2	Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων	103
4.3	Διαφοροποιήσεις ως προς την εμπειρία	109
5.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, ΤΗΝ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ, ΤΗΝ ΠΡΟΣΔΟΚΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗ ΖΩΗ	129
5.1.	Ο ρόλος του φύλου και της ειδικότητας στις στάσεις των συμμετεχόντων	129
5.2	Επίδραση των στάσεων των συμμετεχόντων στις ψυχομετρικές κλίμακες της μελέτης.....	132
6.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕ ΧΡΗΣΗ GENERAL LINEAR MODEL.....	135
7.	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	142
7.1	Το άγχος εγκατάλειψης ως ρυθμιστής της σχέσης εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας.....	143
7.2	Η αποφυγή της εγγύτητας ως ρυθμιστής της σχέσης εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας.....	145
7.3	Το άγχος εγκατάλειψης ως ρυθμιστής της σχέσης εσωτερικής ντροπής και επιθετικότητας.....	147
7.4	Η αποφυγή εγγύτητας ως ρυθμιστής της σχέσης εσωτερικής ντροπής και επιθετικότητας.....	149

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	152
8.1 Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ιατρών	152
8.2 Οι διαφορές στο ψυχολογικό προφίλ ανάμεσα στις ειδικότητες	154
8.2.1 Το ψυχολογικό προφίλ των Γενικών Ιατρών	154
8.2.2 Το ψυχολογικό προφίλ των Παθολόγων	156
8.2.3 Το ψυχολογικό προφίλ των Χειρουργών	158
8.2.4 Το ψυχολογικό προφίλ των Αναισθησιολόγων	161
8.2.5 Το ψυχολογικό προφίλ των Εργαστηριακών ιατρών	161
8.3 Οι διαφορές στο ψυχολογικό προφίλ μεταξύ ειδικών-ειδικευομένων.....	164
8.4 Η σχέση ντροπής και επιθετικότητας στους ιατρούς.....	166
8.5 Οι διαφορές στο ψυχολογικό προφίλ των φύλων	167
8.6 Οριοθετήσεις- Περιορισμοί της έρευνας	173
9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	174
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	177

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιλογή επαγγέλματος από το άτομο επηρεάζεται από μια πλειάδα παραγόντων. Η προσωπικότητα του ατόμου αλλά και γενικότερα το ψυχολογικό και κοινωνικό υπόβαθρο του ατόμου φαίνονται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τις επαγγελματικές επιλογές του.

Ως επαγγελματική κατηγορία, οι ιατροί υπόκεινται σε υψηλό βαθμό ψυχολογικής πίεσης, η οποία σχετίζεται τόσο με την φύση του επαγγέλματος, τις αυξημένες επαγγελματικές προσδοκίες που η κοινωνία διατηρεί απέναντί τους αλλά και την ίδια την δομή της προσωπικότητάς τους.

Επιπρόσθετα, η επιλογή ιατρικής ειδικότητας διαφοροποιεί σημαντικά τους ιατρούς, καθώς οι ιατρικές ειδικότητες διαφέρουν πολύ μεταξύ τους ως προς το αντικείμενο αλλά και την φύση της εργασίας που απαιτούν.

Η απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον ελλαδικό χώρο τα οποία να αφορούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των Ειδικευόμενων και Ειδικευμένων Ιατρών και τη συσχέτιση τους τόσο με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές όσο και με ψυχολογικές παραμέτρους καθώς και η σχετική απουσία ερευνητικών ποσοτικών δεδομένων, διεθνώς, αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών στο συγκεκριμένο επαγγελματικό κλάδο, έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ακόμα η νοσοκομειοκεντρική οργάνωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και η καθυστερημένη και ελλιπής ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην

Ελλάδα, σε σχέση με την πραγματικότητα των υπόλοιπων αναπτυγμένων χωρών, έδωσαν την αφορμή να διερευνηθούν οι πιθανές προεκτάσεις του φαινομένου αυτού.

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η ανίχνευση πλευρών της προσωπικότητας ατόμων που ειδικεύονται σε ειδικότητες της Ιατρικής και ατόμων που ήδη ασκούν επαγγελματικά αυτές τις ειδικότητες.

Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (προσωπικότητα, ναρκισσισμός, αλτρουισμός, ψυχοπαθολογία και οικογενειακό περιβάλλον) σε ειδικευόμενους Ιατρικής και σε ειδικευμένους της Ιατρικής επιστήμης.

Πιο συγκεκριμένα θα γίνει:

- Σύγκριση της ομάδας των ειδικευόμενων Ιατρικής και της ομάδας των ειδικευμένων Ιατρικής ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά για κάθε ειδικότητα που θα εξεταστεί.
- Σύγκριση των πέντε διαφορετικών υπό μελέτη ειδικοτήτων ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά
- Σύγκριση των ανδρών και των γυναικών του δείγματος ως προς τα υπό μελέτη ψυχολογικά και κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Στόχοι της παρούσας διδακτορικής έρευνας είναι να απαντηθούν τα ερωτήματα:

- Κατά πόσο η επιλογή ιατρικής ειδικότητας επηρεάζεται από τα ιδιαίτερα

ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου ή/και από το φύλο.

- Να καταγραφούν και να ανευρεθούν οι διαφορές ανάμεσα στο ψυχολογικό των ιατρών που ασκούν διαφορετικές ειδικότητες
- Να καταγραφούν και να ανευρεθούν οι διαφορές στο ψυχολογικό προφίλ ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες ιατρούς αλλά και ανάμεσα στους ειδικευμένους και τους ειδικευόμενους των διαφορετικών ειδικοτήτων.
- Επιπρόσθετα θα διερευνηθούν οι συσχετίσεις μεταξύ ψυχολογικών παραμέτρων, όπως της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής με την επιθετικότητα

Αποτελεί φιλοδοξία της παρούσας έρευνας, τα αποτελέσματα αυτής να αξιοποιηθούν στον στρατηγικό σχεδιασμό πολιτικών υγείας αλλά και ως εργαλείο επιλογής, επαγγελματικού προσανατολισμού, ανάπτυξης και διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στα χέρια εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και δομών υγείας στις οποίες απασχολούνται οι Έλληνες ιατροί.

Ακόμη, η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο στα χέρια μελλοντικών ερευνητών, καθώς, θα τους παρέχει για πρώτη φορά στα ελληνικά χρονικά μια συστηματική καταγραφή και ανάλυση πλήθους ψυχογραφικών αλλά και κοινωνικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ιατρών της ελληνικής επικράτειας.

Φιλοδοξία μας είναι να δοθεί στον μελλοντικό ερευνητή μια βάση δεδομένων και συμπερασμάτων η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει στην διατύπωση νέων ερευνητικών ερωτημάτων και στην διεξαγωγή νέων επιστημονικών ερευνών.

Η διδακτορική διατριβή, αποτελείται από: το γενικό και το ειδικό μέρος.

1) Στο γενικό μέρος επιχειρείται μια ανασκόπηση της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας, καθώς παρουσιάζονται: α) οι επιστημονικές θεωρίες και έρευνες που

αφορούν στα κριτήρια επιλογής επαγγέλματος β) διεθνείς και ελληνικές έρευνες που μελετούν τα κριτήρια επιλογής ιατρικής ειδικότητας από τους αποφοίτους των ιατρικών σχολών γ) ερευνητικές εργασίες που μελετούν το ψυχολογικό προφίλ των ιατρών και τον επιπολασμό την παθοψυχολογίας σε αυτούς δ) τα ιδιαίτερα ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των υπό μελέτη ειδικοτήτων μέσα από έγκριτες διεθνείς έρευνες και ανασκοπήσεις.

2) Στο ειδικό μέρος γίνεται α) αναλυτική παράθεση της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε τόσο για τη συλλογή του υλικού όσο και για την επεξεργασία του, καθώς επίσης περιγράφονται τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν β) αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων γ) αποτελέσματα αναλύσεων με βάση το φύλο, την ειδικότητα, την εμπειρία αλλά και ανάλυση για κάθε ειδικότητα ξεχωριστά δ) αποτελέσματα πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δημογραφικών μεταβλητών και στάσεων.

3) Στη συζήτηση γίνεται σχολιασμός των αποτελεσμάτων και μια προσπάθεια να ερμηνευτούν αυτά σε σχέση με τα διαθέσιμα από τη βιβλιογραφία ερευνητικά δεδομένα. Οι περιορισμοί αυτής της έρευνας, οι μελλοντικές προοπτικές και τα συμπεράσματα αναφέρονται σε χωριστά υποκεφάλαια στο τέλος αυτής της ενότητας.

4) Στο τέλος παρατίθεται η βιβλιογραφία.

2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

2.1 Κριτήρια επιλογής επαγγέλματος

2.1.1 Ψυχολογικές θεωρίες για την επιλογή επαγγέλματος

Είναι κοινός τόπος ότι η επιλογή επαγγέλματος είναι μια από τις σημαντικότερες αποφάσεις στην ζωή των ανθρώπων, όχι μόνο γιατί θα αφιερώσουν σε αυτό μεγάλο μέρος του χρόνου και της προσπάθειάς τους, αλλά και γιατί η επιλογή αυτή θα επηρεάζει καθοριστικά τον τρόπο ζωής τους. (Hackett, 1995).

Είναι ευρύτατα αποδεκτό, ότι η επιλογή επαγγέλματος από το άτομο επηρεάζεται από μια πλειάδα παραγόντων. Η κοινωνική-γνωστική θεωρία για την επιλογή επαγγέλματος (Lent et al., 1994), προτείνει ότι η επιλογή επαγγέλματος διαμορφώνεται από τις προσδοκίες του ατόμου, τα ενδιαφέροντα του και την αυτοθεωρούμενη επάρκεια του. Μάλιστα η επάρκεια με την οποία το άτομο αξιολογεί τον εαυτό του, θεωρείται ως η απαραίτητη εκείνη συνθήκη, που διαμεσολαβεί ανάμεσα στα ενδιαφέροντα κάποιου και στις επαγγελματικές προσδοκίες του.

Επιπρόσθετα, σημειώνεται ότι η ίδια η επάρκεια επηρεάζεται τόσο από ατομικούς παράγοντες όπως οι κλίσεις, το φύλο, η εθνικότητα και η κατάσταση της υγείας του αλλά και από ευρύτερους περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η οικογενειακή παράδοση και οι εκπαιδευτικές εμπειρίες που το άτομο βίωσε. Συμπερασματικά προτείνεται ότι οι καταβολές του ατόμου μαζί με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του επηρεάζουν τις μαθησιακές εμπειρίες κάποιου και αυτές με την σειρά τους επηρεάζουν την ιδέα που διαμορφώνει το άτομο για την

επάρκειά του.

Τελικά θεωρείται ότι η συνεκτίμηση της επάρκειας, των ενδιαφερόντων και των προσδοκιών θα οδηγήσουν στην επαγγελματική επιλογή. (Lent et al., 2000). Η παραπάνω διατυπωμένη θεωρία στηρίζεται στην κοινωνική-γνωστική θεωρία του Bandura (1986) η οποία διερευνά τον τρόπο με τον οποίο ωριμάζουν και εξελίσσονται τα εκπαιδευτικά ενδιαφέροντα και οι επαγγελματικές επιλογές των ατόμων και πώς αυτές μετατρέπονται σε πράξη.

Η σημασία της επάρκειας με την οποία κανείς αξιολογεί τον εαυτό του αλλά και οι γενικότερες αρχές της κοινωνικής-γνωστικής θεωρίας υποστηρίζονται και από άλλες μελέτες (Betz and Hackett, 1986; Lent et al., 1994) οι οποίες καταλήγουν σε παρόμοια συμπεράσματα. Οι ανωτέρω θεωρίες και η ιδιαίτερη σημασία που έχει για την επιλογή του επαγγέλματος η εικόνα που το άτομο έχει για τον εαυτό του, έρχονται να στηριχτούν από παλαιότερες συγγραφικές εκδόσεις (Roe, 1956).

Στο βιβλίο αυτό παρουσιάζονται παράλληλα πολλά δεδομένα για την ψυχολογική ποικιλομορφία των ανθρώπων που ασκούν διαφορετικά επαγγέλματα. Παράλληλα εξετάζεται και αξιολογείται μια πληθώρα παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή του επαγγέλματος και την συνακόλουθη ή μη επαγγελματική ικανοποίηση του ατόμου.

Τέλος επιχειρείται μια ταξινόμηση των επαγγελμάτων και των επαγγελματικών πεδίων από την σκοπιά της ψυχολογίας και των ιδιαίτερων ψυχολογικών χαρακτηριστικών που εμπεριέχει το καθένα.

Τα ευρήματα μιας ελληνικής έρευνας που μελετά την διαδικασία και τα κίνητρα της επαγγελματικής απόφασης των νέων (Βίκη, 2002) καταλήγει στα συμπεράσματα ότι

η ηλικία κατά την οποία οι περισσότεροι μαθητές αρχίζουν να ασχολούνται για πρώτη φορά σοβαρά κάπως με το μελλοντικό τους επάγγελμα είναι αυτή των 10-12 ετών. Επισημαίνεται ότι ο προβληματισμός αυτός αρχίζει λίγο νωρίτερα στα κορίτσια και στους μαθητές με υψηλή βαθμολογία.

Στην ίδια πανελλήνια έρευνα συμπεραίνεται ότι στον πρώιμο προβληματισμό για το μελλοντικό επάγγελμα των παιδιών συμβάλλει το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων, το υψηλό επίπεδο οικονομικής κατάστασης της οικογένειας και το ανώτερο επιστημονικά επάγγελμα του πατέρα. Παρατηρούνται ακόμα διαφοροποιήσεις προτιμήσεων που σχετίζεται με το φύλο των μαθητών (π.χ. τα κορίτσια προτιμούν εκπαιδευτικά επαγγέλματα, ενώ τα αγόρια τεχνολογικά) και διαφοροποιήσεις σε σχέση με την ηλικία των μαθητών καθώς μικρότερες ηλικίες φαίνεται να επιλέγουν επιστημονικά επαγγέλματα ενώ μεγαλύτερες ηλικίες επαγγέλματα με ψυχοκοινωνική ή τεχνολογική κατεύθυνση.

2.1.2 Η προσωπικότητα ως παράγοντας επιλογής επαγγέλματος

Τη σημασία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην επαγγελματική προτίμηση τονίζεται σε παλαιότερη έρευνα (Hoprock, 1976). Ο ερευνητής τονίζει ότι η επαγγελματική συμπεριφορά του ατόμου και η επαγγελματική του προτίμηση βρίσκονται σε άμεση σχέση με τις ανάγκες του.

Ακόμη σε άλλη παλαιότερη έρευνα (Apostal, 1991) συσχετίστηκε η προσωπικότητα ενός ατόμου με τις εκπαιδευτικές και επαγγελματικές του επιλογές. Υποστηρίζεται ότι, η διάσταση εκείνη της προσωπικότητας, που σχετίζεται με τη λογική

ή συναισθηματική αντιμετώπιση των καταστάσεων, επηρεάζει τα επαγγελματικά ενδιαφέροντα και τις επαγγελματικές επιλογές.

Σύμφωνα με την έρευνα, τα άτομα που λειτουργούν κυρίως με τη λογική, τείνουν να επιλέγουν επαγγέλματα που σχετίζονται με τα οικονομικά, το εμπόριο, την εκπαίδευση, τη νοσηλευτική, τις πωλήσεις, τα λογιστικά, ενώ τα άτομα που λειτουργούν με τη διαίσθηση, επιλέγουν κυρίως τις τέχνες, την ψυχολογία και τη συμβουλευτική.

2.1.3 Ο ρόλος της οικογένειας στην επιλογή επαγγέλματος

Η καθοριστική επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην επιλογή επαγγέλματος από το άτομο έρχεται να επιβεβαιωθεί και από πρόσφατη ελληνική έρευνα (Pezirkianidis et al., 2013). Καταδεικνύεται, με σαφήνεια, στην συγκεκριμένη έρευνα ο άμεσος αντίκτυπος που έχει στην επαγγελματική επιλογή τόσο η γονική υποστήριξη όσο και οι ευνοϊκές συνθήκες εργασίας των γονέων. Επισημαίνεται παράλληλα, ο ιδιαίτερος ρόλος που έχει η μητέρα στην υποστήριξη των επαγγελματικών στόχων των νέων, παρατήρηση που επιβεβαιώνεται από πλήθος σύγχρονων βιβλιογραφικών αναφορών (Palos and Drobot, 2010; Tucker et al, 2001). Επιπρόσθετα, η καλή σχέση με τη μητέρα, η επικοινωνία με αυτή και η υποστήριξη των επαγγελματικών επιλογών των παιδιών από την ίδια εκτιμάται ότι έχει μεγάλη σημασία στον καθορισμό στόχων και στη λήψη των επαγγελματικών αποφάσεων των παιδιών (Germeijs and Verschueren, 2009).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν κάποιες άλλες έρευνες στις οποίες επισημαίνονται διαφορές σε σχέση στο φύλο των γονέων και στο επίπεδο της

επαγγελματικής ενθάρρυνσης που παρέχουν στα παιδιά τους. Καταδεικνύεται στις έρευνες αυτές ότι οι γονείς παρέχουν επαγγελματική πληροφόρηση και υποστηρίζουν περισσότερο τις επαγγελματικές αποφάσεις των παιδιών που ανήκουν στο ίδιο φύλο με αυτούς (Caughlin, 2003; Kniveton, 2004).

Επιπρόσθετα επισημαίνεται ότι οι γονείς επιδιώκουν τα παιδιά τους να λαμβάνουν εκπαιδευτικές και επαγγελματικές αποφάσεις σύμφωνες με τα στερεότυπα που επικρατούν για το φύλο τους (Δεληγιάννη-Κουϊμτζή & Σακκά, 2007). Σε μελέτη που έγινε σε φοιτητές στην Ινδία (Agarwala, 2008) επισημαίνεται ο ιδιαίτερος ρόλος που έχει ο πατέρας στις επαγγελματικές επιλογές των νέων ενώ επιπρόσθετα οι δεξιότητες και οι ικανότητες του ατόμου αξιολογούνται ως οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική κατεύθυνση των νέων.

Τέλος, αξίες όπως η συλλογικότητα αλλά και η μελλοντική δυνατότητα επαγγελματικής ευελιξίας τοποθετούνται ψηλά στα κριτήρια επιλογής επαγγέλματος από τους φοιτητές.

Ο ρόλος των σχολικών συμβούλων στην επιλογή επαγγέλματος

Μια πιο σύγχρονη μελέτη, (Gibbons, 2004), στα πλαίσια πάντα της κοινωνικής-γνωστικής θεωρίας για την επιλογή επαγγέλματος, εξετάζει τον τρόπο που οι σχολικοί επαγγελματικοί σύμβουλοι μπορούν να επηρεάσουν την επιλογή του επαγγέλματος σε μαθητές λίγο πριν την εισαγωγή τους στα πανεπιστήμια.

Πιο συγκεκριμένα ερευνώνται οι ενδεχόμενες δυσκολίες που το φύλο, η κοινωνικο-οικονομική, η ηλικία και η εθνικότητα μπορούν να προκαλέσουν. Οι σχολικοί σύμβουλοι παρεμβαίνουν στις περιπτώσεις εκείνες των μαθητών που θα είναι

οι πρώτοι στην ιστορία της οικογένειάς τους που θα εισαχθούν σε πανεπιστήμια.

Η παραπάνω μελέτη αποδεικνύει ότι με στοχευμένες παρεμβάσεις και δραστηριότητες στις οποίες οι μαθητές καλούνται να λάβουν μέρος, αυξάνεται τόσο το εύρος των επιλογών όσο και ο αριθμός των επιτυχόντων που εισάγονται τελικά στα πανεπιστημιακά ιδρύματα.

2.1.4 Ο ρόλος του “τυχαίου” στην επιλογή επαγγέλματος

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξέταση του ρόλου του “τυχαίου” στην επαγγελματική επιλογή των ατόμων. Προτείνεται από παλαιότερη επιστημονική έρευνα η εξέταση των “τυχαίων” παραγόντων που μπορεί να οδήγησαν το άτομο στο να προκρίνει κάποιο επάγγελμα.

Χωρίς να παραγνωρίζεται ο θεμελιώδης ρόλος των προτύπων, της οικογένειας, των δεξιοτήτων του φύλου και όλων όσων προαναφέρθηκαν, προτείνεται στους σχολικούς συμβούλους να διερευνώνται τα πιθανά καταλυτικά γεγονότα στην ζωή του ανθρώπου που ίσως να καθόρισαν την επαγγελματική απόφασή του. Προτείνεται ότι, μια σύντομη γνωριμία ενός ανθρώπου που ασκεί κάποιο επάγγελμα ή κάποιο γεγονός στην ζωή ενός ανθρώπου μπορεί να λειτουργήσουν καθοριστικά στην διαμόρφωση των επαγγελματικών στόχων του. (Miller, 1983).

2.1.5 Το φύλο ως ιδιαίτερος παράγοντας επιλογής επαγγέλματος

Πολλές έρευνες παλαιότερων δεκαετιών συμπέραναν ότι οι γυναίκες τείνουν να επιλέγουν παραδοσιακά γυναικεία επαγγέλματα όπως αυτά της δασκάλας, της

νοσηλεύτριας και της γραμματέως (Berman, 1972; Frost and Diamond, 1979), νοσηλευτική κομμωτική και εργασία γραφείου (Furlong, 1986), η υπαλληλική, πωλήσεις και υπηρεσίες (Looker and Magee, 2000; Powers, and Wojtkiewicz, 2004).

Άλλες έρευνες εμφανίζουν τις γυναίκες να έχουν λιγότερες επαγγελματικές φιλοδοξίες σε σχέση με τους άντρες (Furlong, 1986; Kenkel and Gage, 1983; Looft, 1971a, 1971b; Phillips et al., 1995).

Ωστόσο σύμφωνα με πιο πρόσφατες έρευνες οι γυναίκες εμφανίζουν μια αυξημένη τάση να ακολουθούν παραδοσιακά αντρικά επαγγέλματα, ενώ δεν παρατηρείται ανάλογη τάση στους άντρες σε ότι αφορά την επιθυμία τους να ακολουθήσουν τα αντίστοιχα παραδοσιακά γυναικεία. (Alpert and Breen, 1989; Bobo et al., 1998; Davey and Stoppard, 1993; Francis, 2002; Wahl, and Blackhurst, 2000).

Η μεταστροφή στις επιλογές των γυναικών και η κατεύθυνση τους σε καλύτερα αμειβόμενες, υψηλότερου κύρους δουλειές αποδίδεται στο γυναικείο κίνημα των δεκαετιών του 1960 και 1970 (Shu and Marini, 1998) και στην μείωση των επαγγελματικών διακρίσεων ανάμεσα στα φύλα (Reskin, and Padavic, 1994). Λόγω της επιθυμίας τους να καταργήσουν της διαχωριστικές γραμμές ανάμεσα στα φύλα οι γυναίκες εισέρχονται σε επαγγέλματα κύρους (Furlong and Biggart, 1999).

Το γεγονός αυτό οδήγησε σε συχνά στο να αναπτυχθούν ισχυρότερες προσδοκίες και επαγγελματικές φιλοδοξίες στις γυναίκες (Andres et al., 1999; Apostol and Bilden, 1991; Conroy, 1998; Dunne et al., 1981; Mau and Bikos, 2000; Rojewski and Yang, 1997).

Η τάση αυτή φαίνεται να μην περιορίζεται από την φυλετική καταγωγή. Σε έρευνα (Reyes et al., 1999) σε Μεξικανο-Αμερικανούς εφήβους, τόσο οι άντρες, όσο

και οι γυναίκες της κοινότητας ενθαρρύνονται να ακολουθήσουν παραδοσιακά αντρικές επαγγελματικές επιλογές.

Είναι αξιοσημείωτο, ωστόσο, ότι σύμφωνα με την έρευνα, οι γυναίκες που επιθυμούν να ακολουθήσουν επαγγέλματα χαρακτηρισμένα ως αντρικά, έχουν συνήθως υψηλότερες ακαδημαϊκές επιδόσεις, υψηλότερες φιλοδοξίες και έναν σαφέστερο σχεδιασμό για το πώς θα επιτύχουν τους στόχους τους σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους.

3. Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ

3.1 Κριτήρια επιλογής ιατρικής ειδικότητας

Η ιατρική εκπαίδευση προϋποθέτει την ενασχόληση των φοιτητών με ένα μεγάλο εύρος ιατρικών ειδικοτήτων. Συχνά θεωρείται ότι οι φοιτητές κάνουν τις οριστικές επιλογές τους, ως προς την ειδικότητα που θα ακολουθήσουν, μετά το πέρας των σπουδών τους. Ωστόσο, τόσο οι νεοεισαχθέντες στις ιατρικές σχολές φοιτητές (Wright et al., 2004) όσο και οι υποψήφιοι των ιατρικών σχολών εμφανίζονται να έχουν ισχυρές προτιμήσεις για συγκεκριμένες ειδικότητες (McManus et al., 1996; Hutt et al., 1981; Zeldow et al, 1992)

Πολλές έρευνες έχουν επικεντρωθεί στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που οδηγούν σε συγκεκριμένες επαγγελματικές επιλογές (Saigal et al., 2007; Pawelczyk et al., 2007) ενώ έχουν γίνει συσχετίσεις των επιλογών και με συγκεκριμένους τύπους προσωπικότητας (Dorsey et al., 2005) .

Άλλες έρευνες εστιάζουν στις εμπειρίες του παρελθόντος και της παιδικής ηλικίας που εμφανίζονται να επηρεάζουν το άτομο στις επαγγελματικές αποφάσεις του (Paris and Frank, 1983; Crimlisk H and McManus, 1987) .

Τέλος έχουν μελετηθεί αρκετά και οι επαγγελματικές επιλογές συγκεκριμένων ομάδων όπως αυτές των γυναικών ιατρών (Dorsey et al., 2005) αλλά και η στάση των φοιτητών απέναντι σε συγκεκριμένες ειδικότητες όπως η ψυχιατρική (Feifel et al., 1999) και η αναισθησιολογία (Reeve, 1980; Parkhouse and Ellin, 1990).

3.1.1 Η προσωπικότητα ως κριτήριο επιλογής ιατρικής ειδικότητας

Είναι κοινώς παραδεκτό ότι η επιλογή ιατρικής ειδικότητας διαφοροποιεί σημαντικά τους ιατρούς, καθώς οι ιατρικές ειδικότητες διαφέρουν τόσο πολύ μεταξύ τους, που θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι αποτελούν εν δυνάμει “διαφορετικά επαγγέλματα”.

Ο Coombs σε έρευνα που πραγματοποίησε με ενδεδειγμένες συνεντεύξεις σε φοιτητές της ιατρικής, προσπάθησε να προσδιορίσει συγκεκριμένες χαρακτηριστικές δομές των ατόμων που τα οδηγούν στην επιλογή της μιας ή της άλλης ειδικότητας (Coombs, 1978; 1993).

Οι διαφορές στην προσωπικότητα των ιατρών που ασκούν διαφορετικές ειδικότητες έχουν μελετηθεί μόνο σποραδικά (Schwartz et al., 1994; Taylor, 1993) και αποδείχθηκαν τόσο υφιστάμενες όσο και ιδιαίτερα σημαντικές.

Άλλες έρευνες απέδειξαν με σαφήνεια ότι η δομή της προσωπικότητας του ατόμου αποτελεί προγνωστικό δείκτη για την ιατρική ειδικότητα που αυτό θα επιλέξει (Markert et al., 2008) ενώ άλλη έρευνα αποδεικνύει και πάλι την συσχέτιση της προσωπικότητας και της επιλεγόμενης από τον ιατρό ειδικότητας (Borges and Savickas, 2002).

Επιπρόσθετα, σειρά ερευνών κατέδειξε ότι το προφίλ της προσωπικότητας των νεοεισαχθέντων φοιτητών στις ιατρικές σχολές μπορεί να λειτουργήσει προγνωστικά ως προς την ειδικότητα που αυτοί θα επιλέξουν μετά το πέρας των σπουδών τους (Schumacher, 1963; Martini et al., 1994; Kassebaum et al., 1996; Mowbray and Davies, 1971; Gorenflo et al., 1994; Vaidya et al., 2004; Babbott et al., 1990).

3.1.2 Άλλοι παράγοντες ως κριτήρια επιλογής ιατρικής ειδικότητας

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 8128 τελειόφοιτους φοιτητές της ιατρικής σε πανεπιστήμια των Η.Π.Α (Kassebaum and Szenas, 1994) αποδείχθηκε ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή ιατρικής ειδικότητας από τους φοιτητές είναι το είδος των ιατρικών προβλημάτων και οι ασθενείς που κάθε ειδικότητα καλείται να αντιμετωπίσει ενώ η διάρκεια του χρόνου ειδίκευσης δεν φαίνεται να βαραίνει τόσο σημαντικά ως κριτήριο επιλογής ειδικότητας. Τέλος τα κριτήρια εκείνα που αφορούσαν στην επικοινωνία με τους ασθενείς φαίνεται να επηρεάζουν πολύ περισσότερο τους φοιτητές εκείνους που θα κατευθυνθούν στην γενική ιατρική απ' ότι τους φοιτητές που θα ακολουθήσουν άλλες ειδικότητες.

Σε μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από 1998 έως το 2004 (Newton, 2005), σε δύο αμερικανικά πανεπιστήμια και σε μεγάλο δείγμα φοιτητών ιατρικής αποδείχθηκε ότι οι δύο καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή ειδικότητας από τους φοιτητές είναι η ποιότητα ζωής και το εισόδημα που η κάθε ειδικότητα προσφέρει.

Η έρευνα διαπίστωσε την ύπαρξη σημαντικών διαφορών σε ότι αφορά τις αντιλήψεις των φοιτητών για τους δύο αυτούς καθοριστικούς παράγοντες σε κάθε ειδικότητα. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές εμφανίζονται να αξιολογούν διαφορετικά την επίδραση των δύο σε καθεμία ειδικότητα.

Ειδικότητες όπως η ακτινολογία αξιολογούνται ως ειδικότητες με υψηλή ποιότητα ζωής, ενώ ειδικότητες όπως η γυναικολογία-μαιευτική εμφανίζονται να προσφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής. Σε αντίθεση με άλλες έρευνες, οι ειδικότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας εμφανίζονται να προσφέρουν μια μεσαία προσδοκώμενη

ποιότητα ζωής από τους φοιτητές.

Σε ελληνική έρευνα (Stathtis, 2005), σε δείγμα 477 Ελλήνων ιατρών, καταδείχτηκε με σαφήνεια ότι οι ιατροί προτιμούν συγκεκριμένες ειδικότητες έναντι άλλων. Στην έρευνα επισημαίνεται ότι οι νέοι γιατροί αποφεύγουν ειδικότητες όπως η Γενική Ιατρική και η Ιατρική της Εργασίας, κυρίως επειδή δεν θεωρούνται επαρκώς “επιστημονικές” (52% των απαντήσεων) και επειδή αυτές δεν θεωρείται ότι εξασφαλίζουν ένα επαρκές εισόδημα (31% των απαντήσεων).

Η μειωμένη ελκυστικότητα της γενικής ιατρικής ως επιλογής, όχι πάντα για τους ίδιους λόγους, επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες του εξωτερικού (Khader et al., 2008; Pugno, 2001; Senf, 2003).

Στην ίδια έρευνα (Stathtis, 2005), σε ό,τι αφορά στο κριτήριο των αποδοχών που η ειδικότητα παρέχει, διαπιστώθηκε ότι οι ιατροί του χειρουργικού τομέα επηρεάστηκαν στην επιλογή της ειδικότητας από τις οικονομικές προσδοκίες τους σε στατιστικά σημαντικό βαθμό συγκριτικά με τους ιατρούς του παθολογικού, του εργαστηριακού και του ψυχιατρικού τομέα.

Τα συμπεράσματα της προηγούμενης έρευνας επιβεβαιώνονται και από άλλη ελληνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Έλληνες φοιτητές της ιατρικής (Dardavesis et al., 1991) στην οποία βρέθηκε ότι οι μεγάλες λίστες αναμονής για ειδικότητες με μεγάλο “κύρος” ωθούν τους νέους γιατρούς στην επιλογή ειδικοτήτων “λιγότερο επιθυμητών”.

Στην ίδια έρευνα ως κυριότερα κριτήρια επιλογής ειδικότητας από τους φοιτητές ιατρικής αξιολογήθηκαν κατά σειρά στατιστικής σημαντικότητας: οι υψηλότερες αποδοχές, η κοινωνική καταξίωση, το επιστημονικό ενδιαφέρον και ο χρόνος αναμονής

για την έναρξη της ειδίκευσης.

Από την άλλη μεριά παράγοντες όπως το φύλο, το πρότυπο του πανεπιστημιακού δασκάλου και η γεωγραφική περιοχή μελλοντικής διαμονής δεν φαίνονται να επηρεάζουν σημαντικά την επιλογή των φοιτητών.

Άλλη έρευνα έρευνα (Βαλσαματζής και συν., 1982) σε δείγμα τελειόφοιτων των ιατρικών σχολών έδειξε ότι τα κίνητρα τόσο για εκείνους που θα επέλεγαν παθολογικές ειδικότητες, όσο και για εκείνους που θα επέλεγαν χειρουργικές ειδικότητες ήταν το επιστημονικό ενδιαφέρον και οι οικονομικές απολαβές από την κάθε ειδικότητα.

Επιπρόσθετα, νεότερη έρευνα (Φακιολάς, 2000) που μελέτησε την επιλογή της ιατρικής ειδικότητας στην Ελλάδα, πραγματοποίησε έρευνα σε 60 νοσοκομεία της χώρας με δείγμα 561 ειδικευόμενους ιατρούς και έδειξε ότι οι ιατροί που επέλεξαν παθολογικές ειδικότητες επηρεάστηκαν στην επιλογή τους από προσωπικούς-επιστημονικούς λόγους, αλλά και από τρίτα άτομα, οι ιατροί του χειρουργικού τομέα επηρεάστηκαν από προσωπικούς-επιστημονικούς λόγους και τους πανεπιστημιακούς καθηγητές τους, οι ιατροί εκείνοι που επέλεξαν εργαστηριακές ειδικότητες εμφανίζονται να επηρεάστηκαν από προσωπικές επιλογές και από το θέμα της αποφυγής της μακροχρόνιας αναμονής, ενώ οι ιατροί του ψυχιατρικού τομέα φαίνεται να επηρεάστηκαν κυρίως από τις προσωπικές επιλογές τους.

Τέλος, σε άλλη ελληνική έρευνα (Καλαματιανού, 1993) σε πρωτοετείς και τελειόφοιτους φοιτητές της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, διαπιστώνεται ότι το επιστημονικό ενδιαφέρον για την ειδικότητα, ο μικρός χρόνος αναμονής μέχρι την έναρξη αυτής, η ζήτηση στην αγορά εργασίας και οι υψηλές αποδοχές αξιολογήθηκαν ως πολύ σημαντικά ή σημαντικά κριτήρια για την επιλογή ειδικότητας από τους

φοιτητές.

3.1.3 Το φύλο ως κριτήριο επιλογής ειδικότητας

Ικανός αριθμός ερευνητών έχει επισημάνει την σημασία του φύλου ως ιδιαίτερου παράγοντα που επηρεάζει την επιλογή ειδικότητας από τους νέους ιατρούς. Αμερικανική έρευνα (Mayer et al., 2001) επισημαίνει την ιδιαίτερα μικρή προτίμηση των γυναικών στην ειδικότητα της γενικής χειρουργικής.

Πιο συγκεκριμένα επισημαίνεται ότι κατά τα έτη 1995 και 1996, μόνο το 15.1 και 15.8% αντίστοιχα των νέων ειδικευθέντων στις Η.Π.Α χειρουργών ήταν γυναίκες. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να ανευρεθούν οι λόγοι που μπορεί να επηρεάσουν θετικά μια γυναίκα προκειμένου αυτή να επιλέξει να ειδικευτεί στην γενική χειρουργική.

Αποδείχτηκε η ιδιαίτερη σημασία που έχει για τις γυναίκες η ύπαρξη κάποιου μέντορα-καθηγητή του ίδιου φύλου με αυτές, η οποία θα λειτουργούσε ως πρότυπο και ενθαρρυντικά για αυτές, προκειμένου να ακολουθήσουν την ειδικότητα της γενικής χειρουργικής.

Το προαναφερθέν συμπέρασμα σχετικά με την ιδιαίτερη σημασία των προτύπων στην επιλογή της χειρουργικής ειδικότητας, έρχεται να επιβεβαιωθεί και από νεότερη αμερικανική έρευνα (Sanfey et al., 2006) στην οποία επισημαίνεται ότι ποσοστό της τάξεως του 35% των γυναικών (σε αντίθεση με το 3% των αντρών, $P < .001$) αποθαρρύνονται από το να ακολουθήσουν χειρουργική ειδίκευση, λόγω της έλλειψης γυναικών-προτύπων που να ασκούν την χειρουργική.

Στην ίδια έρευνα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ένα εύρημα ανάμεσα στους φοιτητές εκείνους που δεν επιλέγουν να ακολουθήσουν την χειρουργική ως ειδικότητα.

Σε ποσοστά 85% στις γυναίκες και 58% στους άντρες ($P=.01$ για τους άντρες και $P<.001$ για τις γυναίκες αντίστοιχα) δηλώνουν ότι η επιλογή τους επηρεάστηκε από την επιθυμία τους να κάνουν οικογένεια.

Η ιδιαίτερη προτίμηση των αντρών στις χειρουργικές ειδικότητες αποδεικνύεται και σε άλλη σύγχρονη βρετανική έρευνα (Fysh et al., 2007) η οποία έγινε σε 300 πρωτοετείς φοιτητές της ιατρικής. Βρέθηκε ότι παρά το γεγονός ότι οι άντρες φοιτητές αποτελούν μόνο το 38% του συνόλου, τα 2/3 αυτών θέλουν να ακολουθήσουν χειρουργικές ειδικότητες, σε αντίθεση με τις γυναίκες συναδέλφους τους η οποίες εμφανίζονται να προτιμούν την γενική ιατρική και την παιδιατρική.

Σε πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές ιατρικής στην Ιορδανία (Khader et al., 2008) καταδεικνύεται διαφορά στις προτιμήσεις των φύλων σε κάποιες ειδικότητες. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες εμφανίζονται να δείχνουν αυξημένη προτίμηση σε ειδικότητες όπως η παιδιατρική και η γυναικολογία και σημαντικά μειωμένη προτίμηση στην χειρουργική.

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Dorsey et al., 2005; Egerton, 1983; McCord et al., 2007). Στην ίδια έρευνα οι γυναίκες εμφανίζονται να έχουν μια περισσότερο ιδεαλιστική προσέγγιση για την άσκηση της ιατρικής σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους ενώ παράλληλα φαίνεται να επηρεάζονται λιγότερο από την προοπτική του καλύτερου εισοδήματος ή του κύρους που κάποια ειδικότητα θα τους προσφέρει.

4. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

4.1 Το ψυχολογικό προφίλ των ιατρών

Είναι κοινά αποδεκτό και αποδεδειγμένο ότι η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος συνδέεται με σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση και stress. Επιπρόσθετα οι υψηλές προσδοκίες τόσο της κοινωνίας όσο και των ίδιων των ιατρών από την επαγγελματική τους δραστηριότητα προσθέτουν ακόμη περισσότερο ψυχολογικό βάρος σε αυτούς (Reuben, 1983; Firth-Cozens, 1997).

4.1.1 Ιατροί και γενική ψυχική νοσηρότητα

Ερευνά από την Κίνα (LI Yong-xin et al., 2005) που έγινε σε 133 ιατρούς με ερωτηματολόγια General Health Questionnaire (GHQ-12) and Essence Personality Questionnaire (EPQ-RSC) καταδεικνύει ότι ο επιπολασμός της ψυχικής νοσηρότητας στους ιατρούς ανέρχεται σε 35,3% ενώ αυτή συνδέεται στενά με τη δομή της προσωπικότητάς τους. Η ερευνά καταλήγει στην επισήμανση ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην αυξημένη τάση του ιατρικού πληθυσμού να αναπτύσσει ψυχικές νόσους.

Ενδιαφέροντα είναι και τα ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης των άρθρων που μελετούν τη θνησιμότητα εξαιτίας αυτοκτονιών σε ιατρούς, ανάλογα με το φύλο τους και σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Lindeman et al, 1996). Διαπιστώθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος για τους άνδρες ιατρούς κυμαινόταν μεταξύ 1,1–3,4, ενώ για τις γυναίκες ιατρούς μεταξύ 2,5–5,7, όταν συγκρινόταν με το γενικό πληθυσμό. Όταν μέτρο σύγκρισης ήταν άλλοι επαγγελματίες, ο σχετικός κίνδυνος για

τους άνδρες ιατρούς κυμαινόταν από 1,5–3,8, ενώ για τις γυναίκες ιατρούς μεταξύ 3,7–4,5. Η συστηματική ανασκόπηση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το ποσοστό των αυτοκτονιών των γιατρών είναι μεγαλύτερο τόσο εν συγκρίσει με τον γενικό πληθυσμό, όσο και αν αυτό συγκριθεί με άλλες επαγγελματικές ομάδες.

4.1.2 Επιπολασμός των αυτοκτονιών στους ιατρούς

Έρευνες στις Η.Π.Α έχουν δείξει με σαφήνεια ότι τα ποσοστά των αυτοκτονιών είναι υψηλότερα στους ιατρούς σε σχέση με τα ποσοστά σε άλλα επαγγέλματα και τον γενικό πληθυσμό. (Blachly et al., 1968; Rose and Rosov, 1972; Steppacher & Mauser, 1974).

Σε μια έρευνα από την Καλιφόρνια όπου ανασκοπούνται όλα τα πιστοποιητικά θανάτου καταδεικνύεται ότι ο επιπολασμός των αυτοκτονιών στους γιατρούς είναι 79/100000, αριθμός σημαντικά υψηλότερος απ' ό τι στους δικηγόρους και τους αρχιτέκτονες που είναι 54/100000 και 50/100000 αντίστοιχα. Στην ίδια έρευνα, ο επιπολασμός των αυτοκτονιών των ιατρών φαίνεται να είναι διπλάσιος από αυτόν του γενικού πληθυσμού (Rose and Rosov, 1972).

Το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών ανάμεσα στους ιατρούς σε σχέση με άλλους επαγγελματίες επιβεβαιώνεται και από βρετανική έρευνα στην οποία τονίζεται το ακόμα υψηλότερο ποσοστό των αυτοκτονιών ανάμεσα στους ιατρούς που δεν γεννήθηκαν στην Μεγάλη Βρετανία (Richings, 1986).

Σε βρετανική έρευνα (Caplan et al., 1994) στους εργαζομένους του εθνικού συστήματος υγείας της χώρας οι γενικοί ιατροί εμφανίζονται να έχουν υψηλότερα

ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού από τους υπολοίπους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων του εθνικού συστήματος υγείας της Μ. Βρετανίας. (36 (14%) έναντι 3 (5%); $P=0.04$).

Οι μόνες άλλες δύο καταστάσεις στις οποίες οι γιατροί εμφανίζονται να έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι η ακούσια δηλητηρίαση και η κίρρωση του ήπατος (Rucinski and Cybulska, 1985).

Σε αμερικανική έρευνα (Smith et al., 1986) που πραγματοποιήθηκε σε ειδικευμένους παθολογίας, με ερωτηματολόγια που απεστάλησαν στους διευθυντές της εκπαίδευσης τους διαπιστώθηκε ότι το 0.9% των ειδικευομένων παθολογίας είχαν αιτηθεί αναρρωτικής άδειας για ψυχολογικούς λόγους με τις γυναίκες να εμφανίζουν διπλάσιο ποσοστό από τους άντρες συναδέλφους τους.

Το μεγαλύτερο μέρος αυτών εμφανίζονται να ανέρρωσαν πλήρως, το 79% αυτών συνέχισαν την ιατρική ειδίκευση ενώ ποσοστό 10% εγκατέλειψε πλήρως την ιατρική. Ακόμα ποσοστό 2% των όσων αιτήθηκαν άδεια πραγματοποίησε επιτυχημένη αυτοκτονία ενώ 3% αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει ανεπιτυχώς.

4.1.3 Ιατροί και κατάχρηση αλκοόλ και χημικών ουσιών

Η κατάχρηση ουσιών από τους ιατρούς εμφανίζεται να είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που επηρεάζει όλους τους τομείς της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Έρευνες στις οποίες το αλκοόλ συμπεριλήφθηκε στις ουσίες των οποίων γίνεται κατάχρηση έδειξαν ότι ένα 10%–14% των ιατρών μπορεί να γίνουν ουσιοεξαρτημένοι σε κάποια στιγμή της σταδιοδρομίας τους (Herrington, 1979; Farley, 1983; 1992; Bissell and Jones, 1976). Όταν το αλκοόλ αποκλείστηκε από τις εκτιμήσεις αυτές τότε η

εξάρτηση από τις υπόλοιπες ουσίες βρέθηκε να ανέρχεται στο 1% με 2% (Herrington, 1979; Domenighetti et al., 1991; Gravenstein et al., 1983; Ward et al., 1983; Ward, 1992).

Ωστόσο η ουσιοεξάρτηση δεν φαίνεται να είναι ισομερώς κατανομημένη ανάμεσα στις διάφορες ιατρικές ειδικότητες. Συγκεκριμένα οι έρευνες συντείνουν στο γεγονός ότι η ουσιοεξάρτηση είναι πολύ πιο συχνή ανάμεσα στους αναισθησιολόγους (Ward et al., 1983; Talbott et al., 1987). Για παράδειγμα, ενώ οι αναισθησιολόγοι εκπροσωπούσαν μόλις το 3% του ιατρικού πληθυσμού των Η.Π.Α το 1983, το 13% των ιατρών που θεραπεύτηκαν για ουσιοεξάρτηση την ίδια χρονική περίοδο, ήταν αναισθησιολόγοι (Talbott et al., 1987).

Ακόμα αυξημένη ανησυχία προκαλεί η ελεγχόμενη χρήση ναρκωτικών ουσιών, καθώς αυτές εμφανίζονται να έχουν τις περισσότερες επιπλοκές κατά τα πρώτα χρόνια της καριέρας των ιατρών.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε (Alexander et al., 2000) αναφέρεται ότι η περισσότεροι θάνατοι που αποδίδονται σε κατάχρηση ουσιών ανάμεσα σε αναισθησιολόγους συμβαίνουν τα 5 πρώτα χρόνια μετά την αποφοίτηση από την ιατρική σχολή. Ιδωμένο από άλλη σκοπιά επισημαίνεται ότι οι θάνατοι που οφείλονται σε κατάχρηση ουσιών, οδηγούν σε απώλεια πάνω από 2000 ετών ζωής για τους αναισθησιολόγους κάτω των 65 ετών (Alexander et al., 2000).

Επιχειρώντας να εξηγήσουν το φαινόμενο αυτό έρευνες (Gallegos et al., 1988; Lecky et al., 1986) επισημαίνουν την επαγγελματική έκθεση και την εύκολη πρόσβαση που έχουν οι συγκεκριμένοι ιατροί στα οπιοειδή και στα ψυχοτρόπα φάρμακα, γεγονός που μάλλον εξηγεί την υπεραντιπροσώπηση τους στην ουσιοεξάρτηση.

Άλλη έρευνα που διεχρήθη σε μεγάλο δείγμα Αμερικανών ιατρών (Hughes et al., 1992) διαπιστώνει η κατάχρηση παράνομων ουσιών και ναρκωτικών όπως η κοκαΐνη και η ηρωίνη, ανάμεσα στους ιατρούς είναι ίδια ή και λιγότερη σε σχέση με τους ηλικιακά και φυλετικά ομολόγους τους, από τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο η ίδια έρευνα επισημαίνει ότι είναι πιο συχνή στον ιατρικό κόσμο η χρήση αλκοόλ και συνταγογραφούμενων φαρμάκων–οπιοειδών και βεζοδιαζεπινών.

Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα αναφέρονται ότι λαμβάνονταν για αυτοθεραπεία ενώ το αλκοόλ ως μέσο αναψυχής.

Από την άλλη μεριά, σε έρευνα που έγινε σε 500 ιατρούς, 510 φαρμακοποιούς, και 974 φοιτητές δεν ανευρέθηκαν διαφορές ως προς την χρήση του αλκοόλ ανάμεσα στους ιατρούς και τις άλλες επαγγελματικές ομάδες.

Επίσης δεν εμφανίζεται να υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στην χρήση αλκοόλ ανάμεσα στους ιατρούς των διαφόρων ειδικοτήτων. Ωστόσο, μελετώντας και πάλι την χρήση του αλκοόλ, παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις σε ότι αφορά το φύλο και την ηλικία των ιατρών, με τους άντρες και τις μεγαλύτερες ηλικίες να εμφανίζουν σημαντικά πιο αυξημένη χρήση σε σχέση με τις γυναίκες και τους νεότερους ιατρούς (McAuliffe et al., 1991).

4.1.4 Ιατροί και κατάθλιψη

Μεγάλος αριθμός ερευνών μελέτησε τον επιπολασμό της κατάθλιψης στους ιατρούς και η συντριπτική πλειοψηφία της διεθνούς βιβλιογραφίας συντείνει στην διαπίστωση ότι τα καταθλιπτικά φαινόμενα είναι σημαντικά περισσότερα στον ιατρικό κόσμο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Σε σουηδική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές του 1 του 3 και του 6 έτους των ιατρικών σπουδών (Dahlin et al., 2005) τα ευρήματα ήταν αποκαλυπτικά. Ο επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους φοιτητές ήταν 12.9%, πολύ υψηλότερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού, Ο επιπολασμός στις γυναίκες φοιτήτριες ήταν 16.1%, ενώ στους άντρες 8.1%. Ένα ποσοστό της τάξεως του εμφανίζεται στο παρελθόν να έχει κάνει κάποια απόπειρα αυτοκτονίας.

Στην ίδια έρευνα οι φοιτητές του πρώτου έτους εμφανίζονται να υφίστανται την μεγαλύτερη πίεση και οι γυναίκες συνολικά φαίνεται να βιώνουν μεγαλύτερο άγχος σε όλη την διάρκεια των σπουδών τους.

Ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα έρευνας (Reuben, 1985) που μελετά τον επιπολασμό της κατάθλιψης σε ιατρούς σε διάφορες φάσεις της ειδίκευσής τους. Από τους 737 ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα ο επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ανήλθε στο ποσοστό του 21.4%, ποσοστό παρόμοιο με αυτό που εμφανίζεται στον γενικό πληθυσμό.

Ωστόσο αξιοσημείωτη είναι η διαστρωμάτωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αν ομαδοποιηθούν οι ιατροί σε σχέση με το έτος και το στάδιο της ειδίκευσής τους. Έτσι στους ειδικευόμενους που βρίσκονται στο πρώτο έτος της ειδίκευσής τους, τα καταθλιπτικά συμπτώματα ανέρχονται στο 28.7%. Τα ίδια εμφανίζονται να έχουν πτωτική τάση σε κάθε περαιτέρω έτος ειδίκευσης.

Το ποσοστό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ειδικευόμενους του πρώτου έτους της ειδίκευσής τους η οποίοι βρίσκονται στην φάση της εκπαίδευσής τους στις κλινικές και τους θαλάμους των ασθενών εμφανίζεται να είναι 34.8% .

Παρόμοιο ποσοστό καταθλιπτικών συμπτωμάτων (33%) εμφανίζουν οι

ειδικευόμενοι του πρώτου και του δεύτερου έτους της ειδικότητας, όταν αυτοί εκπαιδεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Τα προαναφερθέντα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες που δείχνουν με σαφήνεια ότι σχεδόν το 30% των ιατρών κατά το πρώτο έτος μετά την λήψη του πτυχίου τους, εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, ποσοστό που όμως μειώνεται τα επόμενα έτη και όσο εξελίσσεται η επαγγελματική τους σταδιοδρομία (Reuben, 1983; Firth-Cozens, 1997).

Η επίδραση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ιδιαίτερος του άγχους στην επαγγελματική απόδοση των ιατρών μελετήθηκε σε βάθος. Πιο συγκεκριμένα σε δείγμα 225 ιατρών οι 82 από αυτούς δήλωσαν ότι το άγχος επέδρασε αρνητικά στο επίπεδο της παρερχόμενης από αυτούς φροντίδας. Το 7% του δείγματος ανέφερε την πραγματοποίηση σοβαρών λαθών ως απόρροια του άγχους και της πίεσης που υφίσταντο. Ένα ποσοστό 5% του δείγματος απέδωσε την μειωμένη παροχή φροντίδας στην κατάχρηση αλκοόλ. (Firth-Cozens and Greenhalgh, 1997)

Από την άλλη μεριά, υπάρχουν ερευνητικές εργασίες στις οποίες δεν τεκμηριώνονται υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στους ιατρούς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ή άλλες επαγγελματικές ομάδες (Frank and Dingle, 1999; Center et al., 2003).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας (Hsu and Marshall, 1987) οι γυναίκες ιατροί είναι 1,5 φορά πιθανότερο να εμφανίσουν κατάθλιψη και 8 φορές πιθανότερο να παρουσιάσουν σοβαρή κατάθλιψη σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους, εύρημα το οποίο αντικατοπτρίζει, βέβαια, την αποδεδειγμένα υψηλότερη επίπτωση της κατάθλιψης στο γυναικείο πληθυσμό.

Αποτελέσματα άλλων ερευνών, επισημαίνουν, την ιδιαίτερη ψυχολογική πίεση

που υφίστανται οι ιατροί κατά την μετάβαση τους από το στάδιο του ειδικευόμενου σε εκείνο του ειδικού, ως επιμελητή σε νοσοκομείο αλλά και κατά την έναρξη του ιδιωτικού επαγγέλματος (Firth-Cozens, 1997)

Σε έρευνα (Caplan et al., 1994) που πραγματοποιήθηκε σε 524 εργαζομένους του εθνικού συστήματος υγείας της Μ. Βρετανίας (NHS) οι γενικοί ιατροί εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίζουν κατάθλιψη σε σχέση με το διοικητικό προσωπικό του συστήματος (69 (27%) γενικοί ιατροί έναντι 4 (6%) διοικητικών είχαν συνολική βαθμολογία ≥ 8 στην κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης, $P=0.004$) ενώ παρόμοια εμφανίζονται τα ποσοστά των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των γενικών ιατρών με αυτά των ιατρών των άλλων ειδικοτήτων.

4.1.5 Το αίσθημα της ντροπής στους ιατρούς

Αναφέρεται ότι οι ιατροί είναι πολύ ευάλωτοι στο αίσθημα της ντροπής. Αυτό αποδίδεται στην τελειομανία η οποία εμφανίζεται να αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό όσων επιλέγουν να ασκήσουν το ιατρικό επάγγελμα. Επιπλέον, η χρήση της ταπείνωσης ως τιμωρίας κατά τη διάρκεια της ιατρικής εκπαίδευσης φαίνεται να συμβάλει περαιτέρω στην αυξημένη ευαισθησία των γιατρών στο αίσθημα της ντροπής (Davidoff, 2002).

Η ντροπή ως συναίσθημα εμπεριέχει τόσο την αυτοαξιολόγηση του ατόμου όσο και τις κοινωνικές εμπειρίες αυτού. Πιο συγκεκριμένα, από τη μια πλευρά, εμπεριέχει την αξιολόγηση του ατόμου για τον εαυτό του που παράγει συναισθήματα όπως αυτά της κατωτερότητας και της ανεπάρκειας (Tangney et al., 2007; Tracy & Robins, 2004)

και από την άλλη πλευρά εμπεριέχει την αίσθηση του ατόμου ότι αξιολογείται αρνητικά από τους άλλους (Gilbert, 1997; Lewis, 2003).

Οι δύο προαναφερόμενες πτυχές συνδέονται με την εσωτερική και την εξωτερική ντροπή αντίστοιχα. Στην εσωτερική ντροπή το άτομο βιώνει τον εαυτό ως ανεπαρκή, ως αποτέλεσμα της εστίασης του προς τα μέσα, ενώ η εξωτερική ντροπή εμφανίζεται όταν το άτομο εστιάζει προς τα έξω σε σχέση με το τί σκέφτονται οι άλλοι γι' αυτόν (Gilbert, 2003; Gilbert & Irons, 2008).

Τόσο η εξωτερική όσο και η εσωτερική ντροπή έχουν συσχετισθεί με την ανάπτυξη και τη συντήρηση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε ενήλικες, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την κατάθλιψη (Kim et al., 2011) και το άγχος (Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Pinto-Gouveia & Matos, 2011).

Η σχέση της ντροπής και της ενοχής με την οργή και την επιθετικότητα έχει αποδειχθεί τόσο στο γενικό πληθυσμό (Tangney et al., 1992) όσο και σε προβληματικά οικογενειακά περιβάλλοντα (Hoglund & Nicholas, 1995; Stuewig & McCloskey, 2005).

Επιπλέον, η ντροπή έχει συνδεθεί επίσης με το άγχος διάρρηξης των προσωπικών σχέσεων και την αποφυγή σύναψης αυτών (Tangney et al., 1992).

Ακόμη πρέπει να επισημανθεί ότι σειρά ερευνών συνδέουν το άγχος σύναψης σχέσεων και την αποφυγή αυτών έχουν με γενικότερες δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων (Horowitz et al., 1993) και με την επιθετικότητα (Mikulincer & Shaver, 2004; Mikulincer & Shaver, 2001).

4.1.6 Αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων από τους πάσχοντες ιατρούς

Σε ομοφωνία του Αμερικανικού Ιδρύματος για την Αποτροπή των Αυτοκτονιών επισημαίνεται η ιδιαίτερη δυσχέρεια που έχουν οι ιατροί στην αντιμετώπιση των ψυχικών τους νοσημάτων. Παρά τις σαφείς ενδείξεις για την ύπαρξη αυξημένων φαινομένων διαταραχών διάθεσης και αυτοκτονιών ανάμεσα στους ιατρούς δεν δίνεται προτεραιότητα στην αντιμετώπιση τους.

Η ψυχική νόσος είναι ταμπού για τον ιατρικό κόσμο και υποθεραπεύεται, καθώς οι γιατροί που “στιγματίζονται” ως ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζουν διακρίσεις στην άσκηση του επαγγέλματος, στα ενδεχόμενα επαγγελματικά προνόμια τους και συνολικά στην επαγγελματική τους εξέλιξη (Center et al, 2003).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η διαπίστωση ότι το κλινικό έργο των ιατρών που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα διατηρείται σε σχετικά αποδεκτά επίπεδα, και αυτοί εμφανίζουν ικανοποιητική επαγγελματική λειτουργικότητα.

Το φαινόμενο αυτό ερμηνεύεται από την άποψη ότι οι ιατροί που αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα αφιερώνουν το σύνολο της προσπάθειάς τους στη διατήρηση του επαγγελματικού τους ρόλου, ενώ η εξάντλησή τους εκδηλώνεται σε όλες τις υπόλοιπες εκτός εργασίας δραστηριότητες και λειτουργίες (Arelick et al, 2007).

5. ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΗΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

5.1 Η επιλογή ειδικότητας γενικά

Όπως επισημάνθηκε και παραπάνω η επιλογή ειδικότητας από τους ιατρούς είναι μια θεμελιώδης απόφαση που τους διαφοροποιεί σε πολύ μεγάλο βαθμό και καθορίζει αποφασιστικά την επαγγελματική σταδιοδρομία τους.

Οι μεγάλες διαφορές ανάμεσα σε ειδικότητες όπως η χειρουργική, η γενική ιατρική, η ακτινολογία και η παιδιατρική, τόσο στην αμιγώς επαγγελματική δράση τους όσο και στον πολύ διαφορετικό τρόπο ζωής των λειτουργών τους, εδράζουν πάνω σε διαφορετικά γνωρίσματα, κίνητρα και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όσων επιλέγουν να τις ασκήσουν (Zeldow et al, 1990,1992; Zeldow & Daugherty, 1991; Wasserman et al, 1969; Schumacher, 1963; Yufit et al., 1969; Kassebaum and Szenas, 1994; Kassebaum et al.1996; Martini et al., 1994; Mowbray & Davies, 1971; Gorenflo et al.,1994; Vaidya et al. 2004; Siegman et al., 1987; Sliwa et. al 1994).

5.1.1 Η επιλογή της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής

Διάφορες έρευνες επιχείρησαν να εξετάσουν τους ιδιαίτερους λόγους που οδηγούν έναν νέο γιατρό στην επιλογή της μιας ή της άλλης ειδικότητας. Σειρά μελετών διερευνά διεξοδικά την επιλογή της γενικής ιατρικής τόσο από την σκοπιά των κοινωνικο-οικονομικού υπόβαθρου των ιατρών που την επιλέγουν, όσο και των ιδιαίτερων ψυχολογικών χαρακτηριστικών και στόχων που αυτοί έχουν.

Σε αμερικάνικη μελέτη (Senf et al., 2001) στην οποία ανασκοπήθηκαν 36 άρθρα που αφορούν στην επιλογή της ειδικότητας της γενικής ιατρικής, διαπιστώνεται ότι η

καταγωγή κάποιου από αγροτική περιοχή σχετίζεται θετικά με την επιλογή της γενικής ιατρικής.

Διαπιστώνεται ακόμη η σαφής αρνητική συσχέτιση της υψηλότερης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης με την επιλογή της ειδίκευσης στην γενική ιατρική. Επισημαίνεται, ότι, η φιλοδοξίες των νέων κατά την εισαγωγή τους στις ιατρικές σχολές, αποτελούν προγνωστικό δείκτη για τις μελλοντικές επιλογές τους. Οι φοιτητές εκείνοι οι οποίοι εμφανίζονται να πιστεύουν στην αξία της πρωτοβάθμιας φροντίδας, έχουν χαμηλές εισοδηματικές προσδοκίες και δεν επιθυμούν να ασχοληθούν με την έρευνα είναι αυτοί που συνηθέστερα θα ειδικευτούν στην γενική-οικογενειακή ιατρική.

Στην ίδια μεγάλη ανασκοπική έρευνα επισημαίνεται ότι σημαντικό ρόλο στην επιλογή της γενικής ιατρικής έχουν τα πρότυπα-καθηγητές με τα οποία ο φοιτητής θα έρθει σε επαφή στην διάρκεια της πανεπιστημιακής του ζωής, ενώ σημαντικά θετική φαίνεται να είναι η αξία προγραμμάτων “προσέλκυσης” φοιτητών στην ειδικότητα της γενικής-οικογενειακής ιατρικής.

Συνολικά οι φοιτητές που απορρίπτουν την επιλογής αυτής της ειδικότητας αναφέρουν ως κύριους λόγους το μικρότερο κύρος και το χαμηλότερο εισόδημα που αυτή προσφέρει, ενώ εκφράζουν ανησυχία για το μεγάλο γνωστικό εύρος που αυτή απαιτεί.

Σε άλλη πρόσφατη μεγάλη έρευνα που διεξήχθη σε δείγμα 1,299 φοιτητών ιατρικής 5 ιατρικών σχολών της Βάδης-Βυτεμβέργης στην Γερμανία (Kiolbassa et al., 2011) η οποία εστιάζει στο έλλειμμα γιατρών στην χώρα και στη ιδιαίτερη έλλειψη των γενικών ιατρών, αναδεικνύει σημαντικές διαφορές των φοιτητών που επιλέγουν την γενική ιατρική σε όλες τις αξιακές υποκλίμακες της έρευνας.

Πιο συγκεκριμένα επισημαίνεται ότι η “ισορροπία εργασίας-προσωπικής ζωής”, η “προσωπικές φιλοδοξίες” και η “σχέση με τους ασθενείς” αναδεικνύονται από τους υποψήφιους μελλοντικούς γενικούς γιατρούς, ως οι 3 σημαντικότεροι παράγοντες που επηρέασαν την επιλογή τους.

Αντίθετα οι “επαγγελματικές φιλοδοξίες” και η “μελλοντική εξέλιξη” δεν φαίνεται να τους απασχολούν τόσο, ευρήματα τα οποία έρχονται σε αντίθεση με αυτά των υπολοίπων συναδέλφων τους που επιθυμούν να ακολουθήσουν άλλες ειδικότητες και οι οποίοι εμφανίζονται να αξιολογούν τα τελευταία ως πολύ σημαντικά.

Άλλη έρευνα από τον Καναδά επισημαίνει ότι οι φοιτητές που επιλέγουν την γενική ιατρική τείνουν να έχουν μεγαλύτερη κοινωνική ευαισθησία σε σχέση με τους συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων (Wright et al., 2004)

Σε τούρκικη έρευνα (Dikici et al., 2008) επισημαίνεται το μειωμένο ενδιαφέρον των πρωτοετών φοιτητών της ιατρικής για την ειδίκευση τους στην γενική ιατρική.

Οι περισσότεροι από αυτούς εμφανίζονται να θέλουν να ειδικευτούν σε νοσοκομείο- κεντρικές ειδικότητες. Η ανωτέρω παρατήρηση, σε σχέση με την συνολικά μειωμένη ελκυστικότητα της γενικής-οικογενειακής ιατρικής φαίνεται να επιβεβαιώνεται από πλήθος άλλων ερευνών (Aydin et al, 2005; Buddeberg-Fischer et al, 2006; Huda and Yousuf, 2006; Haq et al., 2002).

Στην ίδια έρευνα από την Τουρκία δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο και την επιλογή της γενικής ιατρικής –γεγονός που επιβεβαιώνεται και από αντίστοιχη ελβετική έρευνα (Buddeberg-Fischer et al, 2006)- ενώ ως κυριότεροι λόγοι προτίμησης της ειδικότητας παρουσιάζονται η μικρή διάρκεια ειδίκευσης και το περιορισμένο κόστος που αυτή έχει για την οργάνωση και λειτουργία ενός ιδιωτικού

ιατρού.

Σε έρευνα που έγινε για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ιατρών και πώς αυτά επηρεάζουν την ειδικότητα που αυτοί επιλέγουν βρέθηκε ότι οι γενικοί ιατροί συγκρινόμενοι με άλλους συναδέλφους εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά νευρωτισμού ($P < 0.03$). Το παραπάνω εύρημα μεταφράζεται, στην προκείμενη έρευνα, σε χαμηλότερα ποσοστά αρνητικών συναισθημάτων (φόβου, ντροπής, οργής) και σε μικρότερα ποσοστά εκδήλωσης καταθλιπτικών συναισθημάτων, άγχους και επιθετικότητας που οι ίδιοι βιώνουν (Maron et al., 2007)

Ακόμα στην ίδια έρευνα οι φοιτητές που επιλέγουν την γενική ιατρική εμφανίζονται να σημειώνουν υψηλότερα αποτελέσματα στις κλίμακες της τερπνότητας (αλτρουισμός, εμπιστοσύνη, αμεσότητα, σεμνότητα) και της ευσυνειδησίας (πειθαρχία, οργάνωση, σχεδιασμός) σε σχέση με τους συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων, χωρίς ωστόσο αυτές οι τελευταίες διαφορές να εμφανίζουν υψηλή στατιστική σημαντικότητα. ($P = 0.1$).

Με ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρατηρούνται τα αποτελέσματα αρκετά πρόσφατης ελληνικής μελέτης (Mariolis et al, 2007) στην οποία επισημαίνεται ότι η επιλογή της ειδίκευσης στην Γενική Ιατρική δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλής ανάμεσα στους Έλληνες φοιτητές της ιατρικής καθώς μόνο 44 από τα 1021 (4.3%) άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα εμφανίζονται να έχουν την Γενική Ιατρική ως μια από τις επιλογές για την μελλοντική ειδίκευση τους. Το κυριότερο κίνητρο γι' αυτή την επιλογή εμφανίζεται να είναι η εγγυημένη επαγγελματική αποκατάσταση που προσφέρει η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Από την άλλη πλευρά δημοφιλέστερες ειδικότητες στην προκείμενη έρευνα φαίνονται να είναι η Γενική Χειρουργική (10.9%), ακολουθούμενη από την

Καρδιολογία (9.6%), την Ενδοκρινολογία (8.7%) και την Μαιευτική-Γυναικολογία (8.3%).

5.1.2 Η επιλογή της ειδικότητας της Χειρουργικής

Η αυξημένη επιθετικότητα ως στοιχείο της προσωπικότητας των χειρουργών έχει αποδειχτεί από πρόσφατη έρευνα (Bellodi, 2004). Η πρακτική εφαρμογή των επιστημονικών γνώσεων, η κυρίως ενδονοσοκομειακή εργασία, το κύρος της ειδικότητας ανάμεσα στις άλλες ιατρικές ειδικότητες αλλά και η δυνατότητα ηγεσίας είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που οδηγούν στην συγκεκριμένη επιλογή ειδικότητας, όπως επισημάνθηκε από πολλούς ερευνητές (Bruhn and Parsons, 1964, 1965; Mowbray and Davis, 1971).

Έρευνα που έγινε σε 1000 χειρουργούς και 1000 ιατρούς άλλων ειδικοτήτων η οποία χρησιμοποίησε μεταξύ άλλων τα γνωστά εργαλεία αξιολόγησης της προσωπικότητας Eysenck personality dimensions και Budner's Intolerance of Ambiguity scale οι χειρουργοί βρέθηκαν να είναι σημαντικά πιο εξωστρεφείς ($P < 0.001$) και λιγότερο νευρωτικοί ($P < 0.001$) σε σχέση με τους υπόλοιπους ιατρούς του δείγματος. Ακόμα οι ίδιοι βρέθηκε να έχουν σημαντικά μικρότερη ανοχή στην αβεβαιότητα ($P = 0.007$) σε σχέση με τους συναδέλφους του (McCulloch P. et al., 2005).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 408 φοιτητές από 16 ιατρικές σχολές αμερικανικών πανεπιστημίων (Cochran et al., 2005) καταδείχθηκε ότι οι φοιτητές εκείνοι που επιλέγουν να ειδικευθούν στην χειρουργική, δεν αποτρέπονται από τον μεγάλο φόρτο εργασίας κατά την πραγματοποίηση της ειδικότητας, ούτε από τις

δυσκολίες που οι ειδικότητα επιφέρει στην προσωπική ζωή. Οι ίδιοι αξιολογούν την “καταλληλότητα της προσωπικότητας” και την καθοδήγηση από κάποιον μέντορα ως θεμελιώδεις για την επιλογή της όποιας ειδικότητας.

Σε έρευνα της οποίας μέρος των ευρημάτων παρατέθηκαν και ανωτέρω (Maron et al., 2007) στην οποία μελετάται η εξέλιξη και πορεία Αμερικάνων φοιτητών της ιατρικής κατά την φοίτησή τους και μετά την επιλογή ειδικότητας διαπιστώνεται ότι οι φοιτητές εκείνοι που επιλέγουν την ειδίκευση της χειρουργικής εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά στην κλίμακα της “ειλικρίνειας” σε σχέση με τους συναδέλφους τους ($P = 0.06$). Χαρακτηριστικά όπως η επαφή με τα συναισθήματα, η επιστημονική περιέργεια, η ανεξαρτησία της σκέψης, η φαντασία αποτελούν κομμάτια αυτής της κλίμακας στην εν λόγω μελέτη.

Σειρά άλλων ερευνών (Zeldow et al, 1990,1992; Zeldow & Daugherty, 1991) έρχονται να επιβεβαιώσουν την υπόθεση ότι υπάρχει σαφής συσχέτιση της προσωπικότητας και του συνολικού ψυχολογικού προφίλ του ατόμου και της ειδικότητας της χειρουργικής που αυτό τελικά θα επιλέξει.

Τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών επιβεβαιώνουν την στερεοτυπική εικόνα που υπάρχει στο ευρύ κοινό σε σχέση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που αποδίδονται στους ιατρούς που επιλέγουν να ειδικευτούν στην χειρουργική. Έτσι χαρακτηριστικά όπως η επιθετικότητα, η κυριαρχικότητα και οι μειωμένες αναστολές που θεωρούνται απαραίτητα για την άσκηση της εν λόγω ειδικότητας, φαίνεται να υπάρχουν σε αυξημένο βαθμό στους χειρουργούς. (Yufit et al., 1969; Coombs, 1993; Gordin et al., 1991; Schwartz et al.,1994)

Ως αντίλογος όλων των παραπάνω παρουσιάζεται έρευνα (Maron et al., 2007) η

οποία δεν επιβεβαιώνει τα συμπεράσματα που προαναφέρθηκαν. Πιο συγκεκριμένα σε διαχρονική μελέτη που περιγράφει την εξέλιξη των πρωτοετών φοιτητών της ιατρικής στις Η.Π.Α, δεν ανευρίσκονται διαφορές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των πρωτοετών φοιτητών που επιλέγουν τελικά να γίνουν χειρουργοί. Τα ευρήματα αυτά αποδίδονται στην πλειάδα των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την επιλογή των φοιτητών, όπως η καταγωγή, οι εμπειρίες και τα γεγονότα που συμβαίνουν κατά την φοιτητική ζωή του ατόμου (Zeldow et al., 1990; Vaidya et al., 2004).

5.1.3 Η επιλογή της ειδικότητας της Αναισθησιολογίας

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει εκτεταμένη Νορβηγική έρευνα (Kluger M. T. et al., 1999) που συνέκρινε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας 222 ειδικών αναισθησιολόγων, 75 ειδικευόμενων αναισθησιολογίας και 67 ειδικών ιατρών άλλων ειδικοτήτων ενώ τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν και με αυτά της ευρύτερης κοινότητας. Οι ειδικοί αναισθησιολόγοι εμφανίζονται στην εν λόγω έρευνα να είναι περισσότερο συνεργάσιμοι, αποφευκτικοί, εσωστρεφείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ακόμη, εμφανίζονται λιγότερο πρωτοπόροι, επίμονοι και εξαρτημένοι από την επιβράβευση σε σχέση με την κοινότητα.

Επιπρόσθετα, οι υπόλοιποι ιατροί εμφανίζονται πιο συνεργάσιμοι από τους αναισθησιολόγους και συνεπακόλουθα και από τον γενικό πληθυσμό. Οι ειδικευόμενοι αναισθησιολόγοι εμφανίζονται να δείχνουν μεγαλύτερη διάθεση για καινοτομία και φαίνεται να ενδιαφέρονται περισσότερο για την επιβράβευση από τους ειδικούς αναισθησιολόγους, χαρακτηριστικά τα οποία εμφανίζουν άμεση συσχέτιση με την ηλικία τους.

Στην ίδια πάντα έρευνα διαταραχές προσωπικότητας εντοπίστηκαν σε 9% των ειδικών Αναισθησιολόγων, 10% των ειδικευομένων και 2% των άλλων ιατρών.

Σε άλλη διαχρονική μελέτη (Maron et al., 2007) οι φοιτητές της ιατρικής που αποφάσισαν τελικά να ειδικευτούν στην αναισθησιολογία εμφανίζονται να σημειώνουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα αποτελέσματα σε ότι αφορά την ανταγωνιστικότητα τους, την αυτοπειθαρχία, την οργανωτικότητα, την τάξη και το αίσθημα του καθήκοντος σε σχέση με τους συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων ($P = 0.01$).

Μια άλλη οπτική στο θέμα παρουσιάζεται από ινδική μελέτη στην οποία χρησιμοποιήθηκε η ευρέως διαδεδομένη κλίμακα αυτό-αξιολόγησης της ιδιοσυγκρασίας και της προσωπικότητας TCI-125.

Η έρευνα επιχείρησε να εκτίμησει το βαθμό έκθεσης στο άγχος των αναισθησιολόγων και να συγκρίνει χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αυτών και των χειρουργών, καθώς οι δύο ειδικότητες εκ των πραγμάτων έχουν στενό επαγγελματικό δεσμό και συνυπάρχουν στον ίδιο χώρο κατά την άσκηση του έργου τους. Συγκρίθηκαν στοιχεία της προσωπικότητας όπως η επιμονή, η εσωστρέφεια, το πνεύμα συνεργασίας, η ανάγκη για ανταμοιβή, το αίσθημα υπεροχής, η αποφυγή και η διάθεση για καινοτομία, ωστόσο δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ειδικότητες (Mitra et al, 2003).

5.1.4 Η επιλογή της ειδικότητας της Παθολογίας

Σε διαχρονική Αμερικανική έρευνα, ευρήματα της οποίας σχολιάστηκαν ήδη (Maron et al., 2007), βρέθηκε ότι οι φοιτητές εκείνοι οι οποίοι επιλέγουν να ειδικευτούν στη παθολογία σημειώνουν σημαντικότερα υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες που

μετρούν τον αλτρουισμό, την μετριοφροσύνη, την ευθύτητα, την συμμόρφωση και την εμπιστοσύνη σε σχέση με συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων ($P = 0.05$).

Μεγάλη σύγχρονη έρευνα (Warschcow et al., 2010) που πραγματοποιήθηκε σε τριτοβάθμιο δημόσιο νοσοκομείο, εξέτασε την ισχύ των στερεοτύπων που επικρατούν για την προσωπικότητα των παθολόγων και των χειρουργών. Χρησιμοποιώντας το Freiburg Personality Inventory (FPI) την πιο διαδεδομένη κλίμακα αυτοαξιολόγησης στην Γερμανία, βρέθηκε, με μεγάλη στατιστική σημαντικότητα, ότι οι παθολόγοι εμφανίζουν μικρότερη επιθετικότητα ($P = .00012$) ενώ οι χειρουργοί εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερη προσήλωση στους στόχους ($P = .00005$) και εξωστρέφεια ($P < .00001$).

Στην ίδια έρευνα το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου κλήθηκε να αξιολογήσει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των δυο ειδικοτήτων και βρέθηκε να επιβεβαιώνει τα προϋπάρχοντα στερεότυπα. Οι παθολόγοι χαρακτηρίστηκαν ως πιο ισορροπημένοι και κοινωνικά προσανατολισμένοι ενώ στους χειρουργούς αποδόθηκαν χαρακτηριστικά όπως πιο έντονοι, ευέξαπτοι, επιθετικοί και με λιγότερες αναστολές.

Άλλη Αμερικανική έρευνα που διεξήχθη σε ειδικευόμενους της παθολογίας επισημαίνει την ιδιαίτερη επαγγελματική τους εξουθένωση η οποία οδηγεί σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως είναι αναμενόμενο, στη μείωση της απαιτούμενης φροντίδας των ασθενών από μέρος τους (Shanafelt et al., 2002).

Σε έτερη αμερικανική έρευνα σε ειδικευόμενους παθολογίας στην Mayo clinic του Rochester ερευνήθηκε το αίσθημα της ευημερίας τους αλλά και η ενσυναίσθηση που αυτοί έχουν. Σε ότι αφορά το αίσθημα της ευημερίας αυτό βρέθηκε να είναι αντίστοιχο με τον γενικό πληθυσμό ενώ ο βαθμός της ενσυναίσθησης των ειδικευομένων παθολόγων ήταν παρόμοιος με αυτόν των ειδικευμένων άλλων

ειδικοτήτων. (Tait et al., 2005).

5.1.5 Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του φύλου στην επιλογή ειδικότητας

Οι σημαντικές διαφορές της προσωπικότητας των αντρών και των γυναικών φοιτητών της ιατρικής έχουν μελετηθεί και επισημανθεί σε παλαιότερη έρευνα. (Gordin et al., 1991).

Νεότερα δεδομένα (Maron et al., 2007) έρχονται να επιβεβαιώσουν την παραπάνω υπόθεση. Οι γυναίκες εμφανίζονται να σημειώνουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά σχεδόν σε όλα τα υπό μελέτη ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες της παραπάνω έρευνας, ανεξάρτητα από την ειδικότητα τους, εμφανίζονται να έχουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες εξωστρέφειας ($P < 0.02$), ειλικρίνειας ($P < 0.02$), ευγένειας ($P < 0.02$) και ευσυνειδησίας ($P < 0.05$). Στην ίδια έρευνα δεν ανευρίσκονται σημαντικές διαφορές, ανάμεσα δύο φύλα, στην κλίμακα του νευρωτισμού που εν προκειμένω περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως το άγχος, το καταθλιπτικό συναίσθημα, η επιθετικότητα και ο φόβος.

Σε άλλη συγχρονική μελέτη που συγκρίνει τον αλτρουισμό ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας φοιτητών οι γυναίκες-φοιτήτριες της ιατρικής του δείγματος φαίνεται να εμφανίζουν έχουν υψηλότερα ποσοστά αλτρουισμού σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους (Coulter et al., 2007).

Ενδιαφέροντα, σε σχέση με την διαφορετική ψυχολογία των φύλων στην ίδια ειδικότητα, είναι τα ευρήματα μεγάλης βρετανικής έρευνας (Cooper et al., 1989). Σε

δείγμα 1817 γενικών ιατρών που δουλεύουν στο εθνικό σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας, βρέθηκε ότι οι γυναίκες γενικοί ιατροί εμφανίζονται να έχουν σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από την εργασία τους, ενώ εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερη ψυχολογική σταθερότητα και ευρωστία σε σχέση με το δείγμα ελέγχου της έρευνας.

Από την άλλη μεριά οι άντρες συνάδελφοί τους, της ίδιας ειδικότητας εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και μικρότερη εργασιακή ικανοποίηση σε σχέση με το δείγμα ελέγχου. Ακόμα οι ίδιοι παρουσιάζονται να κάνουν συχνότερα κατάχρηση αλκοόλ.

Σε ελβετική έρευνα που μελετά φοιτητές ιατρικής και την επιρροή που ασκεί το φύλο και η προσωπικότητα στον σχεδιασμό της επαγγελματικής σταδιοδρομίας τους (Buddeberg-Fischer et al., 2003), οι γυναίκες φοιτήτριες συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η αλληλεγγύη, η ενσυναίσθηση, η οικογενειακή υπευθυνότητα και η επαγγελματική ασφάλεια.

Από την άλλη μεριά οι άντρες εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά σε χαρακτηριστικά όπως η ανεξαρτησία, η αποφασιστικότητα, η αυτοπεποίθηση και η επιθυμία για υψηλότερο εισόδημα και κύρος. Οι φοιτήτριες φαίνεται να έχουν αποφασίσει νωρίτερα για την ειδικότητα που θα επιλέξουν ($p = .02$) και εμφανίζονται να έχουν προχωρήσει περισσότερο με την συγγραφή της πτυχιακής τους εργασίας ($p = 0.04$).

Στην κορυφή των προτιμήσεων τους για την ειδικότητα που θα ακολουθήσουν είναι η παθολογία, ακολουθούμενη από την παιδιατρική, την γυναικολογία και την γενική ιατρική. Το φαινόμενο αυτό εξηγείται εύκολα από το εύρημα που τις δείχνει να

προτιμούν με σαφήνεια ιατρικά πεδία που τους εξασφαλίζουν στενή επαφή με τους ασθενείς ($p < 0.01$).

Οι άντρες, από την άλλη μεριά, δείχνουν προτίμηση σε ειδικότητες που απαιτείται η χρήση εργαλείων και οργάνων υψηλής τεχνολογίας ($p < .001$). Η χειρουργική καταλαμβάνει την πρώτη θέση στις επιλογές τους. Η αναισθησιολογία, η παθολογία και η γενική ιατρική είναι μερικές από τις επόμενες κορυφαίες επιλογές των αντρών φοιτητών στην προκείμενη έρευνα.

Οι αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης αποκαλύπτουν ότι εκτός από το γυναικείο φύλο, τα ιατρικά πεδία που απαιτούν την χρήση εργαλείων αλλά και τα εξωγενή κίνητρα για σταδιοδρομία προβλέπουν υψηλή ακαδημαϊκή επαγγελματική πορεία. Ακόμα σύμφωνα με τις ίδιες αναλύσεις η αυτοπεποίθηση και τα εσωτερικά κίνητρα είναι προγνωστικοί δείκτες για την ειδικότητα που κανείς θα επιλέξει.

Ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε Αμερικανίδες ιατρούς η οποία μελετά το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης τους. Γενικά οι γυναίκες του δείγματος σε ποσοστό 84% εμφανίζονται απόλυτα ή σχεδόν απόλυτα ικανοποιημένες. Ωστόσο αξιοσημείωτο είναι ότι το 31% του δείγματος δεν θα επέλεγε να ξαναγίνουν ιατροί ενώ το 38% θα επέλεγε αν μπορούσε μια άλλη ειδικότητα (Frank et. al., 1999).

Άλλη αμερικανική έρευνα (McMurray et al., 2000) έρχεται να διαπιστώσει ότι οι γυναίκες ιατροί – σε σύγκριση με τους άντρες συναδέλφους τους- τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένες με την ειδικότητα τους τις σχέσεις τους με τους ασθενείς και τους συνεργάτες τους ($P < .05$), ωστόσο εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένες με τον βαθμό αυτονομίας τους, την σχέση τους με την κοινότητα, τις αμοιβές τους και την

υλικοτεχνική υποδομή που τους παρέχεται ($P < .05$).

Οι γυναίκες ιατροί φαίνεται να παρακολουθούν περισσότερες γυναίκες ασθενείς και ασθενείς με σύνθετα ψυχο-κοινωνικά προβλήματα σε σχέση με τους άντρες ιατρούς. Τα ποσοστά στην παρακολούθηση σύνθετων ιατρικών περιπτώσεων γενικής φύσεως, εμφανίζονται να είναι ίδια και στα δύο φύλα.

Επιπρόσθετα, οι γυναίκες ιατροί σε ποσοστό 36% δηλώνουν ότι χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να παρέχουν ποιοτικές ιατρικές υπηρεσίες στους νέους ασθενείς τους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών ιατρών, που εξέφρασαν την ίδια ανάγκη ήταν 21% ($P < .01$).

Επιπλέον, οι ίδιες εμφανίζονται να έχουν μειωμένο έλεγχο του όγκου της εργασίας τους, των παραπομπών ασθενών σε σχέση με τους άντρες της μελέτης ($P < .01$). Το δε συνολικό τους εισόδημα εμφανίζεται κατά μέσο όρο 22,000\$ λιγότερο. Ακόμα στη ίδια έρευνα οι γυναίκες, εμφανίζονται να βιώνουν 1.6 φορές μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση, σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους ($P < .05$), ενώ η πιθανότητα της εξουθένωσης τους αυξάνει κατά 12% με 15% για κάθε 5 ώρες πέραν των 40 που αυτές εργάζονται ($P < .05$).

Το ποσοστό των γυναικών ιατρών που υπέφεραν από επαγγελματική εξουθένωση ανέρχεται στο 40% στις γυναίκες εκείνες που είχαν μικρά παιδιά και ελλειμματική υποστήριξη από τον σύντροφό τους στην διαχείριση των θεμάτων του σπιτιού.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία να αφορούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ιατρών στην Ελλάδα, και τη σχέση τους τόσο με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές όσο και με ψυχολογικές-οικογενειακές παραμέτρους καθώς και η σχετική απουσία ερευνητικών ποσοτικών δεδομένων, διεθνώς, αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η ανάγνωση πλευρών της προσωπικότητας των ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (προσωπικότητα, ναρκισσισμός, αλτρουισμός, ψυχοπαθολογία και οικογενειακό περιβάλλον) σε ειδικούς και ειδικευόμενους ιατρούς πέντε ειδικοτήτων (γενική ιατρική, παθολογία, μικροβιολογία, χειρουργική αναισθησιολογία)

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

1. Η επιλογή ειδικότητας συνδέεται με διαφορετικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν στην εργασία αυτή,
2. Οι άνδρες διαφοροποιούνται από τις γυναίκες ιατρούς ως προς τα ψυχομετρικά

χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν στην εργασία αυτή.

3. Οι ειδικευόμενοι ιατροί διαφέρουν από τους ειδικούς ως προς τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν στην εργασία αυτή.

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα διδακτορική διατριβή πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της υποτροφίας που χορηγήθηκε στον ερευνητή, μετά την αριστεία του κατά την ολοκλήρωση του Μεταπτυχιακού Πρόγραμματος Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον Οκτώβριο του 2009 έως τον Οκτώβριο του 2011.

Η συλλογή των δεδομένων υλοποιήθηκε από το Φεβρουάριο έως το Μάιο του 2013. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν ειδικοί και ειδικευόμενοι ιατροί πέντε ειδικοτήτων (Γενική Ιατρική, Παθολογία, Χειρουργική, Αναισθησιολογία και Εργαστηριακή Ιατρική όπως αυτή αντιπροσωπεύεται από τις ειδικότητες της Μικροβιολογίας και της Παθολογοανατομίας). Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας η διαδικασία της δειγματοληψίας σχεδιάστηκε με γνώμονα τη συλλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος στα πλαίσια του φυσικών περιορισμών που ορίζονται από το μέγεθος του δείγματος αλλά και από το χρονικό διάστημα που διατέθηκε για τη συλλογή του. Α priori ανάλυση ισχύος (a priori power analysis) διενεργήθηκε για να καθοριστεί το μέγεθος του δείγματος. Εντοπίστηκε και καταγράφηκε το σύνολο των πρωτοβάθμιων, δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων δομών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα στην Ελληνική Επικράτεια. Συνολικά ο αριθμός των ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών στις επιλεγμένες ειδικότητες φτάνει τους 14.242. Γι

διαστημα εμπιστοσύνης 95% και περιθώριο σφάλματος 4%, υπολογίστηκε ότι ένα δείγμα 576 συμμετεχόντων θα ήταν επαρκές.

Λόγω των πρακτικών δυσκολιών να διανεμηθούν τα ερευνητικά ερωτηματολόγια παντού, έγινε τυχαία επιλογή δομών και στα τρία επίπεδα τους και σε κάθε γεωγραφικό διαμέρισμα της Ελλάδας. Στη συνέχεια ο ερευνητής ήρθε σε επικοινωνία με τους υποψήφιους συμμετέχοντες στην έρευνα.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν:

1. Τα άτομα να είναι ειδικευόμενοι ή ειδικοί σε μια από τις παραπάνω ειδικότητες και να εργάζονται σε δημόσιους υγειονομικούς σχηματισμούς και φορείς.
2. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.

Μετά από προσωπική επικοινωνία του ερευνητή με πιθανούς συμμετέχοντες 650 ερωτηματολόγια μοιραστήκαν σε τυχαίο δείγμα 300 ειδικών ιατρών και 350 ειδικευομένων σε όλη την Ελλάδα.

Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα έπαιρνε ο ερευνητής με τον επιβλέποντα καθηγητή της παρούσας μελέτης.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό αυτής και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιούργησε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη η διαδικασία τη διεκπεραίωσε από τα ίδια άτομα, με αποτέλεσμα τη μείωση των πιθανοτήτων διαρροής πληροφοριών διασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό ένα πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Η αποστολή των ερωτηματολογίων έγινε μετά από τηλεφωνική συνεννόηση με

τους συμμετέχοντες. Σε περιπτώσεις όπου οι συμμετέχοντες κατοικούσαν σε περιοχές όπου ο ερευνητής δεν μπορούσε να παραδώσει ο ίδιος τα ερωτηματολόγια, η αποστολή του ερωτηματολογίου έγινε μέσω ταχυδρομείου.

2.1 Δείγμα

Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν ανώνυμα και ιδιωτικά, ενώ από αυτά επεστράφησαν πλήρως απαντημένα – και κατ' επέκταση - χρησιμοποιηθήκαν στην ερευνά ήταν συνολικά 539, 253 ερωτηματολόγια ειδικών και 286 ειδικευομένων ιατρών. Το μέγεθος του δείγματος επιτρέπει περιθώριο σφάλματος (margin of error) 4.1%. Το ποσοστό απαντητικότητας στην παρούσα έρευνα ήταν 82.92% το οποίο αποτελεί ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό απαντητικότητας για ποσοτική έρευνα.

2.2 Εργαλεία μέτρησης

2.2.1 Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed and Jackson, 1979)

Για την μέτρηση της διάστασης του Αλτρουισμού χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, 1979) οι οποίοι ανέπτυξαν την κλίμακα “αποδοχής της πρόνοιας”. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά δηλώσεις τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως), που περιγράφουν την αλτρουιστική συμπεριφορά (προσαρμοσμένη στα ελληνικά, με βάση την υποκλίμακα του αλτρουισμού όπως αυτή αποτυπώνεται στο ερωτηματολόγιο των Ahmed and Jackson, 1979) και ζητά από τους ερωτώμενους να

δηλώσουν τον βαθμό στο οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις επτά ερωτήσεις, με τις υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού (Ahmed and Jackson, 1979). Ο δείκτης Cronbach's του ερωτηματολογίου στο ελληνικό δείγμα είναι .70.

2.2.2 Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας - Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin and Hall, 1979)

Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από τους Raskin and Hall το 1979, με σκοπό τη μελέτη των ατομικών διαφορών στο ναρκισσισμό ως σταθερού χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, με βάση την απουσία της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας κατά DSM-III (Raskin and Terry, 1988). Στην αρχική του μορφή το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 ζεύγη προτάσεων αναγκαστικής επιλογής, όπου από κάθε ζεύγος δυνατών απαντήσεων σε κάθε ερώτηση το άτομο επιλέγει εκείνη τη φράση που περιγράφει καλύτερα τον εαυτό του. Μπορούν, επίσης, οι προτάσεις να ενταχθούν σε επτά παράγοντες (εξουσιαστικότητα, αυτάρκεια, υπεροχή, επιδειξιομανία, τάση για εκμετάλλευση, ματαιοδοξία, απαιτητικότητα) (Σταλίκας και συν., 2002). Στην ελληνική εκδοχή, μετά από επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων, απομακρύνθηκαν 10 ζεύγη προτάσεων έτσι ώστε η τελική μορφή του NPI να περιλαμβάνει 30 ζεύγη (Κοκκώση, Βασιλαματζής, Αναγωστόπουλος and Μαρκίδης, 1998).

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται ευρέως σε έρευνες στην Ελλάδα και στο

εξωτερικό καθώς παρουσιάζει σημαντικές συσχετίσεις με τις κλίμακες NPDS (Narcissistic Personality Disorder Scale) και του ερωτηματολογίου προσωπικότητας (MMPI) (Morey et al, 1985). Στην κωδικοποίηση των απαντήσεων και τη βαθμολόγησή τους από τους ερευνητές η επιλογή από το άτομο εκείνης της εναλλακτικής εκ των δύο σε κάθε ζεύγος προτάσεων ερωτημάτων, που υποδηλώνει την παρουσία στο άτομο του χαρακτηριστικού της ναρκισσιστικής προσωπικότητας, βαθμολογείται με 1 ενώ η επιλογή της άλλης εναλλακτικής, που αποτελεί ένδειξη της απουσίας του, βαθμολογείται με 0 (Κοκκώση και συν, 1998). Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών στις προτάσεις που υποδηλώνουν την παρουσία του χαρακτηριστικού της ναρκισσιστικής προσωπικότητας και λαμβάνει τιμές από 0 έως 30. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha για όλο το ερωτηματολόγιο των 40 ζευγών προτάσεων βρέθηκε ίσος με .85. Στην Ελλάδα έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί η ύπαρξη ενός κοινού, γενικού παράγοντα ναρκισσισμού και όχι η ύπαρξη των επτά επιμέρους παραγόντων ναρκισσισμού (επ' αυτού βρίσκεται σε εξέλιξη ανάλυση δεδομένων από δείγμα 943 φοιτητών)(Κοκκώση και συν., 1998).

2.2.3 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert and Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή

και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert and Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's $\alpha = 0,96$) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Ο δείκτης Cronbach's α του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι .87. Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert et al., 1996; Gilbert and Miles, 2000; Gilbert et al., 2003b; Benn et al., 2005).

2.2.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian and Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την

κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al., 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney and Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι .92 (Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα .93. Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002).

2.2.5 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

2.2.6 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine et al., 1967)

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η

εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou and Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και άτομα που ντράπηκαν (Drosos et al., 1989; Sifneos, 1986).

2.2.7 Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αναπτύχθηκε από τους Brennan, Clark και Shaver (1998), με στόχο τη μέτρηση των τύπων δεσμού στους ενήλικους σύμφωνα με 2 διαστάσεις: ασφάλεια-αποφυγή και άγχος εγκατάλειψης. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις και αξιολογούν αυτές τις 2 διαστάσεις 4 τύπων δεσμού (δηλ. ασφαλής, φοβικός, εμμονής και απορριπτικός). Οι εξεταζόμενοι καλούνται να δηλώσουν την αντιπροσωπευτικότητα κάθε πρότασης για τους ίδιους σε μια 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως). Η βαθμολόγηση της ΚΒΔΣ πραγματοποιείται με την αντιστροφή των ερωτήσεων εκείνων που είναι αρνητικά διατυπωμένες και το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις που απαρτίζουν κάθε διάσταση, δίνοντας 2 δείκτες. Ο δείκτης Cronbach's alpha για την αποφυγή είναι 0,85, ενώ για την εμμονή 0,79. Παρουσιάζει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και στην Ελληνική εκδοχή της, καθώς και υψηλές συσχετίσεις με άλλες κλίμακες διαπροσωπικών σχέσεων (Kafetsios, 2002; Σταλίκας και συν., 2002).

2.2.8 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil and Rainwater, 1998).

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil και Rainwater το 1998, και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried and D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil and Rainwater, 1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως "υπερβολικά" (5). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain

subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκορ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι .845. Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνια πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williams et al, 2005; Hirsh et al, 2007; Lightsey et al., in press).

2.2.9 Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)

Η αισιοδοξία θα μετρηθεί με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier and Carver 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lyraeos et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή (Scheier et al. 1994). Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό

αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας (Lyraeos et al., 2009).

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Στην συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε ένα βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου (Scheier et al. 1994). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν .716. (Lyraeos et al., 2009).

2.2.10 Τεστ προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire)

Το EPQ προσαρμόστηκε στα Ελληνικά από τον Δημητρίου Ε. (1977). Αποτελείται από 84 ερωτήσεις που βρίσκονται σε τυχαίες θέσεις αλλά και συγκροτούν 4 ομάδες οι οποίες καταμετρούν :

1. η πρώτη ομάδα, από 19 ερωτήσεις, το βαθμό εξωστρέφειας (E)
2. η δεύτερη ομάδα, από 22 ερωτήσεις, το βαθμό νευρωτισμού (N)
3. η τρίτη ομάδα, από 24 ερωτήσεις, το βαθμό ψυχωτισμού (P)
4. η τέταρτη ομάδα, από 19 ερωτήσεις, το βαθμό ψεύδους (L)

Οι όροι νευρωτισμός και ψυχωτισμός ομοιάζουν με ψυχιατρικούς, οι Eysenck H. και Eysenck S. (1975) όμως τόνιζαν ότι “ασχολούνται αποκλειστικά με φυσιολογικές

μορφές συμπεριφοράς, με μεταβλητές της προσωπικότητας που χαρακτηρίζουν μορφές συμπεριφοράς. Μόνο σε ακραίες περιπτώσεις οι μορφές αυτές γίνονται παθολογικές”.

Η διευκρίνηση αυτή υπενθυμίζει την άποψη του Bergeret (1974) που χρησιμοποιεί επίσης τις έννοιες αυτές ως “δομικές κατηγορίες” της συγκρότησης της προσωπικότητας.

Τα κύρια χαρακτηριστικά των 4 διαστάσεων της προσωπικότητας που εξετάζει το EPQ είναι :

1. *Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια*. Ο “τυπικός” εξωστρεφής είναι κοινωνικός, ανοιχτόκαρδος, ομιλητικός, με έντονη επιθυμία για συγκινήσεις και δρα αμέσως και είναι παρορμητικός. Είναι ανέμελος, αισιόδοξος, του αρέσουν οι διασκεδάσεις. Δεν μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματά του και δεν είναι πάντα αξιόπιστος. Ο “τυπικός” εσωστρεφής έχει την τάση να προγραμματίζει και δεν εμπιστεύεται τις παρορμήσεις της στιγμής. Ελέγχει τα συναισθήματά του και δε χάνει την αυτοκυριαρχία του. Αποδίδει σημασία στις ηθικές αξίες και είναι αξιόπιστος (Eysenck H., 1965)

2. *Νευρωτισμός*. Η διάσταση αυτή αναφέρεται στη γενική συναισθηματική αστάθεια του ατόμου και στην τάση του να αναπτύσσει νευρωσική συμπτωματολογία κάτω από συνθήκες στρες (Eysenck H. 1959). Τα άτομα με υψηλές τιμές νευρωτισμού στεναχωριούνται εύκολα, είναι θλιμμένα και παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις που τα εμποδίζουν στη φυσιολογική τους προσαρμογή (Eysenck H., Eysenck S, 1975)

3. *Ψυχωτισμός*. Τα άτομα με υψηλές τιμές ψυχωτισμού είναι μοναχικά, ψύχραιμα απρόσωπα, εχθρικά και επιθετικά, αγενή, ασεβή, απείθαρχα και απροσάρμοστα, δεν βοηθούν τους άλλους (Eysenck S, Eysenck H, 1972, Eysenck H, Eysenck S., 1975)

4. *Ψεύδος*. Διερευνά και μετρά τη διάθεση του ατόμου για προσποίηση που είναι ένας σταθερός παράγοντας της προσωπικότητας υποδηλώνοντας κάποιο βαθμό κοινωνικής αφέλειας (Δημητρίου Ε. 1977).

Το ΕΡQ όπως προσαρμόστηκε από τον Δημητρίου Ε. (1977) στον ελληνικό πληθυσμό έχει πολλά πλεονεκτήματα μεταξύ των οποίων είναι η απλότητα των ερωτήσεων που δεν απαιτούν ιδιαίτερες γραμματικές γνώσεις για να απαντηθούν και ο μικρός χρόνος που απαιτείται για αν συμπληρωθεί.

2.2.11 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε και ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία).

2.3 Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων

Αρχικά, υπολογίστηκαν οι συχνότητες (frequencies), οι μέσοι όροι (means) και οι τυπικές αποκλίσεις (standard deviations) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σε κάθε κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα ώστε να γίνει λεπτομερής περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες των συμμετεχόντων ιατρών. Για τη σύγκριση των μεταβλητών ως προς το φύλο και την εμπειρία (ειδικός ή ειδικευόμενος ιατρός) χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t-test, καθώς οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών σύμφωνα με τα tests Kolmogorov-

Smirnov και των Shapiro-Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι η υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006). Για τις περιπτώσεις των μεταβλητών που είχαμε απομακρύνσεις από την κανονικότητα (σε καμία μεταβλητή δεν παρατηρήθηκε μεγάλη παραβίαση της κανονικότητας) προχωρήσαμε τη στατιστική ανάλυση μια και είχαμε μεγάλα σύνολα δεδομένων (δηλαδή $n=539 > 300$), όπου σύμφωνα με τον Δαφέρμο (2005) είναι αδύνατο να βρούμε δεδομένα μεγάλου μεγέθους που να είναι ακριβώς κανονικά κατανεμημένα.

Για τη σύγκριση των μεταβλητών ως προς την ειδικότητα που αποτελεί μεταβλητή με παραπάνω από δυο κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση ANOVA και post – hoc test (με την τεχνική Bonferroni) για να δούμε πού οφείλονται οι όποιες διαφορές.

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου και Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005)

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι < 5 , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι < 1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι > 24 (Παπαϊωάννου και Φερεντίνος, 2000).
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι > 10 (Παπαϊωάννου και Φερεντίνος, 2000).

➤ το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ 5 και 10 (Παπαϊωάννου και Φερεντίνος, 2000).

Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbomand Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Τέλος, έγινε συσχέτιση των παραγόντων με πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης (multiple regression analysis). Για περαιτέρω διερεύνηση των συσχετίσεων που προέκυψαν από τις αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης, έγινε και ανάλυση ρύθμισης (moderation analysis) ακολουθώντας τα βήματα που προτείνουν οι Baron και Kenny (1986)

Οι διαφορές (p) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$). Στις περιπτώσεις που χρειάστηκε να θεωρηθούν σημαντικές σε άλλο επίπεδο σημαντικότητας αναφέρεται αναλυτικά και με ευκρίνεια. Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών, τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών, καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS, version 20 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

2.4. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

2.4.1. Αξιοπιστία ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach για τις εξεταβόμενες μεταβλητές

Ερωτηματολόγιο	Cronbach α
OAS	.680
LOTR	.376
SCL - 90	.955
HDHQ	.757
Altruism	.614
ECRI	.688
Κλίμακα αποφυγής	.647
Κλίμακα άγχους	.846
FPQ	.943
NPI	.432
ESS	.911
EPQ	.660
Εξωστρέφεια- εσωστρέφεια	.710
Νευρωτισμός	.696

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια

μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, γεγονός που συμφωνεί και με προηγούμενες μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας των OAS, ESS – 25 και HDHQ θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Goss et al., 1994 and Andrews et al., 2002). Ως πιθανή εξαίρεση σημειώνεται το ερωτηματολόγιο του Αλτρουισμού στο οποίο ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μικρότερος από το 0.7 που έχει αναφερθεί σε ελληνικό δείγμα και το NPI στο οποίο έχει αναφερθεί συντελεστής αξιοπιστίας .85 ενώ στην παρούσα έρευνα υπολογίστηκε ίσο με 0.504.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Περιγραφή των ερωτώμενων

Το δείγμα αποτελούταν από 539 ερωτώμενους. Από τους 539 συνολικά ερωτώμενους, οι 259 ήταν άνδρες ενώ οι 280 γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων είναι 38,75 έτη με τυπική απόκλιση 7 χρόνια και 9 μήνες, ενώ δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά στη μέση ηλικία ανδρών και γυναικών (γυναίκες : 38.99 έτη / άνδρες : 38.5 έτη). Το 62.5% των ερωτώμενων (63.3% των ανδρών και 61.8% των γυναικών) είναι έγγαμοι (τριακόσιοι τριάντα επτά ερωτώμενοι), το 29.7% άγαμοι (εκατόν εξήντα ερωτώμενοι), τριάντα πέντε διαζευγμένοι (6.5%) και επτά χήροι (1.3%).

3.2 Κατανομή ανά ειδικότητα, με βάση το φύλο και τον τόπο καταγωγής

Η κατανομή των ερωτώμενων ιατρών ανά ειδικότητα παρουσιάζεται στον Πίνακα 2

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ειδικότητα	Γενικός Ιατρός	115 21.3%
	Παθολόγος	168 31.2%
	Αναισθησιολόγος	67 12.4%
	Εργαστηριακός	108 20%
	Χειρουργός	81 15%
Σύνολο	539	100%

Οι συχνότητες και η κατανομή των φύλων στις ειδικότητες αναφέρονται στον

Πίνακα 3. Στο δείγμα μας, οι γυναίκες ήταν περισσότερες στην ειδικότητα της Παθολογίας και της Μικροβιολογίας, ενώ οι άνδρες ήταν περισσότεροι στην Γενική Ιατρική, την Αναισθησιολογία και την Χειρουργική. Η συσχέτιση μεταξύ της επιλογής ειδικότητας και του φύλου ήταν στατιστικά σημαντική μόνο σε σχέση με την ειδικότητα της Μικροβιολογίας, η οποία επιλέχθηκε από ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό των γυναικών. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων σε όλες τις άλλες ειδικότητες βρέθηκαν. Η διαφοροποίηση αυτή προκύπτει στατιστικώς σημαντική (δοκιμασία χ^2 , $p = .000$)

Πίνακας 3. Κατανομή των ειδικοτήτων ανάλογα με το φύλο

		Ειδικότητα				
		Γενική Ιατρική	Παθολογία	Αναισθησιολο γία	Μικροβιολογ ία	Χειρουργικ ή
ΑΝΔΡΑΣ	Συχνότητα	66	76	37	36	44
	Αναμενόμενη συχνότητα	55.3	80.7	32.2	51.9	38.9
	% επί του συνόλου του φύλου	25.5%	29.3%	14.3%	13.9%	17.0%
	% επί του συνόλου της ειδικότητας	57.4%	45.2%	55.2%	33.3%	54.3%
	% επί του συνόλου	12.2%	14.1%	6.9%	6.7%	8.2%
ΓΥΝΑΙΚΑ	Συχνότητα	49	92	30	72	37

	Αναμενόμενη συχνότητα	59.7	87.3	34.8	56.1	42.1
	% επί του συνόλου του φύλου	17.5%	32.9%	10.7%	25.7%	13.2%
	% επί του συνόλου της ειδικότητας	42.6%	54.8%	44.8%	66.7%	45.7%
	% επί του συνόλου	9.1%	17.1%	5.6%	13.4%	6.9%
	Συχνότητα	115	168	67	108	81
	Αναμενόμενη συχνότητα	115,0	168.0	67.0	108.0	81.0
Σύνολο	% επί του συνόλου του φύλου	21,3%	31.2%	12.4%	20.0%	15.0%
	% επί του συνόλου της ειδικότητας	100,0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% επί του συνόλου	21,3%	31.2%	12.4%	20.0%	15.0%

Σε σχέση με τον τόπο καταγωγής, 91 ερωτώμενοι (46,1%) κατάγονται από κάποιο χωριό, 152 από μικρή πόλη και οι υπόλοιποι 296 κατάγονται από μεγάλη πόλη. Ο τόπος καταγωγής ανά ειδικότητα συνοψίζεται στον Πίνακα 4.

Ειδικότερα, από τους 91 συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι κατάγονται από χωριό ή κωμόπολη το 40.7% αυτών επέλεξαν τη Γενική Ιατρική ως ειδικότητα, ακολουθούμενοι από τους αναισθησιολόγους που αντιπροσωπεύουν το 20.9% των ιατρών που κατάγονται από χωριό ή κωμόπολη. Το μικρότερο ποσοστό ιατρών από

χωριό ή κωμόπολη κατέχουν οι Παθολόγοι που αντιπροσωπεύουν το 4,2% των ιατρών από μικρό τόπο καταγωγής, ενώ αντίθετα αντιπροσωπεύουν το 38,9% των ιατρών που δήλωσαν ότι κατάγονται από μεγάλη πόλη. Σε ό,τι αφορά στους Εργαστηριακούς Ιατρούς το 50% επί του συνόλου των Εργαστηριακών δήλωσε ότι κατάγεται από πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους. Το ίδιο ισχύει και για τους χειρουργούς, οι οποίοι σε ποσοστό 67.9% επί του συνόλου των Χειρουργών δήλωσαν ότι κατάγονται από πολύ μεγάλη πόλη.

Η διαφοροποίηση αυτή προκύπτει στατιστικώς σημαντική (δοκιμασία χ^2 , $p = .000$)

(Πίνακας 4)

Πίνακας 4. Κατανομή των ειδικοτήτων ανάλογα με τον τόπο καταγωγής

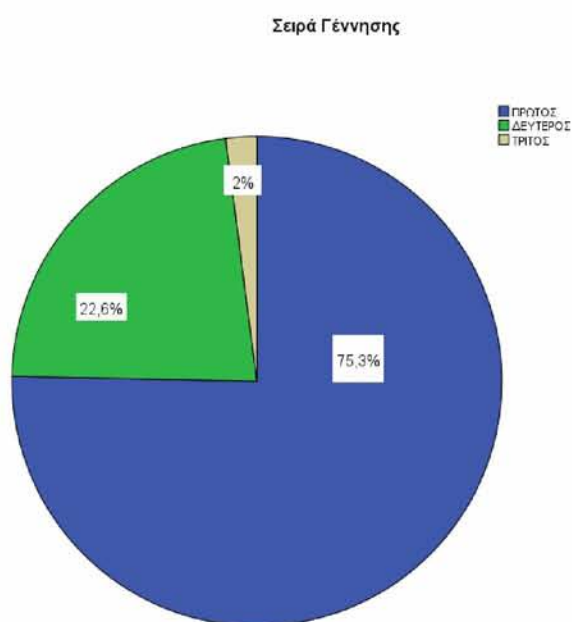
		ΧΩΡΙΟ- ΚΩΜΟΠΟΛΗ	ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΠΟΛΗ > 150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Γενικός Ιατρός	Συχνότητα	37	36	42	115
	Αναμενόμενη Συχνότητα	19.4	32.4	63.2	115.0
	% επί του συνόλου της ειδικότητας	32.2%	31.3%	36.5%	100.0%
	% επί του συνόλου της καταγωγής	40.7%	23.7%	14.2%	21.3%
	Συχνότητα	7	46	115	168
Παθολόγος	Αναμενόμενη Συχνότητα	28.4	47.4	92.3	168.0
	% επί του συνόλου της ειδικότητας	4.2%	27.4%	68.5%	100.0%
	% επί του συνόλου της καταγωγής	7.7%	30.3%	38.9%	31.2%

Αναισθησιολόγος	Συχνότητα	19	18	30	67
	Αναμενόμενη Συχνότητα	11.3	18.9	36.8	67.0
	% επί του συνόλου της ειδικότητας	28.4%	26.9%	44.8%	100.0%
	% επί του συνόλου της καταγωγής	20.9%	11.8%	10.1%	12.4%
Εργαστηριακός	Συχνότητα	20	34	54	108
	Αναμενόμενη Συχνότητα	18.2	30.5	59.3	108.0
	% επί του συνόλου της ειδικότητας	18.5%	31.5%	50.0%	100.0%
	% επί του συνόλου της καταγωγής	22.0%	22.4%	18.2%	20.0%
Χειρουργός	Συχνότητα	8	18	55	81
	Αναμενόμενη Συχνότητα	13.7	22.8	44.5	81.0
	% επί του συνόλου της ειδικότητας	9.9%	22.2%	67.9%	100.0%
	% επί του συνόλου της καταγωγής	8.8%	11.8%	18.6%	15.0%
Σύνολο	Συχνότητα	91	152	296	539
	Αναμενόμενη Συχνότητα	91.0	152.0	296.0	539.0
	% επί του συνόλου της ειδικότητας	16.9%	28.2%	54.9%	100.0%
	% επί του συνόλου της καταγωγής	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

3.3 Οικογενειακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν τη σειρά γέννησης τους στην οικογένεια, σε ποιον μοιάζουν φυσιογνωμικά αλλά και στον χαρακτήρα

Οι τετρακόσιοι πενήντα τέσσερις από τους ερωτώμενους (84.2%) δήλωσαν πως έχουν αδέρφια. Πιο συγκεκριμένα, οι τετρακόσιοι έξι από τους ερωτώμενους (75.3%) αποτελούσαν το πρώτο παιδί στην οικογένεια τους, οι εκατόν είκοσι δυο το δεύτερο παιδί (22.6%) ενώ οι έντεκα το τρίτο παιδί (2%) (Διάγραμμα 1)



Διάγραμμα 1. Σειρά γέννησης των συμμετεχόντων

Η πλειοψηφία (319 ερωτώμενοι, 59.2%) δηλώνει πως εμφανισιακά μοιάζει στη μητέρα, ενώ ακολουθεί ο πατέρας (145 ερωτώμενοι, 26.9%). Αντίθετα, στην ερώτηση σχετικά με την ομοιότητα του χαρακτήρα, η πλειοψηφία (330 ερωτώμενοι, 61.2%) δηλώνει πως μοιάζει στον πατέρα, ενώ ακολουθεί η μητέρα (124 ερωτώμενοι, 23%). Αναλυτικά, οι αποκρίσεις παρουσιάζονται στους πίνακες 5 και 6.

Πίνακας 5. Σε ποιόν μοιάζετε φυσιολογικά

	Συχνότητα	Ποσοστό
Μπαμπάς	145	26.9
Μαμά	319	59.2
Παππού/γιαγιά	15	2.7%
Και στους δύο	10	1.9%
Κανέναν	29	5.4%
Δεν ξέρω	21	3.9%
Σύνολο	539	100%

Πίνακας 6. Σε ποιόν μοιάζετε στο χαρακτήρα

	Συχνότητα	Ποσοστό
Μπαμπάς	330	61.2
Μαμά	124	23.0
Παππού/γιαγιά	19	3.5
Και στους δύο	45	8.3
Κανέναν	21	3.9
Δεν ξέρω	330	61.2
Σύνολο	539	100%

3.4 Στάσεις για τις ειδικότητες

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για το αν έχουν κάποιον γιατρό στην οικογένεια και στη συνέχεια, ρωτήθηκαν για το ποια ειδικότητα θεωρούν την πιο εύκολη, την πιο δύσκολη, αυτή με το μεγαλύτερο κύρος, την περισσότερο αδικημένη, αλλά και αν μετανιώνουν την ειδικότητα που επέλεξαν.

Η πλειοψηφία (372 ερωτώμενοι, 69%) απάντησαν πως δεν έχουν κάποιο γιατρό στην οικογένεια ενώ εκατόν εξήντα επτά από τους ερωτώμενους (31%) έχουν κάποιο γιατρό στην οικογένειά τους, στην πλειοψηφία των οποίων (77 αποκρίσεις) είναι ο πατέρας. Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι υπόλοιπες αποκρίσεις στην ερώτηση αυτή, ενώ στο διάγραμμα 3, εμφανίζεται η κατανομή των ειδικοτήτων των συγγενών που ασκούν το ιατρικό λειτούργημα.

Πίνακας 7. Συγγενής στο ιατρικό επάγγελμα

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πατέρας	77	45.3
Μητέρα	26	15.3
Παππούς/ Γιαγιά	23	13.6
Θείος/ Θεία	32	18.9
Αδερφός/ Αδερφή	9	5.4
Ξάδερφος	1	0.6
Σύνολο	168	100%

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δηλώνει πως δεν μετάνιωσε για την ειδικότητα που επέλεξε (468 ερωτώμενοι, 86.8%. Από τους ερωτώμενους που δήλωσαν ότι μετάνιωσαν (71 ερωτώμενοι, 13.2%), οι 21 ερωτώμενοι ήταν γενικοί ιατροί, 22 ήταν παθολόγοι, 8 εργαστηριακοί, 8 αναισθησιολόγοι και 12 χειρουργοί. Το αν κάποιος ιατρός μετανιώνει για την επιλογή ειδικότητας δεν εξαρτάται από το φύλο (δοκιμασία χ^2 , $p = 0.78$) ούτε από την ειδικότητα που ασκεί ($p = 0.19$).

Ο Πίνακας 8 συνοψίζει τις αποκρίσεις των ερωτώμενων σχετικά με το ποια θεωρούν την πιο εύκολη ειδικότητα. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δηλώνει πως καμία δεν μπορεί να θεωρηθεί η πιο εύκολη ειδικότητα (150 αποκρίσεις, 27.8 επί του συνόλου), ενώ 136 ερωτώμενοι (25.2%) θεωρούν τη Μικροβιολογία ως την εύκολη ειδικότητα .

Πίνακας 8. Ειδικότητα που θεωρείται πιο εύκολη

	Συχνότητα	Ποσοστό
Παθολογία	8	1.5
Γενική Ιατρική	67	12.4
Παιδιατρική	9	1.7
Δερματολογία	81	15.0
Ακτινολογία	15	2.8
Ψυχιατρική	17	3.2
Ειδικότητες		
Οφθαλμολογία	8	1.5
ΩΡΛ	4	.7
Ιατρική της Εργασίας	13	2.4
Μικροβιολογία	136	25.2
Καμιά	150	27.8
Αναισθησιολογία	23	4.3
Πνευμονολογία	8	1.5
Σύνολο	539	100.0

Στον αντίποδα, η Καρδιοχειρουργική θεωρείται η πιο δύσκολη από τις ειδικότητες από τους 152 ερωτώμενους (28.2%) ενώ η νευροχειρουργική ακολουθεί με 105 αποκρίσεις (19.5%). Αναλυτικά οι αποκρίσεις εμφανίζονται στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9. Ειδικότητα που θεωρείται πιο δύσκολη

	Συχνότητα	Ποσοστό
Παθολογία	62	11.5
Γενική Ιατρική	52	9.6
Χειρουργική	60	11.1
Ενδοκρινολογία	9	1.7
Καρδιολογία	13	2.4
Ογκολογία	1	.2
Ορθοπαιδική	10	1.9
Ειδικότητες		
Καρδιοχειρουργική	152	28.2
Νευροχειρουργική	105	19.5
Όλες	34	6.3
Ενδοκρινολογία	1	.2
Καμία	1	.2
Αναισθησιολογία	20	3.7
Νεφρολογία	3	.6
Πνευμονολογία	4	.7
Σύνολο	539	100%

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως οι 132 από τους 539 ερωτώμενους θεωρούν τη δική τους ειδικότητα την περισσότερο δύσκολη. Ειδικότερα, την απόκριση

αυτή έδωσαν οι 41 από τους 115 Γενικούς Ιατρούς (35.7% επί του συνόλου των Γενικών Ιατρών) και οι 34 από τους 168 Παθολόγους (20.2% επί του συνόλου των Παθολόγων), οι 20 από τους 67 Αναισθησιολόγους (29.9% επί του συνόλου των Αναισθησιολόγων) και 37 από τους 81 Χειρουργούς (45.7% επί του συνόλου των Χειρουργών). Ενδιαφέρον παρουσιάζει πως από τους ερωτώμενους εργαστηριακούς γιατρούς κανένας δεν θεωρεί την ειδικότητα τους ως την πιο δύσκολη. Αντίθετα επιλέγουν ως πιο δύσκολη την Καρδιοχειρουργική 34 από τους 68 (31.5% επί του συνόλου των Εργαστηριακών). Τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ ειδικότητας και αναγνώρισης της ως την πιο δύσκολη συνοψίζονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10. Συσχέτιση Ειδικότητας και αναγνώρισης της ως την πιο δύσκολη

		Ο ερωτώμενος θεωρεί τη δική του ειδικότητα ως την πιο δύσκολη	
Γενικός Ιατρός	Συχνότητα		41
	Αναμενόμενη Συχνότητα		11.1
Παθολόγος	Συχνότητα		34
	Αναμενόμενη Συχνότητα		19.3
Ειδικότητα Αναισθησιολόγος	Συχνότητα		20
	Αναμενόμενη Συχνότητα		2.5
Εργαστηριακός	Συχνότητα		0
	Αναμενόμενη Συχνότητα		-
Χειρουργός	Συχνότητα		37
	Αναμενόμενη Συχνότητα		9

Στην ερώτηση για το ποια ειδικότητα έχει το μεγαλύτερο κύρος, η Καρδιολογία ήταν η πρώτη επιλογή με 169 αποκρίσεις (31.4%) με τη Χειρουργική (122 αποκρίσεις, 22.6%) και τη Νευροχειρουργική (106 αποκρίσεις, 19.7%) να έπονται. Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι υπόλοιπες αποκρίσεις.

Πίνακας 11. Ειδικότητα με μεγαλύτερο κύρος

	Συχνότητα	Ποσοστό
Παθολογία	19	3.5
Γενική Ιατρική	1	.2
Χειρουργική	122	22.6
Ενδοκρινολογία	5	.9
Καρδιολογία	169	31.4
Ειδικότητες	7	1.3
Ορθοπαιδική	7	1.3
Καρδιοχειρουργική	75	13.9
Νευροχειρουργική	106	19.7
Καμία	2	.4
Αναισθησιολογία	21	3.9
Πλαστική Χειρουργική	12	2.2
Σύνολο	102	100%

Περισσότερο αδικημένη θεωρείται η Παθολογία από τους 127 από τους ερωτώμενους (23.6%) με την Γενική Ιατρική να ακολουθεί με 118 αποκρίσεις (21.9%). Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται οι υπόλοιπες αποκρίσεις.

Πίνακας 12. Ειδικότητα που θεωρείται περισσότερο αδικημένη

	Συχνότητα	Ποσοστό
Παθολογία	127	23.6
Γενική Ιατρική	118	21.9
Χειρουργική	64	11.9
Ενδοκρινολογία	3	.6
Ακτινολογία	41	7.6
Ιατρική της Εργασίας	17	3.2
Μικροβιολογία	50	9.3
Όλες	39	7.2
Καμία	19	3.5
Αναισθησιολογία	46	8.5
Νεφρολογία	6	1.1
Παθολογοανατομία	3	.6
Πνευμονολογία	6	1.1
Σύνολο	102	100%

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως οι 291 από τους 539 ερωτώμενους θεωρούν τη δική τους ειδικότητα την περισσότερο αδικημένη. Ειδικότερα, την απόκριση αυτή έδωσαν οι 70 από τους 115 Γενικούς Ιατρούς (60.9% επί του συνόλου των Γενικών Ιατρών) και οι 100 από τους 168 Παθολόγους (59.5% επί του συνόλου των Παθολόγων), οι 26 από τους 67 Αναισθησιολόγους (38.8% επί του συνόλου των

Αναισθησιολόγων), οι 44 από τους 108 Εργαστηριακούς (40.7% επί του συνόλου των Εργαστηριακών) και 51 από τους 81 Χειρουργούς (63% επί του συνόλου των Χειρουργών). Η διαφοροποίηση αυτή προκύπτει στατιστικώς σημαντική (δοκιμασία χ^2 , $p = .000$) (Πίνακας 13)

Πίνακας 13. Συσχέτιση Ειδικότητας και αναγνώρισης της ως την περισσότερο αδικημένη

		Ο ερωτώμενος θεωρεί τη δική του ειδικότητα ως την περισσότερο αδικημένη
Γενικός Ιατρός	Συχνότητα	70
	Αναμενόμενη Συχνότητα	25
Παθολόγος	Συχνότητα	100
	Αναμενόμενη Συχνότητα	39.6
Ειδικότητα Αναισθησιολόγος	Συχνότητα	26
	Αναμενόμενη Συχνότητα	5.7
Εργαστηριακός	Συχνότητα	44
	Αναμενόμενη Συχνότητα	10
Χειρουργός	Συχνότητα	51
	Αναμενόμενη Συχνότητα	9.6

Στην ερώτηση για το αν θα επιθυμούσαν να ακολουθήσουν κάποια άλλη ειδικότητα, 113 ερωτώμενοι (21%) δήλωσαν πως δεν θα προτιμούσαν κάποια άλλη ειδικότητα. Οι υπόλοιπες απαντήσεις που δόθηκαν συνοψίζονται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14. Ειδικότητα που θα επιθυμούσατε να έχετε πάρει

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καμία	113	21.0
Παθολογία	40	7.4
Γενική Ιατρική	15	2.8
Χειρουργική	18	3.3
Ενδοκρινολογία	37	6.9
Παιδιατρική	28	5.2
Δερματολογία	18	3.3
Καρδιολογία	78	14.5
Ακτινολογία	6	1.1
Γυναικολογία	8	1.5
Ψυχιατρική	8	1.5
Ειδικότητες Ογκολογία	2	.4
Ορθοπεδική	1	.2
Οφθαλμολογία	1	.2
ΩΡΛ	2	.4
Καρδιοχειρουργική	39	7.2
Νευροχειρουργική	23	4.3
Όλες	3	.6
Ενδοκρινολογία	42	7.8
Αναισθησιολογία	17	3.1
Γαστρεντερολογία	3	.6
Πλαστική Χειρουργική	37	6.9
Σύνολο	539	100%

Οι 204 από τους ερωτώμενους (37.8%) δήλωσαν πως επιθυμούν να κάνουν παρέα με ιατρούς οποιασδήποτε ειδικότητας, ενώ το 10.4% των ερωτώμενων δήλωσε πως δεν επιθυμεί να κάνει παρέα με ιατρούς καμιάς ειδικότητας. Οι αποκρίσεις των ερωτώμενων συνοψίζονται στον Πίνακα 15.

Πίνακας 15. Ποιας ειδικότητας τα άτομα θα επιθυμούσατε να κάνετε παρέα;

	Συχνότητα	Ποσοστό
Παθολογία	86	16.0
Γενική Ιατρική	70	13.0
Χειρουργική	41	7.6
Παιδιατρική	10	1.9
Ειδικότητες Καρδιολογία	20	3.7
Μικροβιολογία	48	8.9
Όλες	204	37.8
Καμία	56	10.4
Αναισθησιολογία	4	.7
Σύνολο	539	100%

Στην ερώτηση σχετικά με την ειδικότητα του συντρόφου, οι 205 ερωτώμενοι δεν εκδήλωσαν κάποια ιδιαίτερη προτίμηση. Συνολικά οι προτιμήσεις των ερωτώμενων συνοψίζονται στον Πίνακα 16.

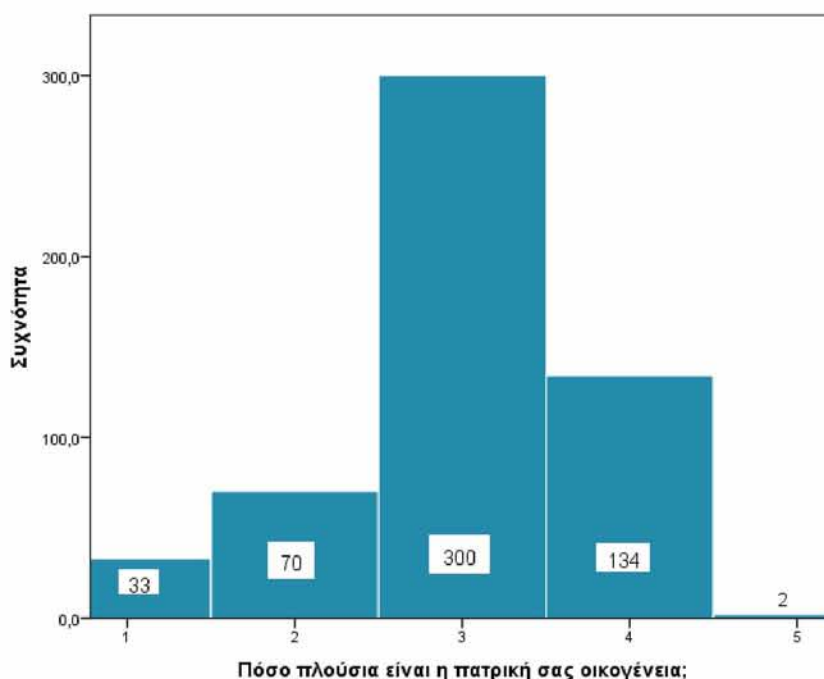
Πίνακας 16. Αν ο σύντροφός σας ήταν ιατρός ποια ειδικότητα θα επιθυμούσατε να έχει;

	Συχνότητα	Ποσοστό
Παθολογία	56	10.4
Γενική Ιατρική	44	8.2
Χειρουργική	21	3.9
Παιδιατρική	60	11.1
Ειδικότητες Καρδιολογία	74	13.7
Καρδιοχειρουργικοί	4	.7
Μικροβιολογία	27	5.0
Όλες	48	8.9
Καμία	205	38.0
Σύνολο	539	100%

Οι 332 από τους ερωτώμενους (61.6%) δήλωσαν πως μπορούν να ανακαλέσουν κάποιο στρεσογόνο γεγονός της παιδικής ηλικίας ενώ οι 236 (43.8%) δήλωσαν πως μπορούν να κάνουν το ίδιο με ένα γεγονός της ενήλικης ζωής.

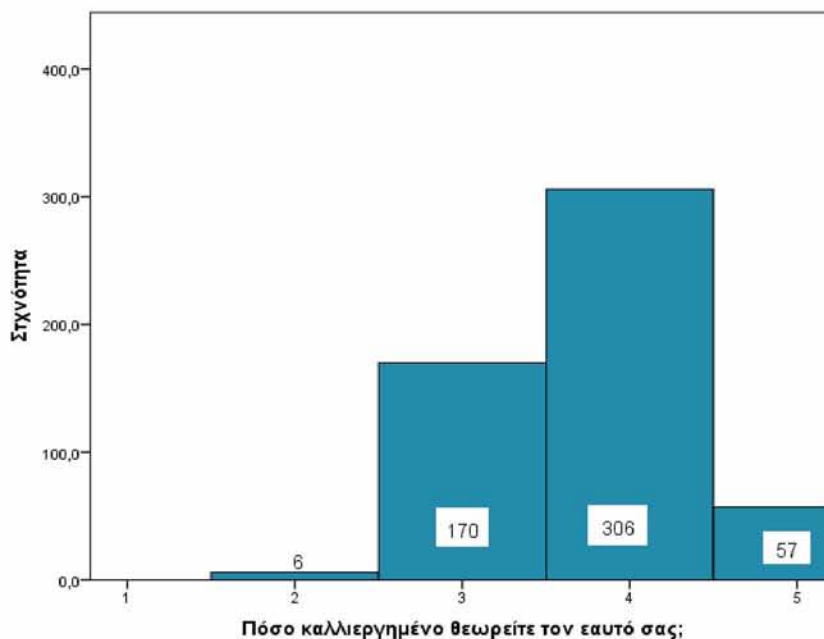
Τα γεγονότα που θεωρήθηκαν ως στρεσογόνα στην παιδική ηλικία ήταν οι Πανελλαδικές εξετάσεις που επιλέχθηκαν από το 40,3% των ερωτώμενων, ακολουθούμενο από την αλλαγή περιβάλλοντος (27.1%) και το διαζύγιο των γονιών (12.6%). 109 ερωτώμενοι δήλωσαν ότι η απώλεια αγαπημένου προσώπου ήταν το πιο στρεσογόνο γεγονός της ενήλικης ζωής.

Οι 300 από τους ερωτώμενους τοποθέτησαν στο μεσαίο σημείο της διαθέσιμης κλίμακας την περιουσία της πατρικής οικογένειας, ενώ μόλις 5 αποκρίσεις βρίσκονται στις δύο μεγαλύτερες τιμές της κλίμακας. Η κατανομή των αποκρίσεων εμφανίζεται στο Διάγραμμα 2.



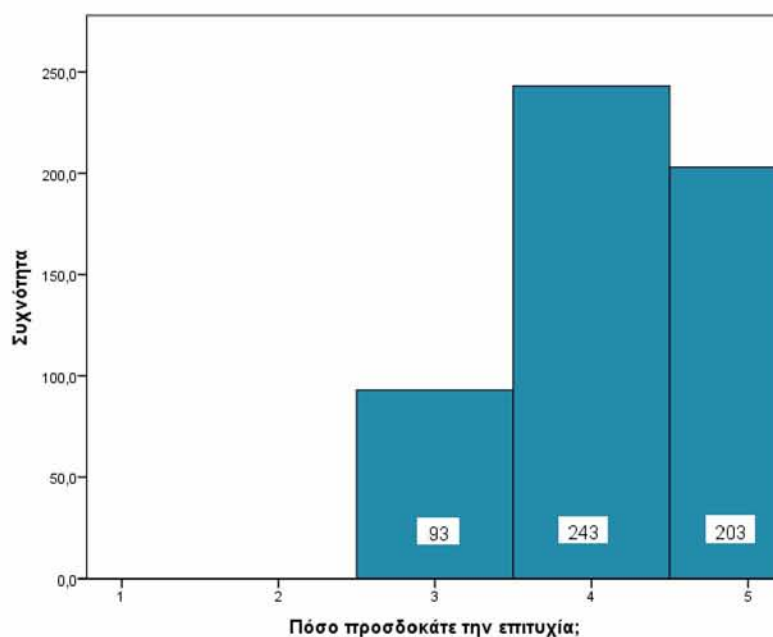
Διάγραμμα 2: Οικονομική κατάσταση πατρικής οικογένειας

Στην ερώτηση σχετικά με την προσωπική καλλιέργεια και στη διαθέσιμη κλίμακα 1 έως 5 σχεδόν το σύνολο των ερωτώμενων δήλωσε πως τοποθετεί τον εαυτό του στις τιμές 3 και 4 ενώ κανένας δεν επέλεξε την τιμή 1 (πολύ λίγο) και 6 επέλεξαν την τιμή 2 (λίγο). Πενήντα επτά από τους ερωτώμενους θεωρούν τον εαυτό τους ως πολύ καλλιεργημένο. Στο διάγραμμα 3 παρουσιάζονται αναλυτικά οι αποκρίσεις.



Διάγραμμα 3: Προσωπική καλλιέργεια

Τέλος, οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους (363 αποκρίσεις) θεωρούν πως θα πετύχουν ως ιατροί καθώς επιλέγουν τα δύο υψηλότερα σημεία της ανάλογης κλίμακας ενώ μόλις 6 επιλέγουν το σημείο 2 (λίγο) (Διάγραμμα 4).



Διάγραμμα 4: Προσδοκία για επιτυχία

Στον Πίνακα 17 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι σημαντικότερες αποκρίσεις σε κάποιες από τις ερωτήσεις που προηγήθηκαν.

Πίνακας 17. Συνοπτικός πίνακας αναφοράς επιλογής ειδικότητας

Ερώτηση	1η επιλογή	2η επιλογή	3η επιλογή
Ειδικότητα με μεγαλύτερο κύρος	Καρδιολογία (169)	Χειρουργική (122)	Νευροχειρουργική (106)
Ειδικότητα που θεωρείται περισσότερο αδικημένη	Παθολογία (127)	Γενική Ιατρική (118)	Χειρουργική (64)
Ειδικότητα που θα επιθυμούσατε να έχετε πάρει	Καμία (113)	Καρδιολογία (78)	
Ποιας ειδικότητας τα άτομα θα επιθυμούσατε να κάνουν παρέα;	Όλες (204)	Παθολογία (86)	Γενική Ιατρική (70)
Αν ο σύντροφος σας ήταν γιατρός, ποιας ειδικότητας θα επιθυμούσατε;	Καμία (205)	Παιδιατρική (60)	Παθολογία (56)

3.5. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 415 ερωτήσεις ταξινομημένες σε έντεκα ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν σαράντα πέντε κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας.

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίον βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

	Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale - OAS)
1	Συνολική βαθμολογία από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.
2	Αίσθημα κατωτερότητας από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8.
3	Αίσθημα κενού (empty) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18.
4	Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 11, 12, 13 και 14.

	Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)
1	Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12.

2	Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21.
3	Σωματική ντροπή (bodily shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25.
4	Συνολική ντροπή από το άθροισμα της χαρακτηριστικής, της συμπεριφορικής και της σωματικής ντροπής.

Κλίμακα Αλτρουισμού - Altruism Scale (Ahmet και Jackson, 1979)	
1	Η συνολική βαθμολογία από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις επτά ερωτήσεις, με τις υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού.

Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας Narcissistic Personality Inventory (NPI, Raskin and Hall 1979)	
1	Γενικό σύνολο από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις.

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	
1	Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων το οποίο ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
2	Σωματοποίηση η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
3	Ιδεοψυχαναγκασμός η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
4	Διαπροσωπική ευαισθησία η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.

5	Κατάθλιψη η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
6	Άγχος η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
7	Επιθετικότητα η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 11, 24, 63, 67, 74 και 81.
8	Φοβικό άγχος η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
9	Παρανοειδή ιδεασμό η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
10	Ψυχωτισμό η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
11	Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
12	Άθροισμα όλων των δεικτών η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των δεικτών σωματοποίησης, ιδεοψυχαναγκασμού, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης, άγχους, φοβικού άγχους, παρανοειδή ιδεασμού, ψυχωτισμού και διαφόρων αιτιάσεων.
13	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ο οποίος ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
14	Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ο οποίος ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.

<p>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)</p>
--

1	Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 40, 42, 45, 46 και 49, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46, 49 και “ Λάθος ” στην ερώτηση 40.
2	Επίκριση των άλλων (criticism of others) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 29, 32, 36, 41 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 18, 19, 29, 32, 36, 41 και “ Λάθος ” στην ερώτηση 13.
3	Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 και “ Λάθος ” στην ερώτηση 4.
4	Αυτο-επίκριση (self-criticism) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 8, 14, 23, 26, 27, 28, 30, 34, 40, 51 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 8, 14, 27, 28, 30, 34, 40, 51 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 3, 23, 26.
5	Παραληρηματική ενοχή (Guilt) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 12, 16, 21, 33, 43, 48 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” σε όλες τις ερωτήσεις.
6	Σύνολο εξωστρέφειας από το άθροισμα των κλιμάκων της παρορμητικής επιθετικότητας, της παρανοειδής επιθετικότητας και της επίκρισης των άλλων.
7	Σύνολο ενδοστρέφειας από το άθροισμα των κλιμάκων της αυτο-επίκρισης και της παραληρηματικής ενοχής.
8	Γενικό σύνολο από το άθροισμα των κλιμάκων του συνόλου εξωστρέφειας και του συνόλου ενδοστρέφειας.

Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)	
1	Κλίμακα Αποφυγής από το άθροισμα των αποκρίσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33 και 35 από τις οποίες πρώτα αντιστράφηκαν οι αποκρίσεις στις ερωτήσεις 3, 15, 19, 25, 29, 31, 33 και 35.
2	Κλίμακα άγχους από το άθροισμα των αποκρίσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36 από τις οποίες πρώτα αντιστράφηκε η απόκριση στην ερώτηση 22.

Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil and Rainwater, 1998).	
1	Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 7, 12, 19, 22, 23, 24, 28 και 30.
2	Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 18, 25 και 27.
3	Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 26 και 29.
4	Συνολικός φόβος από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις.

Δοκιμασία EPQ (Eysenck Personality Questionnaire)	
1	Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 8, 13, 16, 19, 23, 29, 37, 40, 43, 47, 49, 53, 56, 60, 65, 76 και 80 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Ναι ” στις ερωτήσεις 1, 4, 8, 13, 16, 23, 29, 37, 43, 47, 49, 53, 56, 60, 65, 76, 80 και “ Όχι ” στις ερωτήσεις 19, 40.
2	Νευρωτισμός από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 6, 10, 14, 21, 25, 28, 31, 35, 39, 45, 51, 54, 58, 62, 63, 67, 69, 71, 74 και 78 στις οποίες η επιθυμητή

	απάντηση ήταν η “ Ναι ” στο σύνολο των ερωτήσεων.
3	Ψυχωτισμός από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 5, 9, 12, 20, 24, 27, 30, 33, 34, 38, 41, 44, 48, 50, 57, 61, 66, 70, 73, 77, 81, 82 και 84 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Ναι ” στις ερωτήσεις 12, 20, 24, 27, 30, 33, 41, 44, 48, 61, 66, 70, 73, 77, 81 και “ Όχι ” στις ερωτήσεις 2, 5, 9, 34, 38, 50, 57, 82, 84 .
4	Ψεύδος από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 11, 15, 18, 22, 26, 32, 36, 42, 46, 52, 55, 59, 64, 68, 72, 75, 79 και 83 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Ναι ” στις ερωτήσεις 11, 18, 32, 52, 72, 83 και “ Όχι ” στις ερωτήσεις 7, 15, 22, 26, 36, 42, 46, 55, 59, 64, 68, 75, 79.

	Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)
1	Συνολικό άθροισμα των αποκρίσεων στις 10 ερωτήσεις της κλίμακας.

Στις επόμενες παραγράφους εμφανίζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις του συνόλου των ερωτώμενων ομαδοποιημένες ανά ερωτηματολόγιο. Πρέπει να αναφέρουμε ότι δεν υπήρχαν στα δεδομένα της έρευνας μη συμπληρωμένες καταχωρήσεις. Συνεπώς, το σύνολο των στατιστικών που αναφέρονται στους πίνακες που παρουσιάζονται, υπολογίστηκαν από το σύνολο των εκατόν δύο ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν. Επιπλέον, για κάθε ένα ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται ένα συγκριτικό διάγραμμα στο οποίο γίνεται συγκριτική παρουσίαση των μέσων τιμών και των τυπικών αποκλίσεων των κλιμάκων του εκάστοτε ερωτηματολογίου.

3.6 Συσχετίσεις μεταξύ κλιμάκων

Στον Πίνακα 18 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης

Pearson μεταξύ της αντιπροσωπευτικής ομάδας από το σύνολο των κλιμάκων και υποκλιμάκων που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία.

Ειδικότερα στον παρακάτω πίνακα συμμετέχουν οι κλίμακες :

1. Κλίμακα Αλτρουισμού – Γενικό Σύνολο (ALT) (q1)
2. Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI) (q2)
3. Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS) (q3)
4. Συνολικό βίωμα της ντροπή (ESS) (q4)
5. Ψυχωτισμό (SCL – 90) (q5)
6. Γενικό σύνολο (HDHQ) (q6)
7. Κλίμακα Άγχους (ECRI) (q7)
8. Κλίμακα Αποφυγής (ECRI) (q8)
9. Συνολικός πόνος (FPQ) (q9)
10. Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (q10)
11. Νευρωτισμός (EPQ) (q11)
12. Ψυχωτισμός (EPQ) (q12)
13. Εξωστρέφεια (EPQ) (q13)
14. Ψεύδος (EPQ) (q14)

Από της συσχετίσεις ξεχωρίζουν :

1. Η θετική γραμμική συσχέτιση του γενικού συνόλου της εξωτερική ντροπής (OAS) και του Ψυχωτισμού (EPQ) ($r = .389$)
2. Η θετική γραμμική συσχέτιση του γενικού συνόλου της εξωτερική ντροπής (OAS) και του γενικού συνόλου της επιθετικότητας HDHQ ($r = .357$)

3. Η θετική γραμμική συσχέτιση του γενικού συνόλου της εξωτερική ντροπής (OAS) και του βαθμού αισιοδοξίας του υποκειμένου ($r = .310$)
4. Η θετική γραμμική συσχέτιση του γενικού συνόλου του βιώματος της ντροπής ESS και του συνολικού πόνου (FPQ) ($r=.477$)
5. Η θετική γραμμική συσχέτιση του Ψυχωτισμού (SCL – 90) και του γενικού συνόλου HDHQ ($r = .347$)
6. Η θετική γραμμική συσχέτιση του Ψυχωτισμού (SCL – 90) και της Κλίμακας Αποφυγής (ECRI) ($r = .472$)
7. Η θετική γραμμική συσχέτιση του Ψυχωτισμού (SCL – 90) και του συνολικού πόνου (FPQ) ($r=.415$)
1. Η θετική γραμμική συσχέτιση του Ψυχωτισμού (SCL – 90) και του Νευρωτισμού (EPQ) ($r = .618$)
8. Η θετική γραμμική συσχέτιση του Ψυχωτισμού (SCL – 90) και του Ψυχωτισμού (EPQ) ($r = .368$)
9. Η αρνητική γραμμική συσχέτιση του Ψυχωτισμού (SCL – 90) και της Εξωστρέφειας (EPQ) ($r = - .402$)
10. Η θετική γραμμική συσχέτιση του γενικού συνόλου HDHQ και της Κλίμακας Αποφυγής (ECRI) ($r = .359$)
11. Η θετική γραμμική συσχέτιση της Κλίμακας Άγχους (ECRI) και του Νευρωτισμού ($r=.407$)
12. Η θετική γραμμική συσχέτιση της Κλίμακας Αποφυγής (ECRI) και του Νευρωτισμού ($r=.441$)
13. Η αρνητική γραμμική συσχέτιση της Εξωστρέφειας (EPQ) και του Συνολικού

πόνου (FPQ) ($r = -.344$)

Καμία από της συσχετίσεις δεν κρίνεται ιδιαίτερα ισχυρή της αυτό συνήθως ορίζεται στη βιβλιογραφία (απόλυτη τιμή μεγαλύτερη από το 0,7) γεγονός που τοποθετεί σε διακριτούς ρόλους της κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Επιπλέον, οι συσχετίσεις που παρουσιάζονται με της ισχυρότερους δείκτες κρίνονται αναμενόμενε

Πίνακας 18. Συσχετίσεις μεταξύ επιλεγμένων υποκλιμάκων

	M.O	T.A	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13
Q1	23.96	2.77													
Q2	46.43	3.03	.017												
Q3	17.26	5.76	.004	.118**											
Q4	46.77	12.92	.046	-.217**	.164**										
Q5	43.08	30.97	-.010	-.019	.389**	.145**									
Q6	17.44	6.30	-.093*	.284**	.357**	-.225**	.347**								
Q7	45.47	15.01	.020	.231**	.164**	.321**	.025	.266**							
Q8	60.68	11.34	.011	.156**	.227**	-.058	.472**	.359**	.429**						
Q9	25.84	18.83	.135**	-.176**	.065	.477**	.415**	-.223**	-.092*	-.196**					
Q10	26.63	3.38	-.117**	.069	-.310**	.030	-.071	-.106*	-.106*	-.009	-.034				
Q11	15.83	4.01	-.124**	.156**	.267**	.213**	.618**	.391**	.407**	.441**	.276**	-.139**			
Q12	8.36	3.36	-.253**	-.112**	.204**	-.040	.368**	.182**	.180**	.245**	-.119**	-.031	.192**		
Q13	4.09	2.70	-.118**	.017	-.275**	-.116**	-.402**	.071	.044	-.206**	-.344**	.107*	-.067	-.002	
Q14	10.74	3.33	.049	.191**	.020	-.180**	-.117**	.035	-.038	.153**	-.216**	.074	-.087*	-.467**	-.329**

*p< 0.05 level (2-tailed) **p< 0.01 level (2-tailed).

4. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε την επίδραση των βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, καταγωγή, οικογενειακή κατάσταση, ειδικότητα) της κλίμακες που εξετάζονται.

Για τον έλεγχο αυτό, πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (Multiple Regression Analysis). Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η ειδικότητα, το αν ο συμμετέχων είναι ειδικός ή ειδικευόμενος (εμπειρία), η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και ο τόπος καταγωγής. Ως εξαρτημένες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε μία αντιπροσωπευτικής ομάδας από το σύνολο των κλιμάκων και υποκλιμάκων που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία.

Ειδικότερα στον παρακάτω πίνακα (19) συμμετέχουν οι κλίμακες :

1. Κλίμακα Αλτρουισμού – Γενικό Σύνολο (ALT) (q1)
2. Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI) (q2)
3. Συνολική βαθμολογία (OAS)
4. Συνολική ντροπή (ESS)
5. Ψυχωτισμό (SCL – 90)
6. Γενικό σύνολο (HDHQ)
7. Κλίμακα Άγχους (ECRI)
8. Κλίμακα Αποφυγής (ECRI)
9. Συνολικός πόνος (FPQ)
10. Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου
11. Νευρωτισμός (EPQ)
12. Ψυχωτισμός (EPQ)
13. Εξωστρέφεια (EPQ)
14. Ψεύδος (EPQ)

Πίνακας 19. Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για την επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις εξεταζόμενες κλίμακες

Ανεξάρτητες μεταβλητές								
Εξαρτημένες μεταβλητές	Ειδικότητα	Εμπειρία	Ηλικία	Φύλο	Οικογ. Κατάσταση	Τόπος καταγωγής	R	F
	Κλίμακα Αλτρουισμού							
- Γενικό Σύνολο (ALT)	-.197^{***}	-.057	-.050	-.194^{***}	-.071	-.059	.97	9.485^{***}
Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI)	.084	.040	.022	.147^{**}	-.005	-.115	.039	3.585^{**}
Συνολική βαθμολογία (OAS)	.200^{***}	.250^{***}	.110^{***}	.207[*]	.085[*]	.066	.145	15.007^{***}
Συνολική ντροπή (ESS)	-.455^{***}	-.014	-.007	.127^{**}	.108^{**}	.173^{***}	.244	28.585^{***}
Ψυχωτισμό (SCL - 90)	-.049	.213^{***}	-.009	.209^{***}	.092^{**}	-.039	.103	10.154^{***}
Γενικό σύνολο (HDHQ)	.513^{***}	-.028	.010	.151^{***}	.007	-.045	.294	37.005^{***}
Κλίμακα Άγχους (ECRI)	-.035	-.118^{**}	-.037	.169^{***}	.076	.066	.050	4.641^{***}
Κλίμακα Αποφυγής (ECRI)	.121^{**}	-.072	.052	.143^{**}	-.006	-.036	.050	4.712^{***}
Συνολικός πόνος (FPQ)	-.471^{***}	.187^{***}	-.067	.153	.096[*]	-.031	.303	38.529^{***}
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	-.187^{***}	.074	.102	.043	-.018	.69	.047	4.363^{***}
Νευρωτισμός (EPQ)	.044	.110[*]	-.049	.339	.040	-.008	.143	14.793^{***}
Ψυχωτισμός (EPQ)	.262^{***}	-.009	-.021	-.123^{**}	-.043	.132^{**}	.109	10.827^{***}
Εξωστρέφεια (EPQ)	.009	.137	-.073	-.047	.129^{**}	.011	.047	4.351^{***}
Ψεύδος (EPQ)	.281^{***}	-.034	.150^{**}	.078	.001	-.198^{***}	.152	15.856^{***}

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά εξηγούσαν το 14,5% της συνολικής διακύμανσης του OAS. Συγκεκριμένα όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά εκτός του τόπου καταγωγής ήταν στατιστικώς σημαντική προβλεπτικοί παράγοντες του OAS. επίσης τα δημογραφικά χαρακτηριστικά προβλέπουν το 29.4% της διακύμανσης για τη συνολική εχθρότητα (HDHQ). Εκεί η ειδικότητα φάνηκε να παίζει το σπουδαιότερο ρόλο, ακολουθούμενη από το φύλο. Τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν ήταν στατιστικώς σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες. Στο συνολικό πόνο (FPQ) η ειδικότητα, η εμπειρία, και η οικογενειακή κατάσταση εξηγούσαν το 30.3% της συνολικής διακύμανσης. Στη συνολική ντροπή (ESS) η ειδικότητα, η εμπειρία και η οικογενειακή κατάσταση εξήγησαν το 24.4% της συνολικής διακύμανσης. Στην κλίμακα ψεύδους του EPQ η ειδικότητα, η ηλικία και ο τόπος καταγωγής ήταν προβλεπτικοί παράγοντες εξηγώντας το 15.2% της συνολικής διακύμανσης.

4.1 Διαφοροποιήσεις των συμμετεχόντων ως προς το φύλο

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 259 ανδρών και των 280 γυναικών ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνά μας. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (t-Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών ιατρών του δείγματος.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός .05. Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του t-Test δίνει τον Πίνακα 20. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < .05$.

Πίνακας 20. Διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών

	Φύλο		T-Test		
	Άνδρες	Γυναίκες	t	df	p
Κλίμακα Αλτρουισμού - Γενικό Σύνολο	24.58±2.72	23.38±2.69	5.161	537	.000
Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας	45.97±2.81	46.88±3.17	-3.514	537	.000
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)					
Συνολική βαθμολογία	15.83 ±6.32	18.59±4.83	-5.708	537	.000
Αίσθημα κατωτερότητας	4.92±3.081	5.42±2.81	-1.981	537	.048
Αίσθημα κενού (empty)	1.74±1.95	2.73±2.08	-5.667	537	.000
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	7.49±3.30	8.79±2.86	-4.908	537	.000
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)					
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	21.03±6.66	21.91±6.18	-1.585	537	.114
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	18.29±5.31	19.79±5.39	-1.492	537	.136
Σωματική ντροπή (bodily shame)	6.98±3.01	7.37±3.01	-2.674	537	.008
Συνολική ντροπή	45.23±12.69	48.19±12.98	-3.256	537	.001

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)

Σωματοποίηση	4.47±5.21	6.19±5.17	-3.839	537	.000
Ιδεοψυχαναγκασμός	6.70±4.76	8.76±5.08	-4.860	537	.000
Διαπροσωπική ευαισθησία	4.04±4.26	5.90±4.30	-5.050	537	.000
Κατάθλιψη	5.42±4.74	7.01±5.12	-3.732	537	.000
Άγχος	1.69±3.12	3.13±4.29	-4.440	537	.000
Επιθετικότητα	2.41±3.00	2.75±3.03	-1.310	537	.191
Φοβικό άγχος	1.07±2.86	1.99±3.45	-3.341	537	.001
Παρανοειδή ιδεασμό	4.04±3.37	4.88±3.36	-2.913	537	.004
Ψυχωτισμό	2.31±3.11	3.38±3.65	-3.645	537	.000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	3.85±3.14	5.53±3.02	-6.312	537	.000
Άθροισμα όλων των δεικτών	33.58±28.07	46.76±28.71	-5.384	537	.000

Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)

Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	4.07±2.23	4.61±2.10	-2.883	537	.004
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	6.13±2.53	6.66±2.40	-2.505	537	.013
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	1.93±1.46	2.16±1.36	-1.924	537	.055
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	3.12±1.77	3.74±1.60	-4.264	537	.000
Παραληρηματική ενοχή (Guilt)	1.01±.65	1.37±1.07	-4.662	537	.000
Σύνολο εξωστρέφειας	12.13±5.03	13.43±4.74	-3.097	537	.002
Σύνολο ενδοστρέφειας	4.13±2.06	5.11±2.22	-5.289	537	.000
Γενικό σύνολο	16.25±6.41	18.54±6.00	-4.273	537	.000

Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)

Κλίμακα Αποφυγής	58.93±11.00	62.30±11.42	-3.478	537	.001
Κλίμακα Άγχους	42.78±13.40	47.94±15.99	-4.045	537	.000
Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)					
Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	4.32±4.99	5.64±5.90	-2.792	537	.005
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	14.31±8.82	15.49±9.35	-1.496	537	.135
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	4.54±5.02	7.19±6.46	-5.288	537	.000
Συνολικός πόνος (Total pain)	23.17±17.28	28.31±19.86	-3.194	537	.001
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R)					
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	26.51±3.35	26.75±3.41	-.850	537	.396
Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)					
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια	16.29±3.88	15.41±4.09	2.532	537	.012
Νευρωτισμός	7.15±3.19	9.48±3.13	-8.579	537	.000
Ψυχωτισμός	4.17±2.58	4.01±2.81	.730	537	.466
Ψεύδος	10.41±3.68	11.04±2.96	-2.186	537	.029

Στον Πίνακα 20 μπορούμε να παρατηρήσουμε πως στις περισσότερες υποκλίμακες παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών, εξαιρώντας τις υποκλίμακες της συμπεριφορικής και χαρακτηριστικής ντροπής του EES, της επιθετικότητας του SCL-90, της παρανοειδούς επιθετικότητας του HDHQ, στην υποκλίμακα του FPQ σχετικά με το δριμύ πόνο, στο βαθμό αισιοδοξίας και τον ψυχωτισμό όπως μετρήθηκε με το EPQ. Παρατηρούμε επίσης ότι με εξαίρεση την κλίμακα του αλτρουισμού όπου οι άνδρες είχαν υψηλότερο μέσο όρο, σε όλες τις υπόλοιπες κλίμακες με στατιστικώς σημαντική διαφορά, οι γυναίκες είχαν υψηλότερο μέσο όρο.

4.2 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων που συμμετείχαν στην έρευνά μας. Συγκεκριμένα συγκρίναμε γιατρούς πέντε ειδικοτήτων, Γενική Ιατρική, Παθολογία, Μικροβιολογία, Αναισθησιολογία και Χειρουργική. Χρησιμοποιήσαμε τον έλεγχο ANOVA για ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της ANOVA δίνει τον Πίνακα 6. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < .05$. Στη συνέχεια έγιναν Tukey post-hoc συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων ώστε να διαπιστωθεί ποιες ειδικότητες διέφεραν στατιστικά μεταξύ τους ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Οι μέσοι όροι ανά ειδικότητα εμφανίζονται στον Πίνακα 21.

Πίνακας 21. Διαφοροποιήσεις μεταξύ ειδικοτήτων

	F	p
Κλίμακα Αλτρουισμού - Γενικό Σύνολο	15.516	.000
Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας	42.258	.000
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)		
Συνολική βαθμολογία	8.198	.000
Αίσθημα κατωτερότητας	32.263	.000
Αίσθημα κενού (empty)	16.054	.000
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	67.439	.000
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)		
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	44.982	.000
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	44.909	.000
Σωματική ντροπή (bodily shame)	50.874	.000
Συνολική ντροπή	38.150	.000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)		
Σωματοποίηση	11.723	.000
Ιδεοψυχαναγκασμός	21.133	.000
Διαπροσωπική ευαισθησία	10.477	.000
Κατάθλιψη	5.471	.000
Άγχος	8.550	.000
Επιθετικότητα	22.594	.000
Φοβικό άγχος	14.190	.000
Παρανοειδή ιδεασμό	11.723	.000
Ψυχωτισμό	21.133	.000

Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	10.477	.000
Άθροισμα όλων των δεικτών	7.227	.000
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)		
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	17.558	.000
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	115.705	.000
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	22.244	.000
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	86.407	.000
Παραληρηματική ενοχή (Guilt)	33.029	.000
Σύνολο εξωστρέφειας	8.198	.000
Σύνολο ενδοστρέφειας	32.263	.000
Γενικό σύνολο	16.054	.000
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)		
Κλίμακα Αποφυγής	8.701	.000
Κλίμακα Άγχους	25.213	.000
Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)		
Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	43.456	.000
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	43.790	.000
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	43.047	.000
Συνολικός πόνος (Total pain)	49.788	.000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	20.094	.000
Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)		
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια	19.645	.000
Νευρωτισμός	8.134	.000

Ψυχωτισμός	30.477	.000
Ψεύδος	29.614	.000

Τα αποτελέσματα της ANOVA έδειξαν ότι η ειδικότητα διαφοροποιεί σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις εξεταζόμενες κλίμακες. Για να διερευνηθεί περαιτέρω ποιες ειδικότητες τείνουν να έχουν υψηλότερους μέσους όρους στις εξεταζόμενες κλίμακες πραγματοποιήθηκαν Tukey Post hoc tests. Οι μέσοι όροι για κάθε ειδικότητα φαίνονται στον Πίνακα 22

Πίνακας 22. Διαφοροποιήσεις μεταξύ ειδικοτήτων

	Ειδικότητα				
	Γεν. Ιατρός	Παθολόγος	Αναισθησιολόγος	Εργαστηριακός	Χειρουργός
Κλίμακα Αλτρουισμού - Γενικό Σύνολο	25.37	23.81	22.69	24.23	22.95
Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας	47.57	44.90	45.22	48.67	46.06
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)					
Συνολική βαθμολογία	15.37	16.92	16.75	19.44	18.20
Αίσθημα κατωτερότητας	5.94	6.29	5.40	4.51	2.48
Αίσθημα κενού (empty)	2.39	1.99	2.58	1.33	3.56
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων	6.22	7.46	6.81	11.22	9.44

όταν κάνει λάθη (mistakes)

Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	24.59	24.02	20.01	16.11	20.17
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	20.70	21.86	16.00	17.52	15.58
Σωματική ντροπή (bodily shame)	6.98	9.36	6.82	5.44	5.58
Συνολική ντροπή	50.98	54.02	42.06	39.00	40.00

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)

Σωματοποίηση	3.68	6.45	3.54	7.26	4.48
Ιδεοψυχαναγκασμός	8.22	8.60	5.51	9.89	4.44
Διαπροσωπική ευαισθησία	5.17	6.57	3.46	3.82	4.41
Κατάθλιψη	5.91	7.29	6.16	4.56	6.85
Άγχος	2.38	3.56	2.87	1.59	.96
Επιθετικότητα	1.97	2.21	2.16	2.06	5.31
Φοβικό άγχος	.97	2.96	1.48	.93	.35
Παρανοειδή ιδεασμό	3.51	5.71	5.30	3.59	3.75
Ψυχωτισμό	2.77	4.45	3.04	.59	2.58
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	2.88	4.18	3.87	7.48	5.47
Άθροισμα όλων των δεικτών	37.51	52.07	37.55	41.81	38.60

Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)

Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	3.50	3.85	3.76	4.89	6.36
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	5.30	5.26	4.75	8.63	8.78
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	1.76	1.45	2.23	2.63	2.79
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	3.62	2.37	3.09	3.449	5.70
Παραληρηματική ενοχή (Guilt)	1.64	1.29	.61	1.07	1.00
Σύνολο εξωστρέφειας	10.56	10.55	10.73	16.15	17.93
Σύνολο ενδοστρέφειας	5.26	3.66	3.70	4.52	6.70

Γενικό σύνολο	15.83	14.21	14.43	20.67	24.63
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)					
Κλίμακα Αποφυγής	59.16	58.49	62.06	65.85	59.35
Κλίμακα Άγχους	53.67	38.98	45.47	42.08	51.78
Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)					
Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	7.08	7.87	2.99	2.48	1.18
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	19.81	18.38	11.12	8.11	13.04
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	7.71	9.15	4.42	3.15	1.56
Συνολικός πόνος (Total pain)	34.60	35.40	18.52	13.74	15.78
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R)					
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	26.19	28.21	25.63	26.70	24.73
Στάση απέναντι στη ζωή					
Η στάση μου απέναντι στη ζωή είναι. .					
Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)					
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια	15.02	15.15	15.54	15.41	19.22
Νευρωτισμός	8.61	8.06	6.63	9.41	8.67
Ψυχωτισμός	3.83	4.06	6.37	2.37	4.90
Ψεύδος	9.30	10.11	11.15	13.37	10.25

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι οι γενικοί ιατροί έχουν τον υψηλότερο μέσο όρο στην κλίμακα αλτρουισμού και χαρακτηριστική ντροπή της κλίμακας ESS. Οι

παθολόγοι σημείωσαν τους υψηλότερους μέσους όρους στη συμπεριφορική ντροπή, σωματική ντροπή και συνολική ντροπή της κλίμακας ESS. Επίσης οι παθολόγοι σημείωσαν τους υψηλότερους μέσους όρους στις έξι από τις 10 υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας του SCL-90 καθώς και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας. Ακόμη, οι ίδιοι είχαν τους υψηλότερους μέσους όρους στις 2 από τις 3 υποκλίμακες του FPQ καθώς και στη συνολική βαθμολογία.

Οι αναισθησιολόγοι είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο στην Κλίμακα NPI και στις υποκλίμακες νευρωτισμού και ψεύδους του EPQ. Τέλος οι χειρουργοί, είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο στις υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα της Εχθρότητας HDHQ καθώς και στην υποκλίμακα εσωστρέφειας του EPQ.

4.3 Διαφοροποιήσεις ως προς την εμπειρία

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 253 ειδικών και των 286 ειδικευόμενων ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνά μας. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ειδικών και της ομάδας των ειδικευόμενων ιατρών.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός .05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του t-Test δίνει τον Πίνακα 5. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < .05$.

Στον Πίνακα 23 μπορούμε να παρατηρήσουμε πως στις περισσότερες υποκλίμακες παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ειδικών και ειδικευομένων σε τρεις από τις τέσσερις υποκλίμακες στην Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS), στην Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), στο Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ), στις κλίμακες Επίκριση των άλλων (criticism of others) και Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility), στην Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI), στην Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III) καθώς και στις τρεις από τις τέσσερις κλίμακες του Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire).

Πίνακας 23. Διαφοροποιήσεις μεταξύ ειδικών και ειδικευόμενων

	Εμπειρία		T-Test		
	Ειδικοί	Ειδικευόμενοι	t	df	P
Κλίμακα Αλτρουισμού - Γενικό Σύνολο	24.02±2.64	23.30±2.88	.523	537	.601
Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας	46.39±3.33	46.48±2.75	-.363	537	.717
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)					
Συνολική βαθμολογία	16.18±4.93	18.23±6.26	-4.184	537	.000
Αίσθημα κατωτερότητας	4.78±2.73	5.53±3.10	-2.963	537	.003
Αίσθημα κενού (empty)	1.64±1.86	2.79±2.11	-6.661	537	.000
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	8.00±2.85	8.31±3.38	-1.133	537	.258
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)					
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	21.11±6.69	21.81±6.17	-1.278	537	.202
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	19.09±5.20	19.05±5.59	-.346	537	.730
Σωματική ντροπή (bodily shame)	7.40±3.14	7.00±2.88	1.551	537	.121
Συνολική ντροπή	46.57±12.66	46.95±13.16	.098	537	.922
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)					
Σωματοποίηση	4.30±3.72	6.31±6.17	-4.511	537	.000
Ιδεοψυχαναγκασμός	7.75±5.59	7.78±4.50	-.057	537	.955
Διαπροσωπική ευαισθησία	4.01±4.06	5.89±4.47	-5.098	537	.000
Κατάθλιψη	5.01±3.94	7.34±5.56	-5.539	537	.000
Άγχος	1.36±2.33	3.39±4.59	-6.327	537	.000
Επιθετικότητα	2.10±2.69	3.02±3.22	-3.564	537	.000
Φοβικό άγχος	1.36±3.13	1.71±3.28	-1.263	537	.207

Παρανοειδή ιδεασμό	3.85±2.92	5.02±3.64	-4.085	537	.000
Ψυχωτισμό	2.05±2.80	3.59±3.78	-5.313	537	.000
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	4.30±3.72	6.31±6.17	-2.479	537	.013
Αθροισμα όλων των δεικτών	7.75±5.59	7.78±4.50	-4.986	537	.000
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)					
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	4.31±2.25	4.38±2.12	-.406	537	.685
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	6.64±2.47	6.20±2.47	2.086	537	.037
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2.23±1.28	1.89±1.51	2.812	537	.005
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	3.38±1.39	3.49±1.96	-.741	537	.459
Παραληρηματική ενοχή (Guilt)	1.23±.94	1.16±.89	.823	537	.411
Σύνολο εξωστρέφειας	13.18±4.84	12.47±4.98	1.673	537	.095
Σύνολο ενδοστρέφειας	4.61±1.92	4.66±2.43	-.235	537	.814
Γενικό σύνολο	17.79±6.08	17.13±6.49	1.224	537	.222
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)					
Κλίμακα Αποφυγής	61.98±10.41	59.52±12.01	2.525	537	.012
Κλίμακα Άγχους	46.93±14.83	44.17±15.08	2.135	537	.033
Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)					
Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	3.87±5.34	6.02±5.48	-4.615	537	.000
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	13.32±9.18	16.34±8.82	-3.891	537	.000
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	4.01±4.63	6.02±5.48	-7.318	537	.000
Συνολικός πόνος (Total pain)	21.19±17.89	16.34±8.82	-5.541	537	.000
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R)					
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	26.53±2.99	26.72±3.70	-.651	537	.515
Στάση απέναντι στη ζωή					

Η στάση μου απέναντι στη ζωή είναι.

Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)

Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια	15.78±4.27	15.88±3.77	-.296	537	.768
Νευρωτισμός	7.85±2.83	8.81±3.72	-3.316	537	.001
Ψυχωτισμός	3.61±1.76	4.51±3.27	-3.902	537	.000
Ψεύδος	11.30±3.01	10.24±3.53	3.698	537	.000

Στον παραπάνω Πίνακα βλέπουμε ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί διαφέρουν σημαντικά από τους ειδικούς στην συνολική βαθμολογία του OAS, στα αισθήματα κατωτερότητας και αισθήματα κενού που εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους. Επίσης οι ειδικευόμενοι διαφέρουν σημαντικά από τους ειδικούς ως προς τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας (SCL-90) καθώς και την Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ-III) όπου εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους από τους ειδικευόμενους. Τέλος στο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck οι ειδικευόμενοι παρουσιάζουν στατιστικώς υψηλότερους μέσους όρους στην υποκλίμακα του νευρωτισμού και ψυχωτισμού από τους ειδικούς ενώ στην υποκλίμακα του ψεύδους έχουν υψηλότερο μέσο όρο οι ειδικοί έναντι των ειδικευομένων.

Αντίθετα στις υποκλίμακες του HDHQ για την παρανοειδή επιθετικότητα και επίκριση των άλλων οι ειδικοί έχουν στατιστικά υψηλότερους μέσους όρους στις απαντήσεις τους από τους ειδικευόμενους. Το ίδιο παρατηρείται και στις κλίμακες άγχους και αποφυγής ECRI όπου και εκεί οι ειδικοί έχουν στατιστικά υψηλότερους μέσους όρους.

4.4 Συγκριτική μελέτη των εξεταζόμενων ειδικοτήτων ως προς την επίδραση φύλου και εμπειρίας

Σε αυτό το κεφάλαιο κάθε ειδικότητα αναλύθηκε ξεχωριστά. Στόχος ήταν να διαπιστωθεί αν και μέσα σε κάθε ειδικότητα παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο και την εμπειρία. Για να γίνει αυτό μια καινούρια μεταβλητή δημιουργήθηκε όπου η συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε 4 κατηγορίες

- Άνδρες ειδικοί
- Γυναίκες ειδικοί
- Άνδρες ειδικευόμενοι
- Γυναίκες ειδικευόμενες

Οι τέσσερις αυτές κατηγορίες εξετάστηκαν ως προς τις συνολικές εξεταζόμενες μεταβλητές. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν οι εξής μεταβλητές:

1. Κλίμακα Αλτρουισμού – Γενικό Σύνολο (ALT)
2. Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI)
3. Συνολική βαθμολογία (OAS)
4. Συνολική ντροπή (ESS)
5. Ψυχωτισμό (SCL – 90)
6. Γενικό σύνολο (HDHQ)
7. Κλίμακα Άγχους (ECRI)
8. Κλίμακα Αποφυγής (ECRI)
9. Συνολικός πόνος (FPQ)
10. Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου
11. Νευρωτισμός (EPQ)
12. Ψυχωτισμός (EPQ)
13. Εξωστρέφεια (EPQ)
14. Ψεύδος (EPQ)

Συνολικά

Αρχικά πραγματοποιήθηκε one-way ANOVA σύνολο του δείγματος για να διαπιστωθεί εάν οι τέσσερις ομάδες που δημιουργήθηκαν (Άνδρες ειδικοί, Γυναίκες ειδικοί, Άνδρες ειδικευόμενοι και Γυναίκες ειδικευόμενες) διαφέρουν μεταξύ τους. Στον Πίνακα 24 εμφανίζονται τα αποτελέσματα της ANOVA. Όπου παρατηρήθηκε σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής πραγματοποιήθηκαν Tukey post-hoc test για να εντοπιστεί ποιες ομάδες διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους.

Στην κλίμακα του αλτρουϊσμού τον υψηλότερο μέσο όρο σημείωσαν οι ειδικευόμενοι άνδρες (M.O= 24.80), οι οποίοι δεν διέφεραν από τους άνδρες ειδικούς (M.O= 24.34) αλλά διέφεραν σημαντικά από τις γυναίκες ειδικούς (M.O= 23.71) και τις ειδικευόμενες (M.O= 23.09).

Στην κλίμακα της επιθετικότητας τον μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 19.57) και ειδικευόμενες (M.O= 17.61) που διέφεραν σημαντικά από τους ειδικευόμενους άνδρες (M.O= 16.51) και άνδρες ειδικούς.

Στην κλίμακα του ναρκισσισμού (NPI) τον μεγαλύτερο μέσο όρο σημείωσαν οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 46.85) και ειδικευόμενες (M.O= 46.88) που διέφεραν σημαντικά από τους ειδικευόμενους άνδρες (M.O= 46.02) και άνδρες ειδικούς (M.O= 45.90).

Στην κλίμακα της εσωτερικής ντροπής οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 48.60) διέφεραν από τους άνδρες ειδικούς (M.O= 44.80) ενώ οι γυναίκες ειδικευόμενες (M.O= 47.84) και άνδρες (M.O= 45.93) δε διέφεραν μεταξύ τους.

Στην κλίμακα αντίληψης πόνου FPQ οι ειδικευόμενες γυναίκες είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο (M.O= 31.63) μαζί με τους ειδικευόμενους άνδρες (M.O= 28.05) χωρίς να

διαφέρουν σημαντικά, ενώ διέφεραν από τις γυναίκες ειδικούς (M.O= 24.36) και από τους άνδρες ειδικούς (M.O= 17.94). Οι δυο τελευταίοι διέφεραν και μεταξύ τους.

Στην κλίμακα ECRI άγχους τον μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 48.83) και ειδικευόμενες (M.O= 47.19) που διέφεραν σημαντικά από τους ειδικευόμενους άνδρες (40.73) και άνδρες ειδικούς (M.O= 44.97). Στην κλίμακα ECRI αποφυγής τον μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσίασαν οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 64.45) που διέφεραν σημαντικά από τις τρεις άλλες κατηγορίες.

Στην κλίμακα της ψυχοπαθολογίας οι άνδρες ειδικοί είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 25.80) και διέφεραν σημαντικά από τις τρεις άλλες κατηγορίες, οι οποίες όμως δεν διέφεραν μεταξύ τους.

Το ίδιο φάνηκε και στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής όπου πάλι οι άνδρες ειδικοί είχαν το σημαντικά χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 13.91) από τις άλλες τρεις ομάδες.

Στην κλίμακα νευρωτισμού οι ειδικευόμενες γυναίκες (M.O= 9.92) και ειδικοί (M.O= 8.96) δεν διέφεραν μεταξύ τους, αλλά διέφεραν σημαντικά από τους άνδρες ειδικευόμενους (M.O= 7.54) και ειδικούς (M.O= 6.72), οι οποίοι επίσης δεν διέφεραν μεταξύ τους.

Στον ψυχωτισμό όπως μετρήθηκε από την κλίμακα EPQ οι γυναίκες ειδικοί είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 3.38) μαζί με τους άνδρες ειδικούς (M.O= 3.84) και διέφεραν από άνδρες ειδικευόμενους (M.O= 4.48) και γυναίκες (M.O= 4.52), οι οποίοι όμως δεν διέφεραν μεταξύ τους.

Στην κλίμακα ψεύδους του EPQ οι ειδικευόμενοι άνδρες είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 9.79), μαζί με τις ειδικευόμενες γυναίκες (M.O= 10.63) ενώ διέφεραν από τους άνδρες ειδικούς (M.O= 11.07) και τις γυναίκες ειδικούς (M.O= 11.51), οι οποίοι όμως δεν

διέφεραν μεταξύ τους.

Πίνακας 24. Διαφορές συμμετεχόντων με βάση το φύλο και την εμπειρία

	F(3, 535)	Sig.
Κλίμακα μέτρησης Αλτρουισμού	10.761	.000
Κλίμακα μέτρησης Επιθετικότητας (HDHQ)	8.501	.000
Κλίμακα μέτρησης ναρκισσισμού (NPI)	4.138	.006
Κλίμακα μέτρησης εσωτερικής ντροπής (ESS)	2.734	.043
Κλίμακα μέτρησης αντίληψης του πόνου (FPQ)	13.954	.000
Κλίμακα μέτρησης άγχους (ECRI)	7.563	.000
Κλίμακα μέτρησης αποφυγής (ECRI)	7.206	.000
Κλίμακα μέτρησης ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	20.277	.000
Κλίμακα μέτρησης αισιοδοξίας (LOTR)	.437	.726
Κλίμακα μέτρησης εξωτερικής ντροπής (OAS)	21.525	.000
Κλίμακα μέτρησης εξωστρέφειας (EPQ)	2.181	.089
Κλίμακα μέτρησης νευρωτισμού (EPQ)	28.618	.000
Κλίμακα μέτρησης ψυχωτισμού (EPQ)	5.700	.001
Κλίμακα μέτρησης ψεύδους (EPQ)	6.529	.000
Κλίμακα μέτρησης Αλτρουισμού	10.761	.000

Γενική Ιατρική

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 25 στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής, οι τέσσερεις ομάδες διέφεραν στις εξής μεταβλητές: στην κλίμακα αλτρουισμού, στην κλίμακα της επιθετικότητας, στην κλίμακα μέτρησης ναρκισσισμού NPI, στην κλίμακα μέτρησης πόνου FPQ, στην κλίμακα μέτρησης αποφυγής ECRI, στην κλίμακα μέτρησης ψυχοπαθολογίας, στην κλίμακα μέτρησης εξωτερικής ντροπής και στις υποκλίμακες του EPQ εξωστρέφεια, νευρωτισμός και ψεύδος. Όπου παρατηρήθηκε σημαντική επίδραση της

ανεξάρτητης μεταβλητής πραγματοποιήθηκαν Tukey post-hoc test για να εντοπιστεί ποιες ομάδες διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους.

Πίνακας 25. Διαφορές γενικών ιατρών με βάση το φύλο και την εμπειρία		
	F (3, 111)	Sig.
Κλίμακα μέτρησης Αλτρουισμού	9.024	.000
Κλίμακα μέτρησης Επιθετικότητας (HDHQ)	12.808	.000
Κλίμακα μέτρησης ναρκισσισμού (NPI)	2.417	.070
Κλίμακα μέτρησης εσωτερικής ντροπής (ESS)	1.303	.277
Κλίμακα μέτρησης αντίληψης του πόνου (FPQ)	14.118	.000
Κλίμακα μέτρησης άγχους (ECRI)	2.388	.073
Κλίμακα μέτρησης αποφυγής (ECRI)	3.459	.019
Κλίμακα μέτρησης ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	23.475	.000
Κλίμακα μέτρησης αισιοδοξίας (LOTR)	.873	.457
Κλίμακα μέτρησης εξωτερικής ντροπής (OAS)	9.021	.000
Κλίμακα μέτρησης εξωστρέφειας (EPQ)	2.921	.037
Κλίμακα μέτρησης νευρωτισμού (EPQ)	18.668	.000
Κλίμακα μέτρησης ψυχωτισμού (EPQ)	.435	.728
Κλίμακα μέτρησης ψεύδους (EPQ)	4.206	.007

Ως προς τον αλτρουισμό, φάνηκε ότι οι άνδρες ειδικοί διέφεραν σημαντικά από τις άλλες τρεις κατηγορίες με τον υψηλότερο μέσο όρο (M.O= 27.09). Ως προς την επιθετικότητα (HDHQ) οι ειδικοί άνδρες (M.O= 11.81) διέφεραν σημαντικά από τις τρεις άλλες κατηγορίες με το χαμηλότερο M.O σε σχέση με τις γυναίκες ειδικούς (M.O= 19.68), τους ειδικευόμενους άνδρες (M.O= 18. 22) και τις ειδικευόμενες γυναίκες (M.O= 17. 50).

Ως προς την κλίμακα που μετράει φόβο του πόνου (FPQ) οι ειδικοί άνδρες (23.38) διέφεραν σημαντικά από τις τρεις άλλες κατηγορίες με το χαμηλότερο Μ.Ο σε σχέση με τις γυναίκες ειδικούς (Μ.Ο= 41.68), τους ειδικευόμενους άνδρες (42.90) και τις ειδικευόμενες γυναίκες (Μ.Ο= 40.46).

Στην κλίμακα ECRI αποφυγής οι γυναίκες ειδικοί είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο (Μ.Ο= 67.58) και διέφεραν σημαντικά από τις τρεις άλλες κατηγορίες. Στην κλίμακα SCL-90 οι ειδικοί άνδρες διέφεραν σημαντικά από τις τρεις άλλες κατηγορίες με το χαμηλότερο Μ.Ο (Μ.Ο= 14.75). Στην κλίμακα OAS, οι άνδρες ειδικοί (Μ.Ο= 11.81) και οι άνδρες ειδικευόμενοι (Μ.Ο= 16.00) δε διέφεραν στατιστικά μεταξύ τους αλλά διέφεραν από τις γυναίκες ειδικούς (Μ.Ο= 18.1) και ειδικευόμενες (Μ.Ο= 18.57).

Στην κλίμακα νευρωτισμού EPQ, οι άνδρες ειδικοί (Μ.Ο= 6.1) και οι άνδρες ειδικευόμενοι (Μ.Ο= 8.3) δε διέφεραν στατιστικά μεταξύ τους αλλά διέφεραν από τις γυναίκες ειδικούς (Μ.Ο= 10.7) και ειδικευόμενες (Μ.Ο= 11.1).

Παθολογία

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 26, στην ειδικότητα της Παθολογίας, οι τέσσερις ομάδες διέφεραν στις εξής μεταβλητές: στην κλίμακα αλτρουϊσμού, στην κλίμακα μέτρησης ναρκισσισμού NPI, στην κλίμακα εσωτερικής ντροπής OAS, στην κλίμακα μέτρησης πόνου FPQ, στην κλίμακα μέτρησης άγχους ECRI και στις υποκλίμακες του EPQ εξωστρέφεια, ψυχωτισμός και ψεύδος. Όπου παρατηρήθηκε σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής πραγματοποιήθηκαν Tukey post-hoc test για να εντοπιστεί ποιες ομάδες διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους.

Στην κλίμακα του αλτρουισμού οι ειδικευόμενοι άνδρες παθολόγοι διέφεραν σημαντικά από τις υπόλοιπες κατηγορίες με τον υψηλότερο μέσο όρο (M.O= 24.94) Στην κλίμακα NPI οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 43.35) και άνδρες ειδικοί (M.O= 44.45) δεν διέφεραν μεταξύ τους αλλά διέφεραν σημαντικά όρους από τους άνδρες ειδικευόμενους (M.O= 45.48) και τις γυναίκες ειδικευόμενους (M.O= 45.57). Στην κλίμακα ESS, οι γυναίκες ειδικοί διέφεραν σημαντικά από τις 3 άλλες κατηγορίες με υψηλότερο μέσο όρο (M.O= 61.63). Στην κλίμακα FPQ διέφεραν μόνο οι άνδρες ειδικοί με το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 25.33) από τις γυναίκες ειδικούς που σημείωσαν τον υψηλότερο μέσο όρο (M.O= 42.26). Στην κλίμακα ECRI άγχους οι μέσοι όροι των τεσσάρων κατηγοριών των γιατρών δεν διέφεραν σημαντικά. Στην κλίμακα εσωστρέφειας εξωστρέφειας που μετρήθηκε με την κλίμακα EPQ οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 13.30) διέφεραν στατιστικά από τους άνδρες ειδικευόμενους (M.O= 16.38). Στην κλίμακα ψυχωτισμού οι γυναίκες ειδικοί διέφεραν από τις άλλες τρεις κατηγορίες με το μικρότερο μέσο όρο (M.O= 2.77). Τέλος, στο ψεύδος, οι ειδικευόμενοι άνδρες είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 8.80) και διέφεραν σημαντικά από τους ειδικούς άνδρες (M.O= 11.29) και γυναίκες ειδικούς (M.O= 11.45). Οι γυναίκες ειδικευόμενες (M.O= 8.82) δε διέφεραν από τους άνδρες ειδικευόμενους αλλά διέφεραν κι αυτές από άνδρες και γυναίκες ειδικούς.

Πίνακας 26. Διαφορές παθολόγων με βάση το φύλο και την εμπειρία		
	F(3, 161)	Sig
Κλίμακα μέτρησης Αλτρουισμού	5,073	.002
Κλίμακα μέτρησης Επιθετικότητας (HDHQ)	.885	.450
Κλίμακα μέτρησης ναρκισσισμού (NPI)	6.765	.000
Κλίμακα μέτρησης εσωτερικής ντροπής (ESS)	7.235	.000
Κλίμακα μέτρησης αντίληψης του πόνου (FPQ)	4.880	.003
Κλίμακα μέτρησης άγχους (ECRI)	2.935	.035
Κλίμακα μέτρησης αποφυγής (ECRI)	2.647	.051
Κλίμακα μέτρησης ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	1.278	.284
Κλίμακα μέτρησης αισιοδοξίας (LOTR)	1.583	.195
Κλίμακα μέτρησης εξωτερικής ντροπής (OAS)	1.421	.238
Κλίμακα μέτρησης εξωστρέφειας (EPQ)	3.023	.031
Κλίμακα μέτρησης νευρωτισμού (EPQ)	1.909	.130
Κλίμακα μέτρησης ψυχωτισμού (EPQ)	5.696	.001
Κλίμακα μέτρησης ψεύδους (EPQ)	9.821	.000

Αναισθησιολογία

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 27, στην ειδικότητα της Αναισθησιολογίας, οι τέσσερις ομάδες διέφεραν στις εξής μεταβλητές: στην κλίμακα αλτρουισμού, στην κλίμακα της επιθετικότητας, στην κλίμακα μέτρησης εσωτερικής ντροπής ESS, στην κλίμακα μέτρησης πόνου FPQ, στις κλίμακες μέτρησης αποφυγής και άγχους ECRI, στην κλίμακα

μέτρησης ψυχοπαθολογίας, στην κλίμακα μέτρησης εξωτερικής ντροπής ESS, και στις υποκλίμακες του EPQ εξωστρέφεια, νευρωτισμός, ψυχωτισμός και ψεύδος. Όπου παρατηρήθηκε σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής πραγματοποιήθηκαν Tukey post-hoc test για να εντοπιστεί ποιες ομάδες διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους.

Πίνακας 27. Διαφορές αναισθησιολόγων με βάση το φύλο και την εμπειρία

	F	Sig
Κλίμακα μέτρησης Αλτρουισμού	22.630	.000
Κλίμακα μέτρησης Επιθετικότητας (HDHQ)	10.946	.000
Κλίμακα μέτρησης ναρκισσισμού (NPI)	1.189	.321
Κλίμακα μέτρησης εσωτερικής ντροπής (ESS)	3.001	.037
Κλίμακα μέτρησης αντίληψης του πόνου (FPQ)	15.650	.000
Κλίμακα μέτρησης άγχους (ECRI)	10.700	.000
Κλίμακα μέτρησης αποφυγής (ECRI)	12.549	.000
Κλίμακα μέτρησης ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	21.348	.000
Κλίμακα μέτρησης αισιοδοξίας (LOTR)	6.355	.001
Κλίμακα μέτρησης εξωτερικής ντροπής (OAS)	9.163	.000
Κλίμακα μέτρησης εξωστρέφειας (EPQ)	5.378	.002
Κλίμακα μέτρησης νευρωτισμού (EPQ)	33.991	.000
Κλίμακα μέτρησης ψυχωτισμού (EPQ)	11.726	.000
Κλίμακα μέτρησης ψεύδους (EPQ)	5.484	.002

Στην αναισθησιολογία παρουσιάστηκαν οι εντονότερες διαφορές και σε περισσότερες κλίμακες. Στην κλίμακα του αλτρουισμού οι γυναίκες ειδικευόμενες

παρουσίασαν τον χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 19.04) και διέφεραν σημαντικά από τις υπόλοιπες κατηγορίες. Οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 22.20) και άνδρες ειδικοί (M.O= 23.71) δεν διέφεραν μεταξύ τους ενώ οι άνδρες ειδικευόμενοι παρουσίασαν τα υψηλότερα ποσοστά αλτρουϊσμού και διέφεραν σημαντικά από τις υπόλοιπες κατηγορίες (M.O= 25.13) Στην επιθετικότητα οι ειδικευόμενοι (M.O= 10.13) και ειδικοί άνδρες (M.O= 13. 57) είχαν τους χαμηλότερους μέσους όρους και διέφεραν σημαντικά από γυναίκες ειδικευόμενες (16.30) και γυναίκες ειδικούς (M.O= 21.80). Οι δυο τελευταίες διέφεραν και σημαντικά μεταξύ τους με τις γυναίκες ειδικούς να έχουν το μεγαλύτερο μέσο όρο στην επιθετικότητα Στην κλίμακα ESS το post hoc test δεν αποκάλυψε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών. Στην Κλίμακα FPQ, οι ειδικευόμενες γυναίκες είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο (M.O= 31.40) και διέφεραν από τις υπόλοιπες κατηγορίες. Στην κλίμακα άγχους ECRI άνδρες και γυναίκες διέφεραν στατιστικά μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, οι άνδρες ειδικοί (M.O= 45.14) και ειδικευόμενοι (M.O= 35.30) διέφεραν σημαντικά από τις γυναίκες ειδικευόμενες (M.O= 48.60) και ειδικούς (M.O= 63.00). Στην κλίμακα αποφυγής ECRI, οι ειδικευόμενοι άνδρες είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 53.91) και διέφεραν από τις υπόλοιπες κατηγορίες, οι οποίες όμως δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους. Στην κλίμακα ψυχοπαθολογίας οι ειδικευόμενες γυναίκες είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο (M.O= 79.20) και διέφεραν από τις υπόλοιπες ομάδες που δεν διέφεραν όμως μεταξύ τους. Στην κλίμακα αισιοδοξίας οι ειδικοί άνδρες είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο (M.O= 27.42) και διέφεραν από τις υπόλοιπες κατηγορίες που δεν διέφεραν όμως μεταξύ τους. Οι γυναίκες ειδικευόμενες είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο στην εξωτερική ντροπή (M.O= 20.10) και διέφεραν από τις υπόλοιπες ομάδες, οι οποίες δεν διέφεραν όμως μεταξύ τους. Στην κλίμακα εξωστρέφειας EPQ οι άνδρες ειδικοί είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 12.71) και μαζί με τους ειδικευόμενους

(M.O= 15.17) διέφεραν από τις γυναίκες ειδικούς (M.O= 18.20). Οι ειδικευόμενες γυναίκες (M.O= 16.60) διέφεραν μόνο από τους άνδρες ειδικούς.

Στην κλίμακα νευρωτισμού του EPQ οι άνδρες ειδικευόμενοι (M.O= 2.30) και ειδικοί (M.O= 3.85) δεν διέφεραν μεταξύ τους, όμως διέφεραν σε σχέση με τις γυναίκες ειδικούς (8.40) και ειδικευόμενες (M.O= 12.65). Οι γυναίκες διέφεραν και μεταξύ τους. Στην κλίμακα ψυχωτισμού του EPQ οι γυναίκες ειδικευόμενες (M.O= 9.35) διέφεραν από τις υπόλοιπες ομάδες, οι οποίες δεν διέφεραν όμως μεταξύ τους. Τέλος στην κλίμακα ψεύδους του EPQ, οι ειδικευόμενες γυναίκες είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 8.65) και διέφεραν μόνο από τους άνδρες ειδικούς (M.O= 15.14). Οι ειδικευόμενοι άνδρες (M.O= 10.86) και οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 11.20) εν διέφεραν μεταξύ τους.

Μικροβιολογία

Στην ειδικότητα της μικροβιολογίας ενδιαφέρον παρουσίασε ότι οι τέσσερις εξεταζόμενες κατηγορίες δεν παρουσίασαν στατιστικές διαφοροποιήσεις ως προς τις εξεταζόμενες κλίμακες

Πίνακας 28. Διαφορές μικροβιολόγων με βάση το φύλο και την εμπειρία

	F (3,111)	Sig
Κλίμακα μέτρησης Αλτρουισμού	.566	.639
Κλίμακα μέτρησης Επιθετικότητας (HDHQ)	1.560	.204
Κλίμακα μέτρησης ναρκισσισμού (NPI)	.366	.778
Κλίμακα μέτρησης εσωτερικής ντροπής (ESS)	.598	.617
Κλίμακα μέτρησης αντίληψης του πόνου (FPQ)	.756	.521
Κλίμακα μέτρησης άγχους (ECRI)	.652	.583
Κλίμακα μέτρησης αποφυγής (ECRI)	.339	.797
Κλίμακα μέτρησης ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	.082	.970
Κλίμακα μέτρησης αισιοδοξίας (LOTR)	.325	.808
Κλίμακα μέτρησης εξωτερικής ντροπής (OAS)	.370	.775
Κλίμακα μέτρησης εξωστρέφειας (EPQ)	.531	.662
Κλίμακα μέτρησης νευρωτισμού (EPQ)	.326	.807
Κλίμακα μέτρησης ψυχωτισμού (EPQ)	.160	.923
Κλίμακα μέτρησης ψέδους (EPQ)	.730	.537

Χειρουργική

Στην ειδικότητα της Χειρουργικής όπως φαίνεται και στον Πίνακα 29, οι τέσσερις ομάδες παρουσίασαν διαφοροποιήσεις ως προς όλες τις μεταβλητές. Tukey post-hoc tests πραγματοποιήθηκαν για να εντοπιστεί ποιες ομάδες διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους

Πίνακας 29. Διαφορές χειρουργών με βάση το φύλο και την εμπειρία

	F(3,77)	Sig
Κλίμακα μέτρησης Αλτρουισμού	24.400	.000
Κλίμακα μέτρησης Επιθετικότητας (HDHQ)	18.773	.000
Κλίμακα μέτρησης ναρκισσισμού (NPI)	23.395	.000
Κλίμακα μέτρησης εσωτερικής ντροπής (ESS)	56.590	.000
Κλίμακα μέτρησης αντίληψης του πόνου (FPQ)	36.206	.000
Κλίμακα μέτρησης άγχους (ECRI)	21.902	.000
Κλίμακα μέτρησης αποφυγής (ECRI)	20.399	.000
Κλίμακα μέτρησης ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	50.479	.000
Κλίμακα μέτρησης αισιοδοξίας (LOTR)	15.048	.000
Κλίμακα μέτρησης εξωτερικής ντροπής (OAS)	55.442	.000
Κλίμακα μέτρησης εξωστρέφειας (EPQ)	30.491	.000
Κλίμακα μέτρησης νευρωτισμού (EPQ)	24.580	.000
Κλίμακα μέτρησης ψυχωτισμού (EPQ)	16.533	.000
Κλίμακα μέτρησης ψέδους (EPQ)	31.387	.000

Στην κλίμακα του αλτρουισμού οι άνδρες ειδικοί ήταν οι λιγότερο αλτρουιστές με το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 20.82) και διέφεραν σημαντικά από τις άλλες κατηγορίες. Οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 23.00) και οι γυναίκες ειδικευόμενοι (M.O= 23.55) δεν διέφεραν μεταξύ τους αλλά διέφεραν και από τους άνδρες ειδικούς και ειδικευμένους. Τέλος, οι άνδρες ειδικοί είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο στην κλίμακα του αλτρουισμού (M.O= 24.66) και διέφεραν από όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες. Στην επιθετικότητα, οι άνδρες

ειδικευόμενοι είχαν τον χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 21.95) και διέφεραν από κάθε άλλη κατηγορία. Οι άνδρες ειδικοί (M.O= 24.52) και οι γυναίκες ειδικευόμενοι (M.O= 25.70) δεν διέφεραν μεταξύ τους ενώ οι γυναίκες ειδικοί είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο (M.O= 26.82) και διέφεραν από τις υπόλοιπες κατηγορίες.

Στην κλίμακα NPI, οι άνδρες ειδικοί είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 43.21) και διέφεραν τόσο από τους άνδρες ειδικευόμενους (M.O= 45.33), όσο και από τις γυναίκες ειδικευόμενες (M.O= 47.95) και ειδικούς (M.O= 48.58). Οι δυο τελευταίες σημείωσαν τους υψηλότερους μέσους όρους στον ναρκισσισμό αλλά δεν διέφεραν μεταξύ τους. Στην εσωτερική ντροπή (ESS), οι άνδρες ειδικοί είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 33.56) και διέφεραν απ' όλες τις κατηγορίες. Οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 39.52) και ειδικευόμενες (M.O= 41.70) δεν διέφεραν μεταξύ τους αλλά διέφεραν από τους άντρες και οι άντρες ειδικευόμενοι σημείωσαν τον υψηλότερο μέσο όρο στην κλίμακα (M.O= 45.80) και διέφεραν επίσης από όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες.

Στην κλίμακα FPQ οι ειδικευόμενοι άνδρες είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο (M.O= 27.42) και διέφεραν από όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες. Στην κλίμακα άγχους ECRI άνδρες και γυναίκες διέφεραν στατιστικά μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, οι άνδρες ειδικοί (M.O= 38.17) και ειδικευόμενοι (M.O= 45.57) διέφεραν σημαντικά από τις γυναίκες ειδικευόμενες (M.O= 62.20) και ειδικούς (M.O= 65.58). Το ίδιο παρατηρήθηκε και στην κλίμα αποφυγής ECRI. Οι άνδρες ειδικοί (M.O= 54.65) και ειδικευόμενοι (M.O= 54.71) διέφεραν σημαντικά από τις γυναίκες ειδικευόμενες (63.85) και ειδικούς (66.11).

Στην κλίμακα της Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) οι άνδρες ειδικοί είχαν τον χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 21.52) διέφεραν από τις γυναίκες ειδικούς (M.O= 39.58) και τις

ειδικευόμενες (M.O= 43.30) και τους άνδρες ειδικευόμενους (M.O= 52.04). Οι γυναίκες ειδικοί και ειδικευόμενες δεν διέφεραν μεταξύ τους αλλά διέφεραν σημαντικά από τους άνδρες ειδικευόμενους. Στην κλίμακα της αισιοδοξίας, πιο αισιόδοξες ήταν οι γυναίκες ειδικοί (M.O= 27.94) και οι ειδικευόμενες (M.O= 26.35), οι οποίες διέφεραν από τους άνδρες ειδικούς (M.O= 24.26) και τους ειδικευόμενους (M.O= 21.61). Οι δυο τελευταίοι διέφεραν και μεταξύ τους με τους ειδικευόμενους να σημειώνουν το χαμηλότερο μέσο όρο. Στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής οι ειδικοί άνδρες είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 11.95), διέφεραν από τις γυναίκες ειδικούς (M.O= 18.47) και ειδικευόμενες (M.O= 19.65) όσο και από τους άνδρες ειδικευόμενους (M.O= 23.42) που είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο.

Στην κλίμακα εξωστρέφειας το μεγαλύτερο μέσο όρο είχαν οι άνδρες ειδικοί (M.O= 19.82) που διέφεραν απ' όλες τις άλλες κατηγορίες. Ειδικευόμενοι άνδρες (M.O= 18.90), ειδικευόμενες γυναίκες (M.O= 19.00) και γυναίκες ειδικοί (M.O= 19.05) δεν διέφεραν μεταξύ τους. Στην κλίμακα νευρωτισμού του EPQ οι ειδικοί άνδρες είχαν το χαμηλότερο μέσο όρο (M.O= 6.91) και διέφεραν από τους ειδικευόμενους (M.O= 8.57) και τις γυναίκες ειδικευόμενες (M.O= 9.80) και ειδικούς (M.O= 9.82). Οι δυο τελευταίες δεν διέφεραν μεταξύ τους αλλά διέφεραν από τους άνδρες. Στην κλίμακα ψυχωτισμού του EPQ, οι ειδικευόμενοι άνδρες (M.O= 3.95) διέφεραν σημαντικά από τις υπόλοιπες κατηγορίες που δεν παρουσίασαν μεταξύ τους διαφορές. Τέλος, στην κλίμακα ψεύδους, οι άνδρες ειδικοί (M.O= 7.86) διέφεραν από τους άνδρες ειδικευόμενους (M.O= 10.42), τις γυναίκες ειδικευόμενες (M.O= 11.55) και τις γυναίκες ειδικούς (11.57). Επίσης, οι άνδρες ειδικευόμενοι διέφεραν σημαντικά από τις γυναίκες ειδικούς.

5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, ΤΗΝ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ, ΤΗΝ ΠΡΟΣΔΟΚΙΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗ ΖΩΗ

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάστηκε το κατά πόσο προσωπικές εκτιμήσεις των συμμετεχόντων για το πόσο πλούσιοι είναι, πόσο καλλιεργημένο θεωρούν τον εαυτό τους, πόσο προσδοκούν την επιτυχία και η στάση τους απέναντι στη ζωή επηρεάζουν τις κλίμακες της μελέτης αυτής.

5.1. Ο ρόλος του φύλου και της ειδικότητας στις στάσεις των συμμετεχόντων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε το ρόλο του φύλου και της ειδικότητας στις στάσεις των συμμετεχόντων. Επιλέξαμε αυτούς τους δυο παράγοντες διότι όπως φάνηκε και σε προηγούμενα κεφάλαια παίζουν τον πιο σημαντικό ρόλο σε σχέση με τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση MANOVA, διότι πέρα από την επίδραση καθεμιάς ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη, μας δίνει και την αλληλεπίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός .05.

Το αποτέλεσμα της MANOVA δίνει τον Πίνακα 30. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < .05$. Στη συνέχεια έγιναν post-hoc test με τη δοκιμασία Bonferonni για τις συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων ώστε να διαπιστωθεί ποιες ειδικότητες διέφεραν στατιστικά μεταξύ τους ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Οι μέσοι όροι ανά ειδικότητα εμφανίζονται στον Πίνακα 31. Επίσης χρησιμοποιήθηκε και ο έλεγχος Student (t-Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς

μεταξύ των φύλων (Πίνακας 31)

Πίνακας 30. Αποτελέσματα Μανοβα

	Πόσο πλούσια είναι η πατρική σας οικογένεια	Πόσο καλλιεργημένο θεωρείτε τον εαυτό σας	Πόσο προσδοκάτε την επιτυχία	Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη ζωή
Επίδραση της ειδικότητας (4, 534)	23.496***	18.574***	7.965***	15.004***
Επίδραση του φύλου (1, 534)	3.373	1.795	2.988	4.184***
Αλληλεπίδραση μεταβλητών (4, 534)	19.018***	4.897***	3.851***	16.678***

Για την επίδραση της ειδικότητας: Wilks' Lambda 0.67, $p < .001$. Για την επίδραση του φύλου: Wilks' Lambda 0.97, $p < .001$. Για την αλληλεπίδραση: Wilks' Lambda 0.77, $p < .001$.

Τα αποτελέσματα της MANOVA δείχνουν επίδραση της ειδικότητας σε όλες τις εξαρτημένες μεταβλητές ενώ αντίθετα το φύλο φαίνεται να έχει επίδραση μόνο στη στάση προς τη ζωή. Η αλληλεπίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών είναι στατιστικά σημαντική για όλες τις εξαρτημένες μεταβλητές.

Με την ανάλυση ANOVA και τα post hoc tests διαπιστώθηκε ότι οι εργαστηριακοί ιατροί είχαν στατιστικά υψηλότερο μέσο όρο στο πόσο πλούσια είναι η πατρική τους οικογένεια, στην προσωπική καλλιέργεια, και στην προσδοκία της επιτυχίας. Οι χειρουργοί είχαν υψηλότερο μέσο όρο στη στάση προς τη ζωή έναντι των άλλων ειδικοτήτων.

Πίνακα 31. Διαφορές μεταξύ ειδικοτήτων

	Πόσο πλούσια είναι η πατρική οικογένεια	Πόσο καλλιεργημένο θεωρείτε τον εαυτό σας	Πόσο προσδοκάτε την επιτυχία	Η στάση απέναντι στη ζωή
Γεν. Ιατρός	2.74	3.45	4.01	7.81
Παθολόγος	3.15	3.71	4.26	8.3
Αναισθησιολόγος	2.64	3.81	4.4	7.66
Εργαστηριακός	3.46	4.06	4.36	8.58
Χειρουργός	2.77	3.9	3.99	8.69
F	21.513***	15.432***	7.233***	12.993***

***P<.001

Μετά την ανάλυση t-test παρατηρούμε ότι οι άντρες διαφέρουν από τις γυναίκες ιατρούς ως προς το πόσο πλούσια είναι η πατρική τους οικογένεια, με τις γυναίκες να δηλώνουν στατιστικά υψηλότερο μέσο όρο. Επίσης οι συμμετέχοντες στην έρευνα φαίνεται ότι διαφέρουν ως προς το πόσο προσδοκούν την επιτυχία όπου πάλι οι γυναίκες σημειώνουν στατιστικά υψηλότερο μέσο όρο (Πίνακας 32).

Πίνακα 32. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών

	Άνδρες	Γυναίκες	t	df	p
Πόσο πλούσια είναι η πατρική σας οικογένεια	2.93±.791	3.08±.802	-2.159	537	.031
Πόσο καλλιεργημένο θεωρείτε τον εαυτό σας	3.78±.619	3.76±.664	.277	537	.782
Πόσο προσδοκάτε την επιτυχία	4.14±.716	4.27±.706	-2.166	537	.031
Ποια είναι η στάση σας απέναντι στη ζωή	8.15±1.165	8.31±1.311	-1.497	537	.135

5.2 Επίδραση των στάσεων των συμμετεχόντων στις ψυχομετρικές κλίμακες της μελέτης

Στο κεφάλαιο αυτό θα διερευνηθεί το κατά πόσον οι στάσεις των συμμετεχόντων ως προς το πόσο πλούσια είναι η πατρική τους οικογένεια, πόσο καλλιεργημένο θεωρούν τον εαυτό τους, πόσο προσδοκούν την επιτυχία και ποια είναι η στάση τους προς τη ζωή επηρεάζουν τις ψυχομετρικές κλίμακες που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα έγινε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regression analysis) για να διαπιστωθεί αν οι παραπάνω στάσεις προβλέπουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ψυχομετρικές κλίμακες που εξετάστηκαν στην μελέτη αυτή. Οι τιμές beta των ανεξάρτητων μεταβλητών, το R^2 και οι τιμές F παρουσιάζονται στον Πίνακα 33.

Πίνακας 33. Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης

Ανεξάρτητες μεταβλητές						
Εξαρτημένες μεταβλητές	Πόσο πλούσια είναι η οικογένειά σας	Πόσο καλλιεργημένος/η είστε	Πόσο προσδοκάτε την επιτυχία	Στάση απέναντι στη ζωή	R ²	F
Κλίμακα Αλτρουισμού (ALT)	-.197 ^{***}	-.057	-.050	-.194 ^{***}	.097	9.485 ^{***}
Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI)	.084	-.140 ^{**}	-.76	.109	.031	4.265 ^{***}
Συνολική βαθμολογία (OAS)	.105	.014	-.062	-.145	.030	4.137 ^{**}
Συνολική ντροπή (ESS)	.119 ^{**}	-.106 ^{**}	-.066	-.064	.033	4.493 ^{***}
Ψυχωτισμός (SCL - 90)	.101 ^{**}	-.119 ^{**}	.069	-.176 ^{***}	.054	7.605 ^{***}
Γενικό σύνολο (HDHQ)	-.040 ^{***}	.431 ^{***}	.387 ^{**}	.229 ^{***}	.070	10.037 ^{***}
Κλίμακα Άγχους (ECRI)	-.105 [*]	.012	-.137 ^{**}	.065	.033	4.536 ^{***}
Κλίμακα Αποφυγής (ECRI)	-.009	.105	-.044	.000	.011	1.1448
Συνολικός πόνος (FPQ)	.029	-.192 ^{***}	.153 ^{***}	-.308 ^{***}	.149	23.409 ^{***}
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	.004	-.007	.067	.303 ^{***}	.104	15.421 ^{***}
Νευρωτισμός (EPQ)	.215 ^{***}	-.066	-.045	-.105 ^{**}	.054	7.588 ^{***}
Ψυχωτισμός (EPQ)	-.024	-.007	-.082	-.120	.010	1.314
Εξωστρέφεια (EPQ)	.053	-.002	-.142 ^{**}	.407 ^{***}	.172	27.659 ^{***}
Ψεύδος (EPQ)	-.163 ^{***}	.230 ^{***}	.090 ^{**}	.142 ^{**}	.090	13.281 ^{***}

***p<.001; **p<.01; *p<.05

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το πόσο πλούσια είναι η πατρική οικογένεια επηρεάζει αρνητικά τον αλτρουισμό, θετικά τη συνολική ντροπή και την ψυχοπαθολογία, αρνητικά την επιθετικότητα, αρνητικά την κλίμακα αποφυγής ECRI, θετικά το νευρωτισμό και αρνητικά το ψεύδος που μετρήθηκε με τα EPQ.

Το πόσο καλλιεργημένο θεωρεί ο κάθε ιατρός τον εαυτό του σχετίζεται αρνητικά με την ναρκισσιστική προσωπικότητα, τη συνολική ντροπή και την ψυχοπαθολογία και τον συνολικό πόνο και αρνητικά την κλίμακα άγχους ECRI και την επιθετικότητα.

Η προσδοκία για την επιτυχία φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με την κλίμακα άγχους και την εξωστρέφεια και θετικά με την επιθετικότητα, τον συνολικό πόνο, και το ψεύδος.

Η στάση προς τη ζωή σχετίζεται αρνητικά με τον αλτρουισμό, την ψυχοπαθολογία, το συνολικό και το νευρωτισμό και θετικά με την επιθετικότητα, την αισιοδοξία, την εξωστρέφεια και τα ψεύδος.

Από τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν διαπιστώθηκε ότι οι στάσεις των συμμετεχόντων προέβλεπαν κατά 14.9% το συνολικό πόνο (FPQ), όπου όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές είχαν προβλεπτικό ρόλο. Επίσης οι ανεξάρτητες μεταβλητές προέβλεπαν σε ποσοστό 17.2% την εξωστρέφεια/ εσωστρέφεια που μετρήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας EPQ. Εδώ η στάση προς τη ζωή είχε τη σημαντικότερη επίδραση ακολουθούμενη από την προσδοκία της επιτυχίας.

6. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕ ΧΡΗΣΗ GENERAL LINEAR MODEL

Σε αυτό το κεφάλαιο θα διερευνήσουμε την σχέση του φύλου και της ειδικότητας στην ψυχοπαθολογία και και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα.

Όλα τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το λογισμικό SPSS. Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας EPQ και η κλίμακα ψυχοπαθολογίας (SCL-90) βαθμολογήθηκαν και αναλύθηκαν σύμφωνα με τις δημοσιευμένες κατευθυντήριες οδηγίες.

Στη συνέχεια διεξήχθη πολλαπλή ανάλυση διακύμανσης (Multiple analysis of variance - MANOVA) προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσον το φύλο και η ειδικότητα έχουν επιπτώσεις στα επίπεδα της ψυχοπαθολογίας, του νευρωτισμού, της εσωστρέφειας/ εξωστρέφειας, του ψυχωτισμού και του ψεύδους που μετράει το EPQ. Στη συγκεκριμένη ανάλυση επιλέχθηκε η MANOVA αντί των τριών ANOVA, μια και η πολλαπλή ανάλυση διακύμανσης MANOVA λαμβάνει υπόψη τις ενδο-συσχετίσεις μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών και μειώνει το experiment-wise level of Type I error.

Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05 για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες.

Ο Πίνακας 34 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της MANOVA. Από τον Πίνακα διαπιστώνουμε ότι τόσο η ειδικότητα, όσο και το φύλο αλλά και η αλληλεπίδραση τους επηρεάζουν τις υποκλίμακες του SCL-90. Σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90

οι γυναίκες είχαν στατιστικά υψηλότερους μέσους όρους από τους άντρες.

Στον Πίνακα 35 βλέπουμε ότι η ειδικότητα επηρεάζει όλες τις υποκλίμακες της προσωπικότητας, ενώ το φύλο επηρεάζει μόνο την κλίμακα εσωστρέφειας και του ψεύδους. Η αλληλεπίδραση επηρεάζει όλες τις υποκλίμακες του EPQ.

Πίνακας 34. Ανάλυση MANOVA για την αλληλεπίδραση φύλου, ειδικότητας στην ψυχοπαθολογία

	<i>SM</i>	<i>OC</i>	<i>IS</i>	<i>DR</i>	<i>AN</i>	<i>AG</i>	<i>PH</i>	<i>PI</i>	<i>PS</i>
Ειδικότητα	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
Γενική Ιατρική (ΓΙ)	3.68 (3.99)	8.22 (5.13)	5.17 (4.05)	5.91 (4.83)	2.38 (3.45)	1.97 (3.59)	.97 (1.83)	3.51 (3.32)	2.77 (2.99)
Παθολογία (Π)	6.45 (7.34)	8.60 (6.11)	6.57 (5.64)	7.29 (6.06)	3.56 (4.39)	2.21 (3.19)	2.96 (4.85)	5.70 (4.14)	4.45 (3.77)
Ανασθησιολογία (Α)	3.54 (5.11)	5.50 (3.95)	3.46 (4.62)	6.16 (5.99)	2.87 (5.99)	2.16 (3.26)	1.48 (3.19)	5.30 (2.60)	3.04 (4.75)
Μικροβιολογία (Μ)	7.26 (2.90)	9.89 (2.50)	3.82 (1.99)	4.56 (2.33)	1.59 (1.65)	2.06 (.76)	.93 (.26)	3.59 (2.03)	.59 (1.50)
Χειρουργική (Χ)	4.48 (1.70)	4.44 (3.22)	4.41 (2.60)	6.85 (3.83)	.96 (1.63)	5.31 (1.80)	.34 (.48)	3.75 (2.63)	2.78 (1.56)
Univariate F values									
Επίδραση της ειδικότητας (4, 534)	10.64***	21.99***	10.49***	5.96***	10.06***	23.02***	13.61***	13.51***	24.46***
Επίδραση του φύλου (1, 534)	10.96***	19.02***	41.69***	30.49***	30.22***	10.05***	10.95***	20.77***	38.21***
Αλληλεπίδραση παραγόντων (4, 534)	6.19***	7.24***	7.94***	12.39***	11.86***	23.45***	3.44***	10.34***	11.54***
Ειδικότητα	M=Π>Χ>ΓΙ=A	M=Π=ΓΙ>Α>Χ	Π=ΓΙ>Χ=M>Α	Π=Χ=A=ΓΙ>Μ	Π=A=ΓΙ>Μ>Χ	Χ>Π=A=M=ΓΙ	Π>Α=ΓΙ=M=Χ	Π=A>Χ=M=ΓΙ	Π>Α=ΓΙ=Χ>Μ
Φύλο	Γ>Α	Γ>Α	Γ>Α	Γ>Α	Γ>Α	Γ>Α	Γ>Α	Γ>Α	Γ>Α

*** $p < .001$ (*Somatization - SM, Obsessive-Compulsive - OC, Interpersonal Sensitivity - IS, Depression - DR, Anxiety - AN, Aggression - AG, Phobia -*

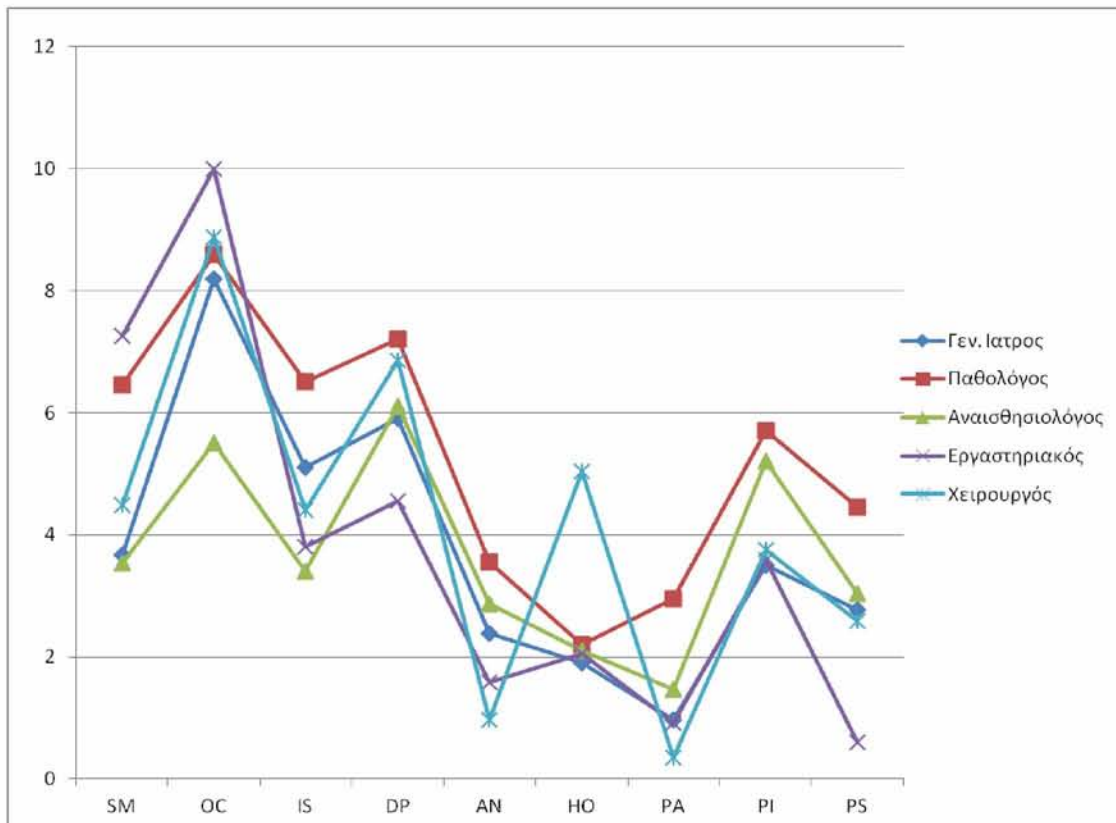
PH, Paranoid Ideation - PI, Psychoticism - PS) Για την επίδραση της ειδικότητας: Wilks' Lambda 0.20, $p < .001$. Για την επίδραση του φύλου:

Wilks' Lambda 0.90, $p < .001$. Για την αλληλεπίδραση των παραγόντων: Wilks' Lambda 0.68, $p < .000$

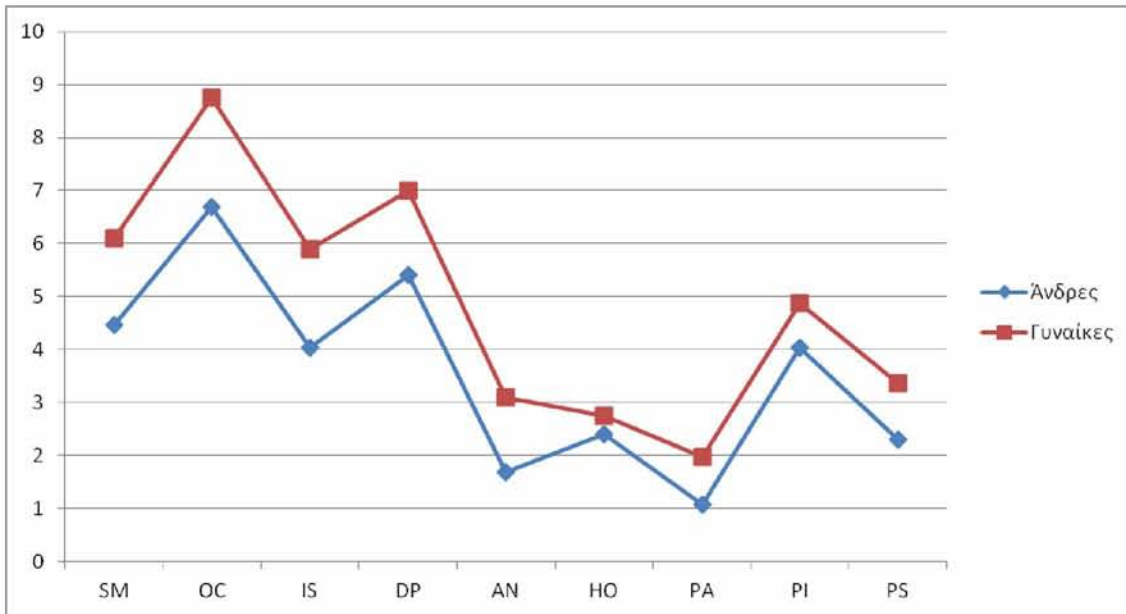
Πίνακας 35. Ανάλυση MANOVA για την αλληλεπίδραση φύλου, ειδικότητας στην προσωπικότητα

Ειδικότητα	EPQ	EPQ	EPQ	EPQ
	εσωστρέφεια/ εξωστρέφεια	νευρωτισμός	ψυχωτισμός	ψεύδος
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
Γενική Ιατρική (ΓΙ)	15.02 (4.68)	8.61 (3.77)	3.83 (2.10)	9.30 (3.09)
Παθολογία (Π)	15.15 (4.50)	8.06 (3.17)	4.06 (3.24)	4.06 (3.24)
Αναισθησιολογία (Α)	15.54 (3.93)	6.63 (5.63)	6.37 (3.27)	11.15 (5.06)
Μικροβιολογία (Μ)	15.41 (2.43)	9.41 (.99)	4.90 (.92)	13.37 (2.05)
Χειρουργική (Χ)	19.22 (.52)	8.67 (1.75)	8.67 (1.75)	10.25 (2.14)
<i>Univariate F ratios</i>				
Επίδραση της ειδικότητας	20.533 ^{***}	8.776 ^{***}	33.184 ^{***}	29.377 ^{***}
Επίδραση του φύλου	1.017	132.370 ^{***}	6.192 ^{***}	.017
Αλληλεπίδραση παραγόντων	6.519 ^{***}	34.437 ^{***}	10.745 ^{***}	8.936 ^{***}
<i>Διαφορά ομάδων</i>				
Ειδικότητα	X> ΓΙ=Π=Α=Μ	Μ= Χ>ΓΙ=Π>Α	Α>Χ=Π>ΓΙ>Μ	Μ>Α=Χ=Π>ΓΙ
Φύλο	Α=Γ	Α< Γ	Α=Γ	Α<Γ

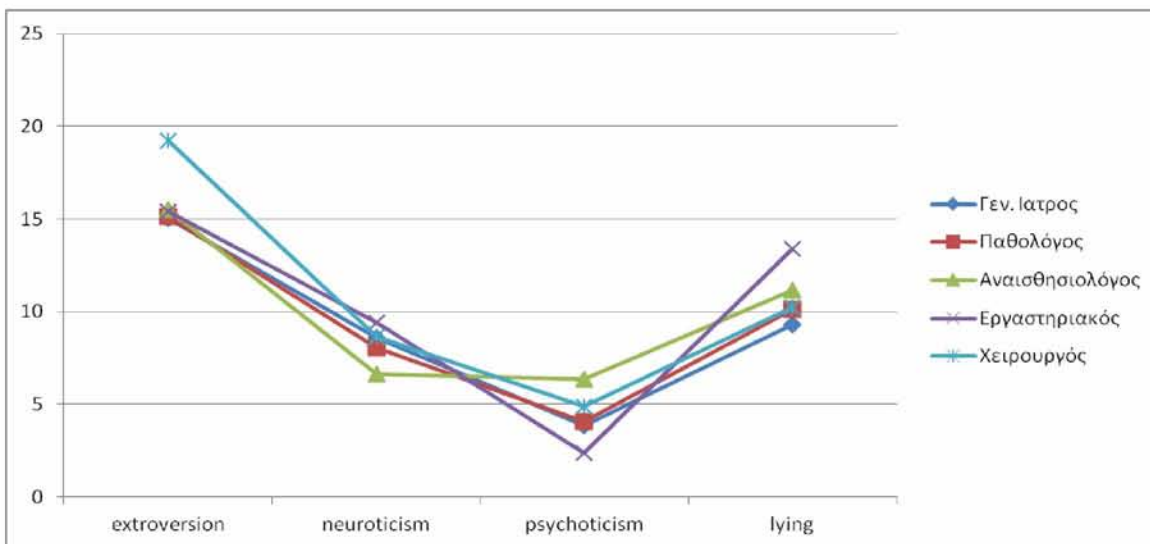
^{***} p<.000. Επίδραση της ειδικότητας Wilks' Lamda= 0.44^{***}; Επίδραση του φύλου Wilks' Lamda= 0.797^{***}; Αλληλεπίδραση παραγόντων Wilks' Lamda= 0.675^{***}



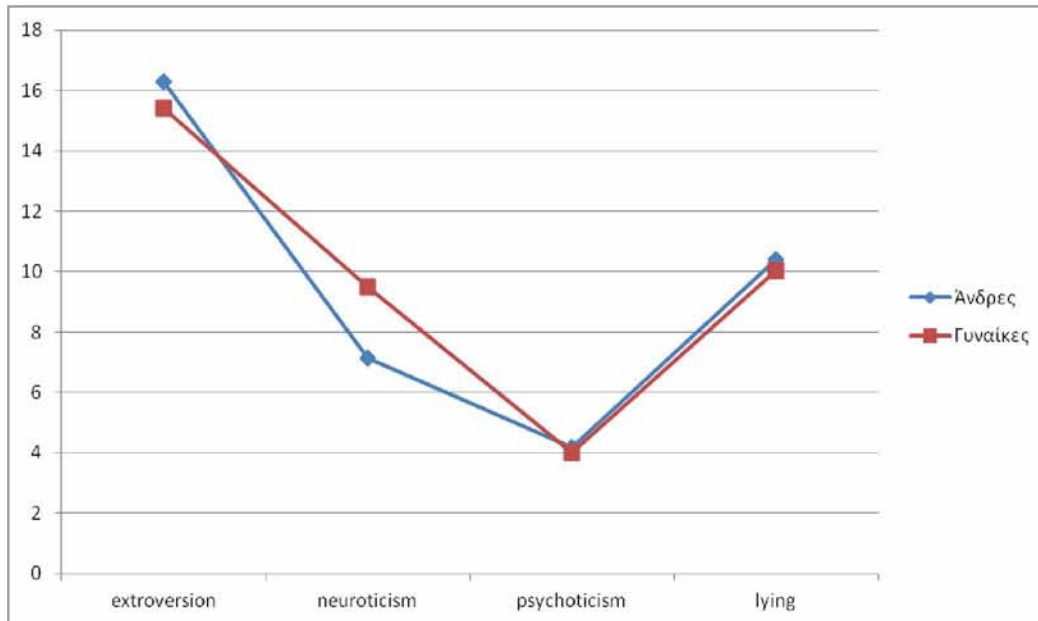
Διαγραμμα 5. Οι απαντήσεις των ιατρών στις υποκλίμακες του SCL-90.



Διάγραμμα 6. Οι απαντήσεις των ανδρών και γυναικών στις υποκλίμακες του SCL-90.



Διάγραμμα 7. Οι απαντήσεις των ιατρών στις υποκλίμακες του EPQ



Διάγραμμα 8. Οι απαντήσεις των ανδρών και γυναικών στις υποκλίμακες του EPO

7. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο διερευνήθηκε η επίδραση της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, του άγχους και της αποφυγής όπως μετρήθηκαν με τις αντίστοιχες κλίμακες. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regression analysis) και έγινε έλεγχος για την επίδραση του φύλου και της ειδικότητας.

Στο πρώτο βήμα της παλινδρόμησης το φύλο και η ειδικότητα εξήγησαν το 29.1% της συνολικής διακύμανσης, ενώ το δεύτερο βήμα αφού προστέθηκαν και οι τέσσερις μεταβλητές εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, άγχους και αποφυγής η διακύμανση που προέβλεψε το μοντέλο ήταν 43.6%. Αξίζει να σημειωθεί ότι το φύλο δεν ήταν σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας στο δεύτερο βήμα ενώ όλες οι μεταβλητές ήταν προβλεπτικοί παράγοντες της εχθρικότητας.

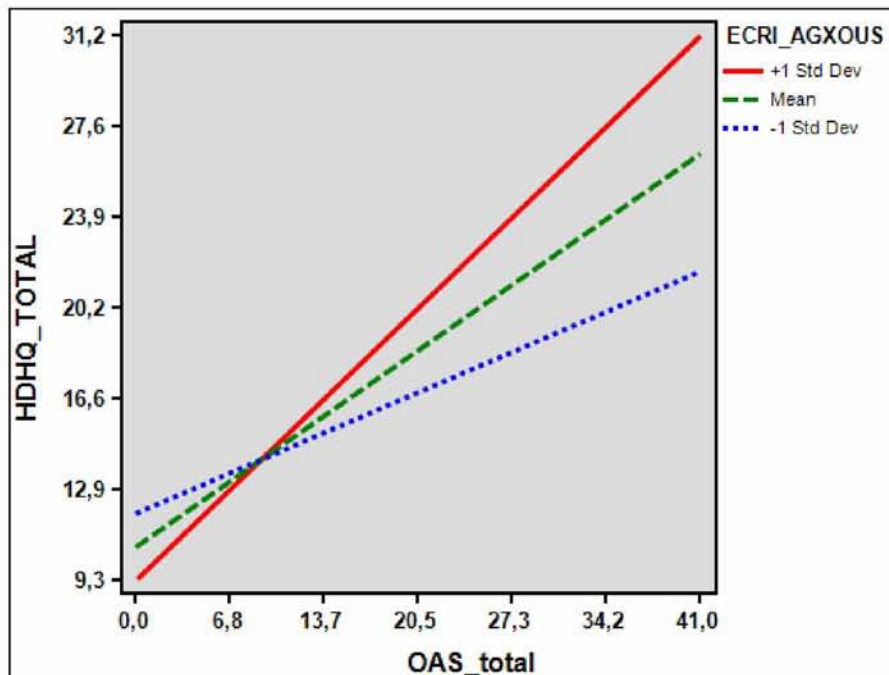
Πίνακας 36. Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμης- προβλεπτικοί παράγοντες της επιθετικότητας

	Unstandardized		Standardized	t	Sig.		
	Coefficients		Coefficients				
	R ²	F	B	Std. Error	Beta		
Step 1	.291	109.804					
Ειδικότητα			2.316	.166	.509	13.956	.000
Φύλο			1.897	.459	.151	4.132	.000
Step 2	.436	68.525					
Ειδικότητα			1.739	.174	.382	9.995	.000
Φύλο			.823	.428	.065	1.924	.055
OAS			.241	.040	.221	6.112	.000
ESS			-.080	.020	-.164	-4.005	.000
ECRI άγχους			.089	.017	.211	5.368	.000
ECRI αποφυγής			.084	.021	.152	3.994	.000

7.1 Το άγχος εγκατάλειψης ως ρυθμιστής της σχέσης εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας

Σε αυτήν την παράγραφο διερευνούμε αν το άγχος εγκατάλειψης παίζει ρόλο ρυθμιστή στη σχέση εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας. Η ανάλυση ρύθμισης (moderation analysis) έγινε ακολουθώντας τα βήματα των Baron and Kenny (1986). Για την ανεξάρτητη μεταβλητή- εξωτερική ντροπή- (OAS) και τη ρυθμιστική μεταβλητή (ECRI άγχος) χρησιμοποιήθηκαν οι σταθμισμένες τιμές τους (z- scores) και από αυτές τις σταθμισμένες τιμές εξετάστηκε η αλληλεπίδραση τους (OAS x ECRI άγχος). Έπειτα διεξήχθη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης όπου στο πρώτο βήμα προστέθηκε η ανεξάρτητη μεταβλητή και η μεταβλητή ρύθμισης και στο

δεύτερο βήμα προστέθηκε η μεταβλητή αλληλεπίδρασης. Όπως βλέπουμε και από τον Πίνακα 37, η αλληλεπίδραση άγχους εγκατάλειψης και εξωτερικής ντροπής ήταν προβλεπτικός παράγοντας της επιθετικότητας. Το Διάγραμμα 9 μας δείχνει πως το άγχος αποφυγής σε 3 επίπεδα (χαμηλό= -1SD), μεσαίο= SD και υψηλό= +1SD) επηρεάζει τη σχέση εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας. Όπως βλέπουμε και στα τρία επίπεδα, δηλαδή, είτε ένα άτομα έχει χαμηλό, μεσαίο ή υψηλό άγχος εγκατάλειψης, όσο περισσότερη εξωτερική ντροπή βιώνει τόσο περισσότερη συνολική επιθετικότητα εκδηλώνει. Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 9, η σχέση είναι πιο ισχυρή για τα άτομα με υψηλό άγχος εγκατάλειψης. Πιο συγκεκριμένα, όταν το άγχος εγκατάλειψης είναι υψηλό, παρατηρείται μια σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ της εξωτερικής ντροπής και της επιθετικότητας, $b=0.535$, 95% CI [0.395, 0.675], $t=7.52$, $p=.000$. Σε μεσαία επίπεδα άγχους εγκατάλειψης, παρατηρείται, επίσης, να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας, $b=.386$, 95% CI [0.299, 0.473], $t= 8.68$, $p=.000$. Τέλος, στα άτομα με χαμηλό επίπεδο άγχους εγκατάλειψης, εμφανίζεται σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της εξωτερικής ντροπής και της επιθετικότητας, $b=0.237$, 95% CI [0.127, 0.346], $t= 4.24$, $p=.000$

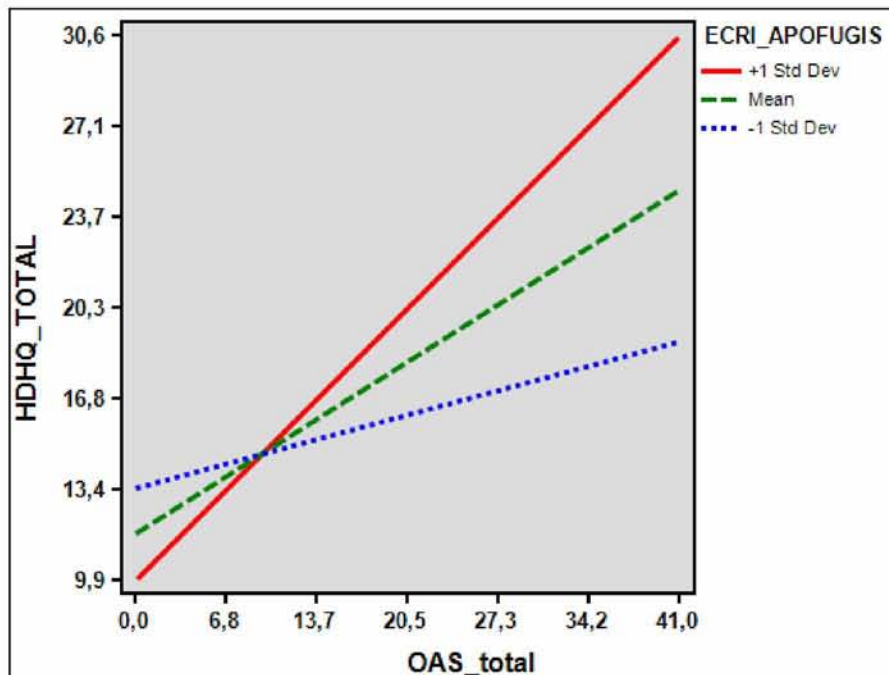


Διάγραμμα 9. Η επίδραση του άγχους εγκατάλειψης στη σχέση εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας

7.2 Η αποφυγή της εγγύτητας ως ρυθμιστής της σχέσης εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας

Σε αυτήν την παράγραφο διερευνούμε αν η αποφυγή της εγγύτητας παίζει ρόλο ρυθμιστή στη σχέση εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας. Η ανάλυση ρύθμισης έγινε ακολουθώντας τα βήματα των Baron and Kenny (1986). Για την ανεξάρτητη μεταβλητή- εξωτερική ντροπή- (OAS) και τη ρυθμιστική μεταβλητή (ECRI αποφυγή) χρησιμοποιήθηκαν οι σταθμισμένες τιμές τους (z- scores) και από αυτές τις σταθμισμένες τιμές εξετάστηκε η αλληλεπίδραση τους (OAS x ECRI αποφυγή). Έπειτα διεξήχθη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης όπου στο πρώτο βήμα προστέθηκε η ανεξάρτητη μεταβλητή και η μεταβλητή ρύθμισης και στο

δεύτερο βήμα προστέθηκε η μεταβλητή αλληλεπίδρασης. Όπως βλέπουμε και στον Πίνακα 38, η αλληλεπίδραση αποφυγής της εγγύτητας και εξωτερικής ντροπής ήταν προβλεπτικός παράγοντας της επιθετικότητας. Το Διάγραμμα 10 μας δείχνει πως η αποφυγή της εγγύτητας σε 3 επίπεδα (χαμηλό= -1SD), μεσαίο= SD και υψηλό= +1SD) επηρεάζει τη σχέση εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας. Όπως βλέπουμε και στα τρία επίπεδα, δηλαδή, είτε ένα άτομο έχει χαμηλή, μεσαία ή υψηλή τάση αποφυγής της εγγύτητας, όσο περισσότερη εξωτερική ντροπή βιώνει τόσο περισσότερη συνολική επιθετικότητα εκδηλώνει. Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 10, η σχέση είναι πιο ισχυρή για τα άτομα με υψηλή τάση αποφυγής της εγγύτητας. Πιο συγκεκριμένα, σε υψηλά επίπεδα τάσης αποφυγής εγγύτητας υπάρχει σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ εξωτερικής ντροπής (OAS) και επιθετικότητας, $b=0.504$, 95% CI [0.402, 0.605], $t=9.752$, $p=.000$. Παρομοίως, σε μεσαία επίπεδα τάσης αποφυγής εγγύτητας παρατηρείται σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο, $b=0.319$, 95% CI [0.237, 0.401], $t=7.657$, $p=.000$. Επιπλέον ακόμα και σε χαμηλά επίπεδα αποφυγής εγγύτητας εμφανίζεται να υπάρχει σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ της εξωτερικής ντροπής και της συνολικής επιθετικότητας των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, $b=0.135$, 95% CI [0.034, 0.235], $t=2.63$, $p=.000$.



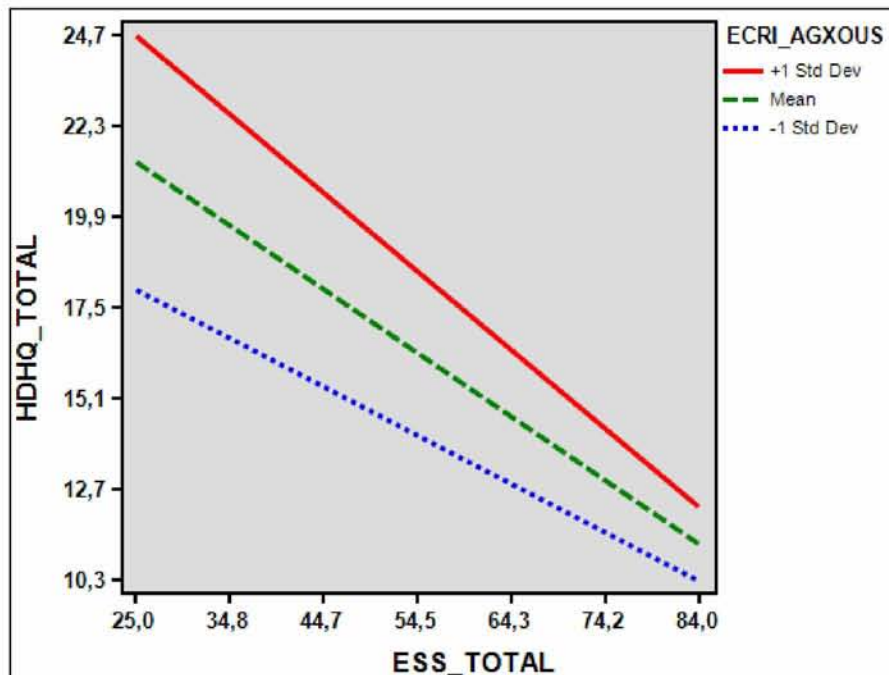
Διάγραμμα 10. Η επίδραση της αποφυγής εγγύτητας στη σχέση εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας

7.3 Το άγχος εγκατάλειψης ως ρυθμιστής της σχέσης εσωτερικής ντροπής και επιθετικότητας

Σε αυτήν την παράγραφο διερευνούμε αν η αποφυγή της εγγύτητας παίζει ρόλο ρυθμιστή στη σχέση εσωτερικής ντροπής και επιθετικότητας. Η ανάλυση ρύθμισης έγινε ακολουθώντας τα βήματα των Baron and Kenny (1986). Για την ανεξάρτητη μεταβλητή- εσωτερική ντροπή- (ESS) και τη ρυθμιστική μεταβλητή (ECRI άγχους) χρησιμοποιήθηκαν οι σταθμισμένες τιμές τους (z- scores).

Επείτα διεξήχθει ανάλυση πολλαπλής παλλινδρόμησης όπου στο πρώτο βήμα προστέθηκε η ανεξάρτητη μεταβλητή και η μεταβλητή ρύθμισης και στο δεύτερο βήμα

προστέθηκε η μεταβλητή αλληλεπίδρασης. Όπως βλέπουμε και από τον Πίνακα 39, η αλληλεπίδραση άγχους εγκατάλειψης και εσωτερικής ντροπής ήταν προβλεπτικός παράγοντας της επιθετικότητας. Το Διάγραμμα 11 μας δείχνει πως το άγχος αποφυγής σε 3 επίπεδα (χαμηλό= -1SD), μεσαίο= SD και υψηλό= +1SD) επηρεάζει τη σχέση εσωτερικής ντροπής και επιθετικότητας. Όπως βλέπουμε και στα τρία επίπεδα, δηλαδή, είτε ένα άτομο έχει χαμηλό, μεσαίο ή υψηλό άγχος εγκατάλειψης, όσο περισσότερη εσωτερική ντροπή βιώνει τόσο λιγότερη συνολική επιθετικότητα εκδηλώνει. Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 11, η σχέση είναι πιο ισχυρή για τα άτομα με υψηλό άγχος εγκατάλειψης. Σε υψηλά επίπεδα άγχους εγκατάλειψης παρατηρείται να υπάρχει σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ εσωτερικής ντροπής και επιθετικότητας, $b=-0.210$, 95% CI [-0.266, -0.154], $t=-7.387$, $p=.000$. Παρόμοια σημαντική αρνητική συσχέτιση εμφανίζεται να υπάρχει και σε μεσαία επίπεδα άγχους εγκατάλειψης, $b=-0.170$, 95% CI [-0.209, -0.130], $t=-8.472$, $p=.000$, ενώ η ίδια σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο παρατηρείται και σε χαμηλά επίπεδα άγχους εγκατάλειψης, $b=-0.130$, 95% CI [-0.183, -0,076], $t=-4.76$, $p=.000$.

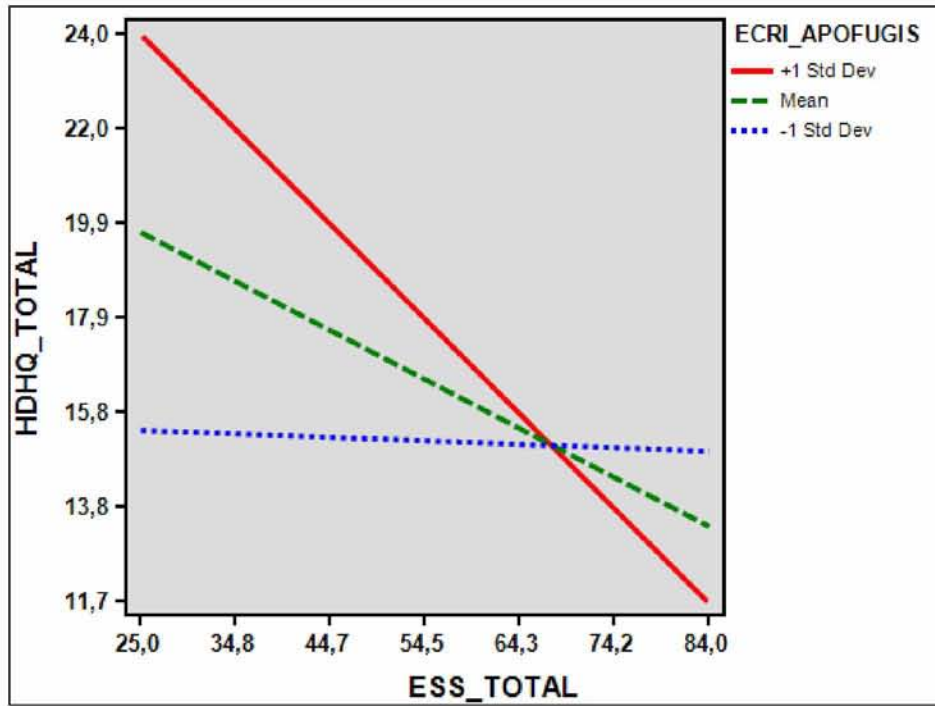


Διάγραμμα 11. Η επίδραση του άγχους εγκατάλειψης στη σχέση εσωτερικής ντροπής και επιθετικότητας

7.4 Η αποφυγή εγγύτητας ως ρυθμιστής της σχέσης εσωτερικής ντροπής και επιθετικότητας

Σε αυτήν την παράγραφο διερευνούμε αν η αποφυγή της εγγύτητας παίζει ρόλο ρυθμιστή στη σχέση εσωτερικής ντροπής και επιθετικότητας. Η ανάλυση ρύθμισης έγινε ακολουθώντας τα βήματα των Baron and Kenny (1986). Για την ανεξάρτητη μεταβλητή- εσωτερική ντροπή- (ESS) και τη ρυθμιστική μεταβλητή (ECRI αποφυγή) χρησιμοποιήθηκαν οι σταθμισμένες τιμές τους (z- scores) και από αυτές τις σταθμισμένες τιμές εξετάστηκε και η αλληλεπίδραση τους (ESS x ECRI αποφυγή). Έπειτα διεξήχθη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης όπου στο πρώτο

βήμα προστέθηκε η ανεξάρτητη μεταβλητή και η μεταβλητή ρύθμισης και στο δεύτερο βήμα προστέθηκε η μεταβλητή αλληλεπίδρασης.. Όπως βλέπουμε και από τον Πίνακα 40, η αλληλεπίδραση αποφυγής της εγγύτητας και εξωτερικής ντροπής ήταν προβλεπτικός παράγοντας της επιθετικότητας. Το διάγραμμα 12 μας δείχνει πως η αποφυγή της εγγύτητας σε 3 επίπεδα (χαμηλό= -1SD), μεσαίο= SD και υψηλό= +1SD) επηρεάζει τη σχέση εξωτερικής ντροπής και επιθετικότητας. Όπως βλέπουμε μόνο στα δυο από τα τρία επίπεδα, δηλαδή, στις περιπτώσεις που ένα άτομα έχει μεσαία ή υψηλή τάση αποφυγής της εγγύτητας, όσο περισσότερη εσωτερική ντροπή βιώνει τόσο λιγότερη συνολική επιθετικότητα εκδηλώνει. Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 12 η σχέση είναι πιο ισχυρή για τα άτομα με υψηλή τάση αποφυγής της εγγύτητας. Σε άτομα με υψηλή τάση αποφυγής αποδεικνύεται σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην εσωτερική ντροπή και την επιθετικότητα, $b = -0.20$, 95% CI $[-0.261, -0.156]$, $t = -7.855$, $p = .000$. Σε μεσαία επίπεδα αποφυγής υπάρχει επίσης σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της εσωτερικής μεταξύ της εσωτερικής ντροπής και της επιθετικότητας, $b = -0.108$, 95% CI $[-0.144, -0.0714]$, $t = -5.779$, $p = .000$. Σε χαμηλά επίπεδα αποφυγής η συσχέτιση μεταξύ εσωτερικής ντροπής και επιθετικότητας δεν αποδεικνύεται σημαντική, $b = -0.007$, 95% CI $[-0.055, 0.040]$, $t = -0.30$, $p = 0.75$.



Διάγραμμα 12. Η επίδραση της αποφυγής εγγύτητας στη σχέση εσωτερικής ντροπής και επιθετικότητας

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1 Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ιατρών

Επιχειρώντας να προσεγγίσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας μας σε σχέση με το κοινωνικό και δημογραφικό προφίλ του δείγματος, παρατηρούμε με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, ότι η πλειοψηφία (69%) των ιατρών της παρούσας έρευνας απάντησαν πως δεν έχουν κάποιο γιατρό στην οικογένεια τους, γεγονός που αναιρεί την ευρέως διαδεδομένη αντίληψη πως αυτό συμβαίνει για την πλειοψηφία των γιατρών.

Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με έρευνες του εξωτερικού (Millan et al., 2005). Επιχειρώντας να ερμηνεύσουμε την παρατηρούμενη διαφορά, μια ικανή εξήγηση θα μπορούσε να αποτελεί η μικρότερη “ταξικότητα” της ελληνικής κοινωνίας αλλά και πιθανότατα και ένα δικαιότερο σύστημα εισαγωγής στις ιατρικές σχολές το οποίο εφαρμόζεται στην χώρα. Πρόκειται για ένα σύστημα που εν πολλοίς ανακόπτει την πιθανή “ευνοιοκρατία” που παρατηρείται σε άλλες χώρες του κόσμου (Γουβιάς Δ., 2010).

Μπορούμε επιπρόσθετα να παρατηρήσουμε ότι σημαντικό ποσοστό του δείγματος της έρευνας μας (40.3%), ανακαλεί τις Πανελλήνιες εξετάσεις ως το πιο στρεσογόνο γεγονός της ζωής του, γεγονός που έρχεται να επιβεβαιώσει την ευρέως παραδεκτή αντίληψη για την ιδιαίτερη ψυχολογική επιβάρυνση που προκαλείται στους νέους της χώρας από το παρόν σύστημα εισαγωγής στα Πανεπιστήμια.

Η καθολική σχεδόν προσδοκία των Ελλήνων γονέων για ανώτατη εκπαίδευση των παιδιών τους και η διάθεση τους να υποστούν οποιαδήποτε θυσία προκειμένου να πραγματοποιηθεί αυτός ο στόχος, σίγουρα εξηγεί σε μεγάλο βαθμό τον ιδιαίτερα

ψυχοπαιστικό χαρακτήρα των εισαγωγικών εξετάσεων στα ελληνικά πανεπιστήμια (Κασσωτάκης και Παπαγγελή-Βουλιουρή, 1996).

Επιπλέον, μελετώντας άλλα κοινωνικο-δημογραφικά αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, παρατηρούμε ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτώμενων τοποθέτησε τον εαυτό της στο μεσαίο σημείο της κλίμακας σε ότι αφορά την παρουσία της πατρικής οικογένειας, ενώ πολύ λιγότερες αποκρίσεις βρίσκονται στις δύο μεγαλύτερες τιμές της κλίμακας.

Το παραπάνω εύρημα βρίσκεται σε αντιστοιχία με έρευνα του εξωτερικού (Millan et al., 2005) στην οποία επισημαίνεται ότι η επιλογή της ιατρικής γίνεται κυρίως από νέους που ανήκουν στη μεσαία οικονομική διαστρωμάτωση. Επιπρόσθετα, ενδιαφέρον στοιχείο των αποτελεσμάτων της έρευνας, είναι, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (75,3%) αποτελούσαν το πρώτο παιδί στην οικογένεια τους ενώ μόνο το 22,6% το δεύτερο παιδί της οικογένειας τους. Μια ερμηνεία του φαινομένου αυτού θα μπορούσε να είναι οι αυξημένες προσδοκίες αλλά και η έντονη προβολή των επιθυμιών των γονέων στο πρώτο παιδί τους.

Ο ρόλος της οικογένειας στην επιλογή επαγγέλματος από το άτομο έχει επισημανθεί εκτενώς στην παρούσα έρευνα (Pezirkianidis et al., 2013; Palos & Drobot, 2010; Tucker et al., 2001; Germeijs & Verschueren, 2009). Το καταξιωμένο, στην κοινωνική συνείδηση, επάγγελμα του ιατρού, αποτελεί πιθανώς για τους γονείς μια επιθυμητή επιλογή στην οποία και ωθούν το πρώτο παιδί τους.

Βρέθηκε ακόμη, ότι υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση της επιλογής της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής από ιατρούς που έχουν καταγωγή από χωριά και κωμοπόλεις. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες μνεία των

οποίων έχει γίνει σε προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας έρευνας (Senf et al., 2001). Το προαναφερθέν εύρημα κρίνεται ως μάλλον αναμενόμενο καθώς η εξοικείωση με την ζωή στις μικρές κοινωνίες -που είναι ο συνήθης χώρος εργασίας των Γενικών Ιατρών- λειτουργεί σίγουρα ενισχυτικά στην επιλογή της συγκεκριμένης ειδικότητας.

Ενδιαφέρον εύρημα της έρευνας αποτελεί η διαπίστωση ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων του δείγματος (86,8%) δηλώνει πως δεν μετάνιωσε για την ειδικότητα που επέλεξε. Το εύρημα αυτό μάλιστα, εμφανίζεται να είναι ανεξάρτητο από την ειδικότητα ή το φύλο των συμμετεχόντων. Συνδυάζοντας το προαναφερθέν με την μειωμένη δημοφιλία που εμφανίζουν ειδικότητες όπως η Γενική Ιατρική (Mariolis et al, 2007; Stathis G, 2005) και στην “αναγκαστική” επιλογή τους από μέρος των φοιτητών (Dardavesis et al, 1991), μπορούμε να οδηγηθούμε στην διαπίστωση ότι πιθανότατα η άσκηση της εν λόγω ειδικότητας, πιθανόν να μην είναι τελικά όσο απογοητευτική αναμένονταν, καθώς δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική δυσαρέσκεια ανάμεσα στα άτομα που επέλεξαν τελικά να την ασκήσουν και στους συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων.

8.2 Οι διαφορές στο ψυχολογικό προφίλ ανάμεσα στις ειδικότητες

8.2.1 Το ψυχολογικό προφίλ των Γενικών Ιατρών

Στην έρευνά μας εξήχθη το συμπέρασμα ότι οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μικρότερα ποσοστά στις υποκλίμακες που μετρούν την κατάθλιψη, την επιθετικότητα και το άγχος. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από άλλη έρευνα

στην οποία τα τρία αυτά στοιχεία της νευρωσικής προσωπικότητας εμφανίζονται σε μικρότερη συχνότητα στους γενικούς ιατρούς (Maron et al., 2007). Η στενότερη σχέση και επαφή με τους ασθενείς, το λιγότερο ανταγωνιστικό εργασιακό περιβάλλον αλλά και οι εκ των προτέρων διαφορετικές στοχοθετήσεις και φιλοδοξίες των ιατρών που επιλέγουν να ασκήσουν την γενική ιατρική μπορεί να αποτελούν ικανοποιητικές εξηγήσεις για την παρατηρούμενη μικρότερη ψυχολογική επιβάρυνση τους (Kiolbassa et al., 2011; Senf et al., 2001; Wright et al., 2004; Buddeberg- Fischer et al, 2006)

Ακόμη, ενδιαφέρουσα παρατήρηση στην ερέυνα μας αποτελεί το στατιστικά μεγαλύτερο αποτέλεσμα που επιτυγχάνουν οι Γενικοί Ιατροί στην κλίμακα του Αλτρουισμού. Το συγκεκριμένο εύρημα επιβεβαιώνεται και από άλλες διεθνείς ερευνητικές εργασίες στις οποίες επισημαίνεται ότι οι φοιτητές που επιλέγουν την γενική ιατρική εμφανίζονται να σημειώνουν υψηλότερα αποτελέσματα σε κλίμακες που μετρούν τον αλτρουισμό, την εμπιστοσύνη, την αμεσότητα και την σεμνότητα, σε σχέση με τους συναδέλφους τους που επιλέγουν άλλες ειδικότητες. (Maron et al., 2007).

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και καναδική έρευνα (Wright et al., 2004) που επισημαίνει ότι οι φοιτητές που επιλέγουν την γενική ιατρική τείνουν να έχουν μεγαλύτερη κοινωνική ευαισθησία σε σχέση με τους συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων.

Επιχειρώντας να εξηγήσουμε το φαινόμενο αυτό πρέπει ίσως να λάβουμε υπόψη μας την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδουν οι Γενικοί Ιατροί στην “σχέση με τους ασθενείς” ως παράγοντα επιλογής της ειδικότητας τους σε αντίθεση με τις

“επαγγελματικές φιλοδοξίες” και την “μελλοντική εξέλιξη” που δεν φαίνεται να αποτελούν σημαντικά κριτήρια επιλογής ειδικότητας (Kiolbassa et al., 2011). Μια ακόμα πιθανή εξήγηση για τον αυξημένο αλτρουισμό που παρατηρείται στους γενικούς ιατρούς είναι η χαμηλότερη κοινωνικο-οικονομική καταγωγή αυτών (Senf et al., 2001) η οποία ίσως να εξηγεί μια μεγαλύτερη ευαισθησία που ενδεχομένως έχουν απέναντι στην ένδεια και τα προβλήματα που αυτή παράγει.

Ωστόσο στην παρούσα έρευνα δεν επιβεβαιώνεται το χαμηλότερο οικονομικό υπόβαθρο των γενικών ιατρών καθώς μόνο οι εργαστηριακοί ιατροί εμφανίζονται να έχουν στατιστικά υψηλότερο αυτοαναφερόμενο μέσο όρο σχετικά με το πλούτο της πατρικής τους οικογένειας.

8.2.2 Το ψυχολογικό προφίλ των Παθολόγων

Σε ό,τι αφορά τους Παθολόγους, στην παρούσα έρευνα διαφαίνεται ότι αυτοί εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά στις υποκλίμακες της κατάθλιψης και του άγχους της κλίμακας SCL-90 συμπέρασμα το οποίο δεν επιβεβαιώνεται από διεθνείς έρευνες στις οποίες το αίσθημα της ευημερίας βρέθηκε να είναι αντίστοιχο με τον γενικό πληθυσμό ενώ ο βαθμός της ενσυναίσθησης των ειδικευομένων παθολόγων ήταν παρόμοιος με αυτόν των ειδικευμένων άλλων ειδικοτήτων. (Tait et al., 2005; Maron et al., 2007).

Επιπλέον, σχεδόν στο σύνολο των υποκλιμάκων της ίδιας Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) οι ειδικευόμενοι και ειδικοί Παθολόγοι της έρευνας μας εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τους συναδέλφους τους. Ειδικότερα,

στο Φοβικό άγχος, στον Παρανοειδή ιδεασμό, στον Ψυχωτισμό, στην Διαπροσωπική ευαισθησία, αλλά και στο άθροισμα όλων των δεικτών οι ίδιοι σημειώνουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά

Ακόμα, στην έρευνά μας οι Παθολόγοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σε τρεις από τις τέσσερις υποκλίμακες της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS).

Πιο συγκεκριμένα τόσο στην Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) όσο και στην Σωματική ντροπή (bodily shame) αλλά και στην Συνολική ντροπή (total shame) οι Παθολόγοι της παρούσας έρευνας σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες. Πρέπει τέλος να επισημανθεί ακόμα το στατιστικά σημαντικό υψηλότερο ποσοστό των Παθολόγων ιατρών της παρούσας έρευνας στην υποκλίμακα της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) που μετρά Αίσθημα κατωτερότητας, σε σχέση με τους συναδέλφους τους.

Τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να αποδοθούν στο διαφορετικό εργασιακό περιβάλλον στο οποίο οι Έλληνες παθολόγοι καλούνται να εργαστούν, σε σχέση με τους ξένους συναδέλφους τους. Δεδομένης της περιορισμένης οργάνωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην χώρα μας (Sthathis, 2005), αλλά και του σχετικά μικρού αριθμού των γενικών ιατρών, σε σχέση με άλλες χώρες, παρατηρείται μεγάλος φόρτος εργασίας στις παθολογικές κλινικές της επικράτειας.

Περιστατικά όπως η τελική φροντίδα ασθενών, γηριατρικά περιστατικά αλλά και ασθενείς που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με κατ' οίκον παρακολούθηση από το πρωτοβάθμιο δίκτυο υγείας, επιβαρύνουν τις παθολογικές κλινικές και το κλινικό έργο των Παθολόγων. Ο επακόλουθος μεγάλος και δυσανάλογος σε σχέση με

άλλες ειδικότητες φόρτος εργασίας αυτών, μπορεί να αποτελεί μια λογική εξήγηση, των αποτελεσμάτων της ερευνάς μας.

Με ενδιαφέρον παρατηρούμε ότι σε τρεις από τις τέσσερις υποκλίμακες της Κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III), πιο συγκεκριμένα στις υποκλίμακες φόβου του ελαφρύ πόνου (Minor Pain subscale), του πόνου που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale) και του συνολικού πόνου (Total pain), οι παθολόγοι εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες της παρούσας μελέτης.

Η διαχείριση περισσότερων περιστατικών χρόνιου και δυσίατου πόνου από τους παθολόγους που επισημαίνεται από άλλες έρευνες (Green et al., 2001) μπορεί να αποτελεί ικανή εξήγηση για τον μεγαλύτερο φόβο που δείχνουν σε αυτόν.

Ακόμα,, σε επίρρωση των ευρημάτων της έρευνας μας, σύμφωνα με άλλες διεθνείς μελέτες, ειδικότητες όπως η παθολογία και η γενική ιατρική χορηγούν παυσίπονα και οπιοειδή με μεγαλύτερη ευκολία στους ασθενείς τους σε αντίθεση με ειδικότητες όπως η χειρουργική, οι λειτουργοί των οποίων έχουν μειωμένη ευαισθησία σε αυτόν, θεωρώντας ότι μπορούν να τον ελέγξουν πιο άμεσα με την χρήση τεχνολογιών αιχμής (Weinstein et al., 2000; Kuhn et al., 1990).

8.2.3 Το ψυχολογικό προφίλ των Χειρουργών

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε, πέραν πάσης αμφιβολίας, ότι οι χειρουργοί εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επιθετικότητας σε σχέση με όλους τους συναδέλφους τους.

Πιο συγκεκριμένα, στην υποκλίμακα της επιθετικότητας της δοκιμασίας SCL-90 εμφανίζονται με υψηλότερα σκορ ενώ επιπλέον εμφανίζονται να σημειώνουν στατιστικά σημαντικότερες βαθμολογίες σε όλες σχεδόν τις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire – HDHQ). Το εύρημα αυτό συμπίπτει και επιβεβαιώνεται από σειρά διεθνών ερευνητικών εργασιών (Bellodi, 2004; Yufit et al., 1969; Coombs, 1993; Gordin et al., 1991; Schwartz et al., 1994;).

Η επιθυμία για ηγεσία, δράση και πρακτική εφαρμογή της επιστήμης είναι μερικά από τα δομικά συστατικά που αποδίδονται στην προσωπικότητα των χειρουργών από πολλούς ερευνητές και μπορούν να εξηγήσουν απόλυτα και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. (Bruhn and Parsons, 1964, 1965; Mowbray and Davis, Yufit et al., 1969; Coombs, 1993; Gordin et al., 1991; Schwartz et al., 1994).

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα καταδείχτηκε ότι οι χειρουργοί εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά στις υποκλίμακες του άγχους, της σωματοποίησης και του ιδεοψυχαναγκασμού της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), ευρήματα τα οποία επιβεβαιώνονται μερικώς και από άλλους ερευνητές.

Πιο συγκεκριμένα, επιβεβαιώνεται ότι οι χειρουργοί εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά νευρωτισμού και υψηλότερη εξωστρέφεια σε σχέση με τους συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων (McCulloch et al., 2005).

Η μεγαλύτερη εξωστρέφεια των χειρουργών σε σχέση με τους συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων επιβεβαιώνεται και από την παρούσα έρευνα όπου οι ίδιοι εμφανίζονται, ανεξαρτήτως φύλου, στις υποκλίμακες του τεστ προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire), να είναι σημαντικά πιο εξωστρεφείς από τους

συναδέλφους τους. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να αποδοθούν τόσο στην προϋπάρχουσα δομή της προσωπικότητας τους, αλλά και στην ενεργητική και δυναμική φύση της χειρουργικής ειδικότητας, η οποία δεν αφήνει ιδιαίτερα περιθώρια αυτοαναίρεσης και αυτό-αμφισβήτησης (Zeldow et al., 1990; 1992; Zeldow & Daugherty, 1991)

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε, ότι οι χειρουργοί είχαν υψηλότερο μέσο όρο στη στάση προς τη ζωή έναντι των άλλων ειδικοτήτων. Η μεγαλύτερη αισιοδοξία των χειρουργών και η θετικότερη οπτική της ζωής πιθανόν να σχετίζεται με στοιχεία του χαρακτήρα τους όπως η εξωστρέφεια αλλά και η μειωμένες αναστολές που επισημαίνονται από σειρά διεθνών μελετών (McCulloch et al., 2005; Cochran et al., 2005; Yufit et al., 1969; Coombs, 1993; Gordin et al., 1991; Schwartz et al., 1994).

Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει ο παρατηρούμενος μεγαλύτερος φόβος των χειρουργών για διάρρηξη της προσωπικής τους σχέσης. Οι ίδιοι εμφανίζουν στατιστικά σημαντικό μεγαλύτερο ποσοστό στην υποκλίμακα Άγχους της Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI). Τα κουραστικά και απρόβλεπτα ωράρια και η μεγάλη επαγγελματική αφιέρωση που αποτελούν χαρακτηριστικά της εν λόγω ειδικότητας (Cochran et al., 2005), αποτελούν πέραν πάσης αμφιβολίας τροχοπέδη μιας ομαλής προσωπικής ζωής και δικαιολογούν πιθανά εν πολλοίς την καταγραφόμενη από μέρους τους ανασφάλεια.

8.2.4 Το ψυχολογικό προφίλ των Αναισθησιολόγων

Σε ότι αφορά στους Αναισθησιολόγους, στην έρευνα μας, παρατηρούμε ότι αυτοί εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά στην υποκλίμακα του ψυχωτισμού του τεστ προσωπικότητας EPQ.

Τα άτομα με αυξημένες τιμές ψυχωτισμού χαρακτηρίζονται ως μοναχικά, ψύχραιμα απρόσωπα, εχθρικά και επιθετικά, αγενή, ασεβή και απείθαρχα. Έρευνες που συντείνουν στο συμπέρασμα ότι η ουσιοεξάρτηση είναι πολύ πιο συχνή ανάμεσα στους αναισθησιολόγους (Ward et al., 1983; Talbott et al., 1987; Alexander et al., 2000) έρχονται να στηρίζουν το προαναφερθέν εύρημα.

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα νεότερης έρευνας (Maron et al., 2007) καταδεικνύει ότι οι φοιτητές της ιατρικής που αποφάσισαν να ειδικευτούν στην αναισθησιολογία εμφανίζονται να σημειώνουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα αποτελέσματα σε ότι αφορά την ανταγωνιστικότητα τους, την αυτοπειθαρχία, την οργανωτικότητα, την τάξη αλλά και το αίσθημα του καθήκοντος σε σχέση με τους συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων. Τα προαναφερθέντα αποτελέσματα βρίσκονται και αυτά με τη σειρά τους σε πλήρη συμφωνία με τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας.

8.2.5 Το ψυχολογικό προφίλ των Εργαστηριακών Ιατρών

Σε ό,τι αφορά στους Μικροβιολόγους της παρούσας έρευνας, οι ίδιοι, εμφανίζονται να σημειώνουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων στην συνολική Κλίμακα της Εξωτερικής Ντροπής

(Other As Shamer Scale- OAS) και στην υποκλίμακα αυτής που μετρά την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes).

Επιπλέον, οι ίδιοι εμφανίζονται να έχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά στις υποκλίμακες του ιδεοψυχαναγκασμού και της σωματοποίησης της κλίμακας SCL-90. Τέλος εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας σε σχέση με τους συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων.

Επιχειρώντας να συνδυάσουμε τα ανωτέρω ευρήματα με την αντίληψη της πλειοψηφίας των ερωτώμενων της παρούσας έρευνας, που θεωρούν την Μικροβιολογία ως την πιο εύκολη ειδικότητα αλλά και την αντίληψη των ίδιων των Μικροβιολόγων κανένας εκ των οποίων δεν θεωρεί την ειδικότητα τους ως την πιο δύσκολη, μπορούμε να οδηγηθούμε στο λογικό συμπέρασμα ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο καταγραφέν ψυχολογικό προφίλ και στην επιλογή της συγκεκριμένης ειδικότητας.

Πιο συγκεκριμένα, τα καταγραφόμενα υψηλότερα ποσοστά ιδεοψυχαναγκασμού και η παρατηρούμενη μεγαλύτερη ευαισθησία στα λάθη και στην ενδεχόμενη επίκριση που αυτά επιφέρουν, οδηγούν πιθανόν στην “ασφάλεια” της επιλογής της ειδικότητας της μικροβιολογίας, η οποία θεωρείται ευκολότερη από την πλειοψηφία των ιατρών της έρευνας μας.

Επιπρόσθετα, ιδωμένο από μια άλλη οπτική, θα μπορούσε η μεγαλύτερη προσήλωση στην λεπτομέρεια και η επιθυμία για αποφυγή των λαθών που καταγράφονται στην έρευνα να οδηγούν ιατρούς στην επιλογή του πιο ελεγχόμενου περιβάλλοντος του εργαστηρίου, ως χώρου εργασίας τους.

Με μεγάλο ενδιαφέρον παρατηρούμε, ότι σε αντίθεση με όλες τις άλλες υπό μελέτη ειδικότητες που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε τέσσερις εξεταζόμενες κατηγορίες (άντρες ειδικοί, άντρες ειδικεύομενοι, γυναίκες ειδικοί και γυναίκες ειδικεύομενες) οι Μικροβιολόγοι της παρούσας έρευνας δεν παρουσίασαν στατιστικές διαφοροποιήσεις ως προς τις εξεταζόμενες κλίμακες. Η απουσία διαφορών ανάμεσα στα φύλα αλλά και στην εμπειρία θα μπορούσε να αποδοθεί σε μια πιθανόν καλύτερα σχεδιασμένη αλλά και λιγότερο ψυχοθόρα διαδικασία ειδίκευσης. Ακόμα οι λιγότερες εργασιακές εκπλήξεις, τα καλύτερα ωράρια, το πιο “προστατευμένο” εργασιακό περιβάλλον αλλά και μια ενδεχομένη διαφορετική δομή της ίδιας της προσωπικότητας των Βιοπαθολόγων, ενδεχομένως να αποτελούν ικανές εξηγήσεις για την παρατηρούμενη απουσία διαφορών.

Τέλος, στην παρούσα έρευνα οι Μικροβιολόγοι εμφανίζονται να έχουν στατιστικά υψηλότερο μέσο όρο στον αυτοαναφερόμενο πλούτο της πατρικής τους οικογένειας, στην αυτοαναφερόμενη προσωπική καλλιέργεια αλλά και στην προσδοκία της επιτυχίας. Το σημαντικό οικονομικό κεφάλαιο που απαιτείται για την δημιουργία και τον εξοπλισμό ενός μικροβιολογικού εργαστηρίου θα μπορούσε να αποτελεί μια εξήγηση του μεγαλύτερου οικογενειακού πλούτου που αναφέρουν οι ιατροί της προκείμενης ειδικότητας.

Η απουσία διεθνούς βιβλιογραφίας που μελετά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των Βιοπαθολόγων (όπως είναι ο επίσημος τίτλος της ειδικότητας στην Ελλάδα) αλλά και των εργαστηριακών ιατρών γενικότερα ανοίγει ένα μελλοντικό ερευνητικό πεδίο, προς επίρρωση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας.

8.3 Οι διαφορές στο ψυχολογικό προφίλ μεταξύ ειδικών-ειδικευομένων

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι στις περισσότερες υποκλίμακες παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ειδικών και ειδικευομένων ιατρών. Οι ειδικευόμενοι εμφανίζονται να σημειώνουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συνολικά στην κλίμακα της Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS) αλλά και στις υποκλίμακες της που αφορούν στο αίσθημα κενού και κατωτερότητας.

Ακόμα οι ίδιοι εμφανίζονται με σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε όλες – πλην μιας- από τις υποκλίμακες της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας (SCL-90). Επιπρόσθετα, στην κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III), καθώς και στις τρεις από τις τέσσερις κλίμακες του Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire) οι ίδιοι εμφανίζονται να σημειώνουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τους ειδικούς ιατρούς.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας βρίσκονται σε απόλυτη συμφωνία με τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί κατά το παρελθόν (Reuben, 1983; 1985; Firth- Cozens, 1997). Επιχειρώντας κανείς να εξηγήσει την ψυχολογική επιβάρυνση την οποία εμφανίζονται να έχουν οι ειδικευόμενοι ιατροί, θα μπορούσε να την αποδώσει στα δύσκολα ωράρια που οι ειδικευόμενοι καλούνται να φέρουν σε πέρας αλλά και στην ιδιαίτερη προσαρμογή που απαιτείται για την αφομοίωση και πρακτική εφαρμογή των νέων γνωστικών αντικειμένων της ειδικότητας που επέλεξαν.

Η προοδευτική μείωση των τιμών στις διάφορες κλίμακες παθοψυχολογίας, όσο οι ειδικευόμενοι προχωρούν στην ειδικότητά τους, επιβεβαιώνει την σημασία

αλλά και την θετική επίδραση της προσαρμογής τους στα νέο επαγγελματικό περιβάλλον. Επιπρόσθετα το “επιβαρυνόμενο” ψυχολογικό προφίλ των ειδικευόμενων ιατρών θα μπορούσε να αποδοθεί και στο νεαρότερο της ηλικίας τους σε σχέση με τους ειδικευμένους συναδέλφους τους.

Πιο συγκεκριμένα οι ειδικευόμενοι ιατροί, όντας σε ηλικία δημιουργίας νέας οικογένειας έχουν παράλληλα με την επαγγελματική τους σταδιοδρομία να μεριμνήσουν και για όλα τα βάρη που απορρέουν από την μητρότητα ή την πατρότητα και πιθανότατα και τα οικονομικά άγχη που συνοδεύουν την καινούρια οικογένεια.

Τα παραπάνω πιθανολογείται ότι συμβάλουν στην σημαντική διαφοροποίηση των δύο ομάδων που παρουσιάστηκε στην παρούσα έρευνα. Ωστόσο, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρατηρείται στην παρούσα έρευνα, ότι, στις υποκλίμακες του HDHQ για την παρανοειδή επιθετικότητα και την επίκριση των άλλων οι ειδικοί ιατροί σημειώνουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερους μέσους όρους στις απαντήσεις τους από τους ειδικευόμενους. Το ίδιο φαινόμενο καταγράφεται και στις υποκλίμακες άγχους και αποφυγής της Κλίμακας Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις ECRI όπου και εκεί οι ειδικοί εμφανίζονται να έχουν στατιστικά υψηλότερους μέσους όρους.

Η ανάληψη θέσεων εξουσίας και των συνεπακόλουθων ευθυνών τους από τους ειδικούς ιατρούς μπορεί να αποτελούν ικανή εξήγηση για τα υψηλότερα αποτελέσματα που αυτοί σημειώνουν στις παραπάνω κλίμακες. Εξάλλου, η μεγαλύτερη αναληψία που εμφανίζεται με την κατάληψη θέσεων ισχύος επισημαίνεται σε διεθνής έρευνες (Fikse and Depret, 1996). Ακόμη η προοδευτική

“επιβάρυνση” του οργανισμού με την φυσιολογική φθορά που επιφέρει ο χρόνος, έχουν σχετιστεί με την αυξημένη επιθετικότητα που παρατηρείται στις μεγαλύτερες ηλικίες (Kubzansky et al., 1999)

Σε ό,τι αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις, τα κουραστικά ωράρια και η αφιέρωση στην επαγγελματική σταδιοδρομία, αλλά και η φυσιολογική φθορά που ο χρόνος επιφέρει στις σχέσεις είναι πιθανές και λογικές εξηγήσεις τόσο για την παρατηρούμενη μεγαλύτερη δυσκολία των ειδικών ιατρών τόσο να συνάψουν συντροφικές σχέσεις όσο και για τον μεγαλύτερο φόβο που φαίνεται να τους διακατέχει ώστε να μην διαρραγούν οι ήδη υφιστάμενες σχέσεις τους.

Ο αυξημένος αριθμός διαζυγίων ανάμεσα στους ιατρούς, ιδίως σε μεγαλύτερες ηλικίες, αλλά και η μεγαλύτερη δυσκολία σύναψης σχέσεων που οι ίδιοι εμφανίζουν επισημαίνεται και από σειρά παλαιότερων ερευνών (Rosow and Rose, 1972; Krakowski, 1982)

8.4 Η σχέση ντροπής και επιθετικότητας στους ιατρούς

Με ιδιαίτερο ενδιαφέρον σημειώνονται τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης που αφορούν την επιβεβαίωση της σχέσης της επιθετικότητας και της ντροπής (εσωτερικής, εξωτερικής και συνολικής) στους γιατρούς και του ρυθμιστικού ρόλου που ασκεί ο φόβος της εγκατάλειψης και η αποφυγή των διαπροσωπικών σχέσεων στην συσχέτιση αυτή.

Ειδικότερα, η άμεση συσχέτιση των χαρακτηριστικών αυτών αλλά και η ισχυρή ρυθμιστική επίδραση που έχουν οι η αποφυγή της εγγύτητας και ο φόβος της εγκατάλειψης επιβεβαιώνονται σε μεγάλο βαθμό και από άλλες διεθνείς έρευνες

(Meifen et al., 2005; Tangney et al., 1992; Horowitz et al., 1993; Mikulincer & Shaver, 2004; Mikulincer & Shaver, 2001).

Επιπλέον η σηματικότητα των πρώιμων εμπειριών ντροπής στην διαμόρφωση του αισθήματος εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, αλλά και η επίδραση που έχουν αυτές στη συνολική παθοψυχολογία του ατόμου επιβεβαιώνονται και από άλλους σύγχρονους ερευνητές (Cunha et al., 2012; Gascon et al., 2013; Kim et al., 2011; Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Stuewig & McCloskey, 2005).

Πρέπει να επισημανθεί ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γιατροί στις προσωπικές τους σχέσεις υπογραμμίστηκαν και από παλαιότερες μελέτες (Rose & Rosow, 1973; Vaillant et al, 1972). Σύμφωνα με τα ευρήματά της παρούσας έρευνας οι δυσκολίες αυτές φαίνεται να διαδραματίζουν βασικό διαμεσολαβητικό ρόλο στην έκφραση πολύ σημαντικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών όπως η εχθρότητα και η ντροπή .

Έτσι ο φόβος της εγκατάλειψης και η αποφυγή των σχέσεων που πιθανότατα ανάγονται σε πρώιμες περιόδους της ψυχολογικής οργάνωσης του ατόμου φαίνεται να είναι σημαντικοί ρυθμιστικοί παράγοντες της συμπεριφοράς και της προσωπικότητας των ατόμων, ανοίγοντας νέα ερευνητικά πεδία για περαιτέρω μελέτη.

8.5 Οι διαφορές στο ψυχολογικό προφίλ των φύλων

Στην ερευνά μας, διεφάνη με σαφήνεια ότι οι γυναίκες εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90 test εκτός από την επιθετικότητα Hostility (HS) (σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκασμος, διαπροσωπική

ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός, ψυχωτισμός).

Σε ότι αφορά την κατάθλιψη, ο επιπολασμός ανάμεσα στις ειδικευόμενες γυναίκες ιατρούς επιβεβαιώνεται από αρκετές από αρκετές έρευνες (Hsu & Marshall, 1987; North & Ryall, 1997) και αναιρείται από άλλες διεθνείς έρευνες (Maron et al., 2007) όπου δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις εκδηλώσεις του νευρωτισμού, ανάμεσα στους ιατρούς των δύο φύλων. Τα αντικρουόμενα αποτελέσματα δύναται να αποτελέσουν αντικείμενο περαιτέρω έρευνας.

Επιπλέον, προσπαθώντας να εξηγήσουμε τις σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες των γυναικών σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90 τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να αποδοθούν στις ιδιαίτερες δυσκολίες που συναντούν οι Ελληνίδες ιατροί στην άσκηση του επαγγέλματος τους. Η άσκηση της ιατρικής και τα παράλληλα ιδιαίτερα βάρη της μητρότητας, η οποία συχνά δεν τυχαίνει ιδιαίτερης κρατικής αρωγής και υποστηρικτικών δομών, πιθανόν να αποτελούν ικανές εξηγήσεις για τις παρατηρούμενες διαφορές ανάμεσα στα φύλα.

Ειδικότερα, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρατηρούμε ότι στις περισσότερες υποκλίμακες (σωματοποίηση, διαπροσωπική ευαισθησία, άγχος, επιθετικότητα, φοβία και παρανοειδή ιδεασμό) της κλίμακας παθοψυχολογίας SCL-90 οι άντρες χειρουργοί εμφανίζονται να έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερα ποσοστά σε σχέση με τις γυναίκες συναδέλφους τους. Από την άλλη μεριά στην ειδικότητα της Παθολογίας αντίστοιχη “υπεροχή” των γυναικών παρατηρείται μόνο σε δύο υποκλίμακες της εν λόγω κλίμακας (επιθετικότητα και παρανοειδή ιδεασμό). Η “ανδροκρατούμενη” ειδικότητα της Γενικής Χειρουργικής (Mayer et al., 2001; Fysh et al., 2007 ; Dorsey et al., 2005; Egerton, 1983; McCord et al., 2007), το ιδιαίτερα ανταγωνιστικό πλαίσιο

της εργασίας (Bellodi., 2004, Bruhn and Parsons,1964, 1965; Mowbray and Davis, 1971) τα εξαντλητικά ωράρια αλλά και η σχετική απουσία “προτύπων-γυναικών” που να ασκούν καθοδηγητικό ρόλο (Sanfey et al., 2006) μπορεί να δικαιολογεί επαρκώς το εύρημα μας.

Ακόμη, μελετώντας τα αποτελέσματα της έρευνας μας, παρατηρούμε, σε ότι αφορά στο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητα του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire) τις γυναίκες να εμφανίζουν στατιστικά σημαντικότερα ποσοστά στην υποκλίμακα του νευρωτισμού, η οποία περιλαμβάνει ως κύρια χαρακτηριστικά της το άγχος και την κατάθλιψη.

Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, ανάμεσα στις γυναίκες ιατρούς σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους επιβεβαιώνεται σχεδόν από το σύνολό των διεθνών ερευνών και της βιβλιογραφίας (McMurray et al, 2000; Hsu, Marshall, 1987; North, Ryall, 1997).

Μελετώντας τα αποτελέσματα των υπολοίπων κλιμάκων της έρευνας μας, παρατηρούμε με σαφήνεια ότι οι γυναίκες σημειώνουν υψηλότερα αποτελέσματα στις περισσότερες εξ αυτών.

Πιο συγκεκριμένα στην Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας, στην Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS), στις υποκλίμακες της σωματική ντροπής (bodily shame) και της συνολικής ντροπής της κλίμακας Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) αλλά και στις κλίμακες που μελετούν την Επιθετικότητα και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ), στις υποκλίμακες αποφυγής και άγχους της Κλίμακας των Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) καθώς και

στην Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ-III) οι γυναίκες σημειώνουν, στατιστικά σημαντικά, υψηλότερα ποσοστά.

Η συντριπτική πλειονότητα των ανωτέρω ευρημάτων σε ότι αφορά τα υψηλότερα ποσοστά των γυναικών στην αντίληψη του πόνου, στην σωματική ντροπή αλλά και στην ενδοστρεφή επιθετικότητα, επιβεβαιώνονται από ελληνικές και διεθνείς έρευνες (Unruh, 1996; Eccleston, 2001; Grabe et al, 2007; Fava et al., 1997; Κόλλια Α και συν., 2011). Τα ευρήματα αυτά μπορούν να αποδοθούν στα ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου. Η σημασία της εικόνας του σώματος για το γυναικείο φύλο αλλά και τα δραματικά στοιχεία της προσωπικότητας που αποδίδονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε αυτές εξηγούν σε μεγάλο βαθμό τα προαναφερθέντα συμπεράσματα.

Ωστόσο με ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρατηρούμε ότι σε αντίθεση με την κοινή πεποίθηση σχετικά με την μεγαλύτερη εξωστρεφή επιθετικότητα των ανδρών, η οποία επιβεβαιώνεται από έρευνες (Fava et al., 1995) οι γυναίκες στην έρευνα μας εμφανίζονται να έχουν στατιστικά υψηλότερα ποσοστά παρορμητικής (acting-out hostility) και εξωστρεφούς επιθετικότητας. Το εύρημα αυτό απαντάται, σύμφωνα με διεθνή έρευνα (Robinson et al., 2001) σε ουσιοεξαρτημένες γυναίκες. Η σημαντική διαφοροποίηση των Ελληνίδων ιατρών, ως δομικό ή επίκτητο στοιχείο της προσωπικότητας τους, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Με ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρατηρούμε, ακόμη, ότι στην Κλίμακα Αλτρουισμού, οι άντρες ιατροί της παρούσας έρευνας σημειώνουν στατιστικά σημαντικό υψηλότερο μέσο όρο σε σχέση με τις γυναίκες συναδέλφους τους. Το εύρημα αυτό έρχεται σε πλήρη αντίθεση με μια μεγάλη πλειοψηφία διεθνών ερευνών

στις οποίες οι γυναίκες εμφανίζονται να συγκεντρώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως ο αλτρουισμός, η αλληλεγγύη, η ενσυναίσθηση αλλά και χαρακτηριστικά όπως η εξωστρέφεια, η ειλικρίνεια, η ευγένεια και η ευσυνειδησία (Buddeberg-Fischer et al. 2003; Coulter et al., 2007; Maron et al., 2007).

Επιπρόσθετα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, σε σχέση με τις στάσεις των δύο φύλων απέναντι στην ζωή, ανευρίσκεται, οι γυναίκες ιατροί να έχουν στατιστικά υψηλότερο μέσο όρο ως προς την προσδοκία τους για επαγγελματική επιτυχία . Ομοίως με τον αλτρουισμό και αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα διεθνών ερευνών, στις οποίες οι άντρες εμφανίζονται να έχουν σαφώς μεγαλύτερες επαγγελματικές προσδοκίες και φιλοδοξίες (Buddeberg-Fischer et al. 2003).

Τα μικρότερα ποσοστά αλτρουισμού, αλλά και οι μεγαλύτερες προσδοκίες που εμφανίζονται να έχουν οι γυναίκες ιατροί στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τις συναδέλφους τους στις άλλες χώρες πιθανόν να αποδίδονται σε μια διαφορετική καλλιέργεια προσδοκιών η οποία μπορεί να γίνεται από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον. Επιπρόσθετα η παρατηρούμενη διαφοροποίηση των Ελληνίδων ιατρών θα μπορούσε να αποδοθεί και σε διαφορές που πιθανόν να υπάρχουν κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους σε σχέση με το διεθνές περιβάλλον. Σε κάθε περίπτωση κάθε ενδεχόμενη ερμηνεία χρήζει περαιτέρω επιστημονικής διερεύνησης.

Σε ότι αφορά το φύλο των Ελλήνων ιατρών και την συσχέτιση του με την επιλογή ειδικότητας από αυτούς, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε σημαντικά θετική

συσχέτιση μόνο ανάμεσα στο γυναικείο φύλο και την επιλογή της ειδικότητας της Μικροβιολογίας, συσχέτιση που δεν παρατηρήθηκε στις άλλες ειδικότητες που μελετήθηκαν.

Το εύρημα αυτό δεν επισημαίνεται σε άλλες διεθνείς έρευνες, οι οποίες αναδεικνύουν την ιδιαίτερη προτίμηση των αντρών στις χειρουργικές ειδικότητες (Fysh et al., 2007) αλλά και την μικρή προτίμηση των γυναικών στην ειδικότητα της γενικής χειρουργικής αλλά και των χειρουργικών ειδικοτήτων γενικότερα (Mayer et al., 2001; Khader et al., 2008; Dorsey et al., 2005; Egerton, 1983; McCord et al., 2007).

8.6 Οριοθετήσεις- Περιορισμοί της έρευνας

Κάθε έρευνα δεν είναι ελεύθερη από περιορισμούς. Θα πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας περιορίζονται από το γεγονός ότι η έρευνα ερωτηματολογίου διερευνά μόνο τις απόψεις και τις στάσεις των συμμετεχόντων ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Συνεπώς, δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ότι οι συμμετέχοντες μπορεί να έδωσαν κάποιες ωραιοποιημένες απαντήσεις ή να απέφυγαν τις ακραίες απαντήσεις, θέλοντας να μη δημιουργήσουν αρνητικές εντυπώσεις. Παρόλα αυτά η διασφάλιση της ανωνυμίας ήταν ένας τρόπος ώστε οι συμμετέχοντες να ενθαρρυνθούν να απαντήσουν με ειλικρίνεια στις εξεταζόμενες κλίμακες. Επίσης, παρόλο που το δείγμα της παρούσας έρευνας είναι τυχαίο, δεν μπορούμε ν' αποκλείσουμε το ότι όσοι απάντησαν στην έρευνα ήταν πιο κινητοποιημένοι και με μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα εξεταζόμενα θέματα απ' ό,τι αυτοί που δεν απάντησαν- δηλαδή δεν μπορούμε να αποκλείσουμε ότι αυτοί που απάντησαν και αυτοί που δεν απάντησαν δεν διαφέρουν μεταξύ τους. Επιπρόσθετα, επισημαίνεται ότι πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη όπου μόνο οι συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών μπορούν να μετρηθούν και όχι η σχέση αιτίου-αιτιατού. Τέλος, οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες που επικρατούσαν στην Ελλάδα την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας μπορεί να επηρέασαν την απαντητικότητα αλλά τον τρόπο απάντησης των συμμετεχόντων σε αυτή.

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας θέτουν το ερώτημα κατά πόσο συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να λειτουργήσουν προβλεπτικά για την επιλογή συγκεκριμένων ειδικοτήτων από τους φοιτητές της ιατρικής. Ακόμα ανακύπτει το ερώτημα της δυνατότητας της στοχευμένης συμβουλευτικής προσέγγισης των φοιτητών με βάση τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που μελετά η παρούσα έρευνα.

Πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα της προκείμενης έρευνας θα μπορούσαν να βρουν πρακτική εφαρμογή στον πιθανό σχεδιασμό της εισαγωγής κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού για την στελέχωση συγκεκριμένων ειδικοτήτων, αλλά και την επαγγελματική κατεύθυνση των νέων ιατρών προκειμένου αυτοί να επιλέξουν τον πλέον ταιριαστό προσανατολισμό.

Ακόμη ειδικότερα, μπορεί κανείς να επισημάνει την χρησιμότητα των συγκεκριμένων εργαλείων και συμπερασμάτων στην πιθανή ανάγκη στελέχωσης ιατρικών ειδικοτήτων που έχουν ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό, καθώς η στοχευμένη επιλογή σε πρωιμότερα εκπαιδευτικά στάδια μπορεί να οδηγήσει στην καλύτερη και πληρέστερη κάλυψή τους.

Ειδικότερα, στην παρούσα έρευνα ανευρίσκονται σημαντικές ψυχοκοινωνικές διαφορές ανάμεσα στους ιατρούς των υπό εξέταση ειδικοτήτων. Οι διαφορές αυτές τα μπορούν να λειτουργήσουν ως χρήσιμο εργαλείο πρόβλεψης για την κατεύθυνση στις διάφορες ειδικότητες των φοιτητών της ιατρικής αλλά και ως συμβουλευτικό εργαλείο για την “καταλληλότερη” στελέχωση των υπό μελέτη ειδικοτήτων.

Ακόμα, παρατηρείται, πέραν κάθε αμφιβολίας, μια μεγαλύτερη “ψυχολογική

επιβάρυνση” των γυναικών και των ειδικευομένων ιατρών της έρευνας. Το συμπέρασμα αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε επαναξιολόγηση και επανασχεδιασμό των προγραμμάτων της ιατρικής ειδικότητας αλλά και στην δημιουργία υποστηρικτικών δομών ιδίως για τις γυναίκες ιατρούς που καλούνται να ανταποκριθούν σε πολλαπλούς επαγγελματικούς και κοινωνικούς ρόλους.

Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε ότι η νοσοκομειοκεντρική οργάνωση του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα που διαφέρει σημαντικά σε σχέση με την διεθνή πραγματικότητα, όπου υπάρχουν αναπτυγμένες πρωτοβάθμιες δομές υγείας, επηρεάζει σημαντικά την στάση και την επιλογή ειδικότητας από τους νέους ιατρούς.

Έτσι παρατηρείται, ότι η σχετική έλλειψη πρωτοβάθμιων δομών υγείας στην χώρα πιθανά να συνδέεται με την ιδιαίτερη “επιβάρυνση” κάποιων ειδικοτήτων, όπως της Παθολογίας, η οποία καλείται να αναλάβει ένα δυσβάσταχτο εργασιακό βάρος που πιθανόν προκαλεί η ελλιπής πρωτοβάθμια υγειονομική οργάνωση.

Ο επιχειρούμενος επανασχεδιασμός του Εθνικού συστήματος υγείας, με άξονα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, πρέπει ενδεχομένως να λάβει υπόψη του το μειωμένο κύρος που εμφανίζεται να έχει η Γενική Ιατρική ανάμεσα στους φοιτητές και να την εντάξει ως αναπόσπαστο και βασικό κομμάτι της ακαδημαϊκής εκπαίδευσης, καθιστώντας την έτσι ελκυστικότερη επιλογή.

Δεν πρέπει να παραγνωρίζεται, τέλος και η σημασία της εκτίμησης των ιδιαίτερων ψυχολογικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας στον σχεδιασμό διαχείρισης των κρίσεων αλλά και στον γενικότερο σχεδιασμό της επαγγελματικής εξέλιξης των ιατρών σε συγκεκριμένα εργασιακά περιβάλλοντα.

Σημειώνεται ότι με την παρούσα έρευνα επιχειρείται για πρώτη φορά η

συστηματική καταγραφή και ανάλυση πλήθους ψυχογραφικών αλλά και κοινωνικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ιατρών της ελληνικής επικράτειας. Δίνεται έτσι στον μελλοντικό ερευνητή μια βάση δεδομένων και συμπερασμάτων η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε νέες επιστημονικές κατευθύνσεις και ερωτήματα.

Γενικότερα, γίνεται αντιληπτό, ότι τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας μπορούν να αποβούν χρήσιμα τόσο στον στρατηγικό σχεδιασμό πολιτικών υγείας αλλά και ως εργαλείο επιλογής, ανάπτυξης και διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στα χέρια εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και δομών υγείας στις οποίες απασχολούνται οι Έλληνες ιατροί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- Agarwala, T. (2008). Factors influencing career choice of management students in India, *Career Development International*, 13(4), 362 – 376
- Alexander, B. H., Checkoway, H., Nagahama, S. I., & Domino, K. B. (2000). Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology*, 93(4), 922–930.
- Alpert, D., & Breen, D. T. (1989). “Liberality” in children and adolescents. *Journal of Vocational Behavior*, 34(2), 154–160.
- Andres, L., Anisef, P., Krahn, H., Looker, D., & Thiessen, V. (1999). The Persistence of Social Structure: Cohort, Class and Gender Effects on the Occupational Aspirations and Expectations of Canadian Youth. *Journal of Youth Studies*, 2(3), 261–282.
- Apostal, R., & Bilden, J. (1991). Educational and occupational aspirations of rural high school students. *Journal of Career Development*, 18(2), 153–160.
- Aydin, S., Yaris, F., Sahin, M.E., Ozer, C., Ozkomur, E (2005) Students' perceptions of their undergraduate medical education. *Saudi Med J*. 26, 1484–6.
- Babbott, D., Baldwin, D. C., Killian, C. D., & Weaver, S. O. (1989). Trends in evolution of specialty choice. Comparison of US medical school graduates in 1983 and 1987. *JAMA*, 261(16), 2367–2373.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* (Vol. xiii). Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Betz, N. E., & Hackett, G. (1986). Applications of Self-Efficacy Theory to Understanding Career Choice Behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 279–289.

- Bellodi Patricia (2004), Surgery or general medicine - a study of the reasons underlying the choice of medical specialty *Sao Paulo Med. J. vol.122 no.3* São Paulo May 2004
- Bissell, L., & Jones, R. W. (1976). The alcoholic physician: a survey. *The American Journal of Psychiatry*, 133(10), 1142–1146.
- Blachly, P.H., Disher, W., Roduner, G. Suicide by physicians (1968). *JAMA*, 210 (2), 309
- Bobo, M., Hildreth, B. L., & Durodoye, B. (1998). Changing Patterns in Career Choices Among African-American, Hispanic, and Anglo Children. *Professional School Counseling*, 1(4), 37–42.
- Borges, N. J., & Savickas, M. L. (2002). Personality and Medical Specialty Choice: A Literature Review and Integration. *Journal of Career Assessment*, 10(3), 362–380.
- Bruhn, J. G. (1965). Attitudes Toward Medical Specialties: Two Follow-Up Studies. *Academic Medicine*, 40(3), 273-280
- Bruhn. J.G. and Parsons O.A. (1964). Medical student attitudes towards four medical specialties. *Journal of Medical Education*, 39, 40-49
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Abel, T., & Buddeberg, C. (2003). The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students. *Swiss Medical Weekly*, 133(39-40), 535–540.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Stamm, M., Marty, F., Dreiding, P., Zoller, M., & Buddeberg, C. (2006). Primary care in Switzerland--no longer attractive for young physicians? *Swiss Medical Weekly*, 136(27-28), 416–424.
- Caplan, R. P. (1994). Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ : British Medical Journal*, 309(6964), 1261–1263.

- Caughlin, J. P. (2003). Family Communication Standards. *Human Communication Research, 29*(1), 5–40.
- Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., ... Silverman, M. M. (2003). Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA, 289*(23), 3161–3166.
- Cochran, A., Melby, S., & Neumayer, L. A. (2005). An Internet-based survey of factors influencing medical student selection of a general surgery career. *American Journal of Surgery, 189*(6), 742–746.
- Conroy, C. A. (1998). Influence of Gender and Program of Enrollment on Adolescents' and Teens' Occupational and Educational Aspirations. *Journal of Vocational and Technical Education, 14*(2).
- Coombs, R. H., Fawzy, F. I., & Daniels, M. L. (1993). Surgeons' personalities: the influence of medical school. *Medical Education, 27*(4), 337–343.
- Cooper, C. L., Rout, U., & Faragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *BMJ : British Medical Journal, 298*(6670), 366–370.
- Coulter, I. D., Wilkes, M., & Der-Martirosian, C. (2007). Altruism revisited: a comparison of medical, law and business students' altruistic attitudes. *Medical Education, 41*(4), 341–345.
- Crimlisk, H. L., & McManus, I. C. (1987). The effect of personal illness experience on career preference in medical students. *Medical Education, 21*(6), 464–467.

- Cunha M., Matos, M., Faria, D., Zagalo, S.(2012) Shame memories and psychopathology in adolescence: The mediator effect of shame . *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2) 203-218.
- Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education*, 39(6), 594–604.
- Dardavesis Th., Konstantinidis Th., Galanos A. (1991). Choice of specialties between medical students of Aristotle University of Thessaloniki, *Epitheorisi Ygeias*, 2,59–63
- Davey, F. H., & Stoppard, J. M. (1993). Some Factors Affecting the Occupational Expectations of Female Adolescents. *Journal of Vocational Behavior*, 43(3), 235–250.
- Davidoff, F. (2002). Shame: the elephant in the room. *BMJ : British Medical Journal*, 324(7338), 623–624.
- Dikici, M. F., Yaris, F., Topsever, P., Filiz, T. M., Gurel, F. S., Cubukcu, M., & Gorpelioglu, S. (2008). Factors Affecting Choice of Specialty Among First-year Medical Students of Four Universities in Different Regions of Turkey. *Croatian Medical Journal*, 49(3), 415–420.
- Domenighetti, G., Tomamichel, M., Gutzwiller, F., Berthoud, S., & Casabianca, A. (1991). Psychoactive drug use among medical doctors is higher than in the general population. *Social Science & Medicine* (1982), 33(3), 269–274.
- Dorsey, E. R., Jarjoura, D., & Rutecki, G. W. (2005). The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996-2003. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 80(9), 791–796.

- Drosdeck, J. M., Osayi, S. N., Peterson, L. A., Yu, L., Ellison, E. C., & Muscarella, P. (2015). Surgeon and nonsurgeon personalities at different career points. *Journal of Surgical Research*.
- Dunne, F., Elliott, R., & Carlsen, W. S. (1981). Sex differences in the educational and occupational aspirations of rural youth. *Journal of Vocational Behavior*, 18(1), 56–66.
- Eccleston, C. (2001). Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia*, 87(1), 144–152.
- Egerton, E. A. (1984). Career preference enquiry among Queen's University medical undergraduates and graduates: Stage III. *The Ulster Medical Journal*, 53(1), 93–97.
- Farley, W. J. (1992). Addiction and the anaesthesia resident. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthésie*, 39(5 Pt 2), R11–17.
- Farley, W. J., & Talbott, G. D. (1983). Anesthesiology and addiction. *Anesthesia and Analgesia*, 62(5), 465–466.
- Fava, M., Nolan, S., Kradin, R., & Rosenbaum, J. (1995). Gender differences in hostility among depressed and medical outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(1), 10–14.
- Feifel, D., Moutier, C. Y., & Swerdlow, N. R. (1999). Attitudes Toward Psychiatry as a Prospective Career Among Students Entering Medical School. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1397–1402.
- Firth-Cozens, J. (1997). Depression in doctors. In: Robertson MM, Catona CLE (eds) Depression and physical illness. (pp. 95–111). J Wiley and Sons Ltd, Cichester.
- Firth-Cozens, J., & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine*, 44(7), 1017–1022.

- Francis, B. (2002). Is the Future Really Female? The Impact and Implications of Gender for 14-16 Year Olds' Career Choices. *Journal of Education and Work*, 15(1), 75–88.
- Frank, E., & Dingle, A. D. (1999). Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *The American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1887–1894.
- Frank, E., McMurray, J. E., Linzer, M., & Elon, L. (1999). Career satisfaction of US women physicians: results from the Women Physicians' Health Study. Society of General Internal Medicine Career Satisfaction Study Group. *Archives of Internal Medicine*, 159(13), 1417–1426.
- Frost, F., & Diamond, E. E. (1979). Ethnic and sex differences in occupational stereotyping by elementary school children. *Journal of Vocational Behavior*, 15(1), 43–54.
- Furlong, A. (1986). Schools and the Structure of Female Occupational Aspirations. *British Journal of Sociology of Education*, 7(4), 367–377.
- Furlong, A., & Biggart, A. (1999). Framing “Choices”: a longitudinal study of occupational aspirations among 13- to 16-year-olds. *Journal of Education and Work*, 12(1), 21–35.
- Fysh, T. H., Thomas, G., & Ellis, H. (2007). Who wants to be a surgeon? A study of 300 first year medical students. *BMC Medical Education*, 7(1), 2.
- Gallegos, K. V., Browne, C. H., Veit, F. W., & Talbott, G. D. (1988). Addiction in anesthesiologists: drug access and patterns of substance abuse. *QRB. Quality Review Bulletin*, 14(4), 116–122.
- Garelick, A. I., Gross, S. R., Richardson, I., Tann, M. von der, Bland, J., & Hale, R. (2007). Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. *BMC Medicine*, 5(1), 26.

- Gascon, S., Leiter, M. P., Andrés, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. 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.
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x>
- Germeijs, V., & Verschueren, K. (2009). Adolescents' Career Decision-Making Process: Related to Quality of Attachment to Parents? *Journal of Research on Adolescence*, 19(3), 459–483.
- Gibbons, M.M. (2004). Prospective first-generation college students: Meeting their needs through social cognitive career theory. *Professional School Counseling*, 8 (1), 91-97.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 113–147.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, 70(4), 1205–1230.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2008). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. In *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders*. Cambridge University Press. Retrieved from
- Gordin, R., Jacobsen, S. J., & Rimm, A. A. (1991). Similarities in the personalities of women and men who were first-year medical students planning careers as surgeons. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 66(9), 560.
- Gordin, R., Jacobsen, S. J., & Rimm, A. A. (1991). Similarities in the personalities of women and men who were first-year medical students planning careers as surgeons.

Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 66(9), 560.

Gorenflo, D. W., Ruffin, M. T., & Sheets, K. J. (1994). A multivariate model for specialty preference by medical students. *The Journal of Family Practice*, 39(6), 570–576.

Grabe, S., Hyde, J. S., & Lindberg, S. M. (2007). Body Objectification and Depression in Adolescents: The Role of Gender, Shame, and Rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 31(2), 164–175.

Gravenstein, J. S., Kory, W. P., & Marks, R. G. (1983). Drug abuse by anesthesia personnel. *Anesthesia and Analgesia*, 62(5), 467–472.

Green, C. R., Wheeler, J. R., Marchant, B., LaPorte, F., & Guerrero, E. (2001). Analysis of the physician variable in pain management. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 2(4), 317–327.

Hackett, G., & Betz, N. E. (1995). Self-Efficacy and Career Choice and Development. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment* (pp. 249–280). Springer US.

Haq, C. L., Albanese, M. A., Linzer, M., Dottl, S. L., Skochelak, S. E., Katcher, M. L., & Prucha, C. (2002). Factors distinguishing medical students' career interests during a period of declining interest in generalist careers. *Family Medicine*, 34(9), 640–641.

Herrington, R. E. (1979). The impaired physician--recognition, diagnosis, and treatment. *Wisconsin Medical Journal*, 78(3), 21–23.

Hoglund, C. L., & Nicholas, K. B. (1995). Shame, guilt, and anger in college students exposed to abusive family environments. *Journal of Family Violence*, 10(2), 141–157.

<http://doi.org/10.1007/BF02110597>

- Hoppock, R. (1957). *Occupational Information*. McGraw-Hill, New York.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 549–560.
- Hsu, K., & Marshall, V. (1987). Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *The American Journal of Psychiatry, 144*(12), 1561–1566.
- Huda, N., & Yousuf, S. (2006). Career preference of final year medical students of Ziauddin Medical University. *Education for Health (Abingdon, England), 19*(3), 345–353.
- Hughes, P. H., Brandenburg, N., Baldwin, D. C., Storr, C. L., Williams, K. M., Anthony, J. C., & Sheehan, D. V. (1992). Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA, 267*(17), 2333–2339.
- Hutt, R., Parsons, D., & Pearson, R. (1981). The timing of and reasons for doctor's career decisions. *Health Trends, 13*(1), 17–20.
- Kassebaum, D. G., & Szenas, P. L. (1994). Factors influencing the specialty choices of 1993 medical school graduates. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 69*(2), 163–170.
- Kassebaum, D. G., Szenas, P. L., & Schuchert, M. K. (1996). Determinants of the generalist career intentions of 1995 graduating medical students. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 71*(2), 198–209.

- Kenkel, W. F., & Gage, B. A. (1983). The Restricted and Gender-Typed Occupational Aspirations of Young Women: Can They Be Modified? *Family Relations*, 32(1), 129–138. <http://doi.org/10.2307/583988>
- Khader, Y., Al-Zoubi, D., Amarin, Z., Alkafagei, A., Khasawneh, M., Burgan, S., ... Omari, M. (2008). Factors affecting medical students in formulating their specialty preferences in Jordan. *BMC Medical Education*, 8(1), 32.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68–96. <http://doi.org/10.1037/a0021466>
- Kiolbassa, K., Miksch, A., Hermann, K., Loh, A., Szecsenyi, J., Joos, S., & Goetz, K. (2011). Becoming a general practitioner - Which factors have most impact on career choice of medical students? *BMC Family Practice*, 12(1), 25.
- Kluger, M. T., Laidlaw, T. M., Kruger, N., & Harrison, M. J. (1999). Personality traits of anaesthetists and physicians: an evaluation using the Cloninger Temperament and Character Inventory (TCI-125). *Anaesthesia*, 54(10), 926–935.
- Kniveton, B. H. (2004). The influences and motivations on which students base their choice of career. Retrieved from <https://dspace.lboro.ac.uk/dspace-jspui/handle/2134/2642>
- Krakowski, A. J. (1984). Stress and the practice of medicine. III. Physicians compared with lawyers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 42(1-4), 143–151.
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I., & Sparrow, D. (1999). Socioeconomic status, hostility, and risk factor clustering in the Normative Aging Study: any help from the concept of

- allostatic load? *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 21(4), 330–338.
- Kuhn, S., Cooke, K., Collins, M., Jones, J. M., & Mucklow, J. C. (1990). Perceptions of pain relief after surgery. *BMJ : British Medical Journal*, 300(6741), 1687–1690.
- Lecky, J. H., Aukburg, S. J., Conahan, T. J., Geer, R. T., Ominsky, A. J., Gross, J., Wollman, H. (1986). A departmental policy addressing chemical substance abuse. *Anesthesiology*, 65(4), 414–417.
- Lent, R. W., Bron, S. D., & Hackett, G. (2000). Contextual supports and barriers to career choice: A social cognitive analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 36–49.
- Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (1994). Toward a Unifying Social Cognitive Theory of Career and Academic Interest, Choice, and Performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45(1), 79–122.
- Lewis, M. (2003). The Role of the Self in Shame. *Social Research*, 70(4), 1181–1204.
- Li Yong-xin, Li Yi-min, BAI Yang (2005), Study on Mental Health Status and Social Support of Doctors; *Journal of Henan Medical College For Staff and Workers*, 2005-04
- Lindeman S., Laara E, Hakko H and Lonnqvist J (1996) A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors; *The British Journal of Psychiatry* 168: 274-279
- Looft, W. R. (1971). Sex differences in the expression of vocational aspirations by elementary school children. *Developmental Psychology*, 5(2), 366.

- Looker, E. D., & Magee, P. A. (2000). Gender and work: The occupational expectations of young women and men in the 1990s. *Gender Issues, 18*(2), 74–88. <http://doi.org/10.1007/s12147-000-0012-3>
- Mariolis, A., Mihas, C., Alevizos, A., Gizlis, V., Mariolis, T., Marayiannis, K., Creatsas, G. (2007). General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. *BMC Medical Education, 7*(1), 15.
- Markert, R. J., Rodenhauser, P., El-Baghdadi, M. M., Juskaite, K., Hillel, A. T., & Maron, B. A. (2008). Personality as a prognostic factor for specialty choice: a prospective study of 4 medical school classes. *Medscape Journal of Medicine, 10*(2), 49.
- Maron, B. A., Fein, S., Maron, B. J., Hillel, A. T., El Baghdadi, M. M., & Rodenhauser, P. (2007). Ability of prospective assessment of personality profiles to predict the practice specialty of medical students. *Proceedings (Baylor University. Medical Center), 20*(1), 22–26.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*(4), 299–312. <http://doi.org/10.1002/cpp.659>
- Martini, C. J., Veloski, J. J., Barzansky, B., Xu, G., & Fields, S. K. (1994). Medical school and student characteristics that influence choosing a generalist career. *JAMA, 272*(9), 661–668.
- Mau, W.-C., & Bikos, L. H. (2000). Educational and Vocational Aspirations of Minority and Female Students: A Longitudinal Study. *Journal of Counseling & Development, 78*(2), 186–194.
- Mayer, K. L., Perez, R. V., & Ho, H. S. (2001). Factors Affecting Choice of Surgical Residency Training Program. *Journal of Surgical Research, 98*(2), 71–75.

- McAuliffe, W. E., Rohman, M., Breer, P., Wyshak, G., Santangelo, S., & Magnuson, E. (1991). Alcohol use and abuse in random samples of physicians and medical students. *American Journal of Public Health, 81*(2), 177–182.
- McCord, J. H., McDonald, R., Levenson, G., Mahvi, D. M., Rikkers, L. F., Chen, H. C., & Weber, S. M. (2007). Motivation to pursue surgical subspecialty training: is there a gender difference? *Journal of the American College of Surgeons, 205*(5), 698–703.
- McCulloch, P., Kaul, A., Wagstaff, G. F., & Wheatcroft, J. (2005). Tolerance of uncertainty, extroversion, neuroticism and attitudes to randomized controlled trials among surgeons and physicians. *The British Journal of Surgery, 92*(10), 1293–1297.
- McManus, I. C., Lefford, F., Furnham, A. F., Shahidi, S., & Pincus, T. (1996). Career preference and personality differences in medical school applicants. *Psychology, Health & Medicine, 1*(3), 235–248.
- McMurray, J. E., Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J., Shugerman, R., & Nelson, K. (2000). The Work Lives of Women Physicians. *Journal of General Internal Medicine, 15*(6), 372–380.
- Melinda, M., Gibbons, M. F. S. (2004). Prospective First-Generation College Students: Meeting Their Needs Through Social Cognitive Career Theory. *Professional School Counseling, 91–97*.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2001). Attachment theory and intergroup bias: evidence that priming the secure base schema attenuates negative reactions to out-groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*(1), 97–115.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2004). Security-Based Self-Representations in Adulthood: Contents and Processes. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult*

- attachment: Theory, research, and clinical implications (pp. 159–195). New York, NY, US: Guilford Publications.
- Miller, M. J. (1983). The Role of Happenstance in Career Choice. *Vocational Guidance Quarterly*, 32(1), 16–20.
- Mitra, S., Sinha, P. K., Gombar, K. K., & Basu, D. (2003). Comparison of temperament and character profiles of anesthesiologists and surgeons: a preliminary study. *Indian Journal of Medical Sciences*, 57(10), 431–436.
- Mowbray, R. M., & Davies, B. (1971). Personality factors in choice of medical specialty. *Medical Education*, 5(2), 110–117.
- Newton, D. A., Grayson, M. S., & Thompson, L. F. (2005). The variable influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 80(9), 809–814.
- North CS & Ryall JE (1997). Psychiatric illness in female physicians. Are high rates of depression an occupational hazard, *Postgraduate Medicine*, 101(5):233-6, 239-40, 242
- Paloş, R., & Drobot, L. (2010). The impact of family influence on the career choice of adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 3407–3411.
- Paris, J., & Frank, H. (1983). Psychological determinants of a medical career. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 28(5), 354–357.
- Parkhouse, J., & Ellin, D. J. (1990). Anaesthetics: career choices and experiences. *Medical Education*, 24(1), 52–67.

- Pawełczyk, A., Pawełczyk, T., & Bielecki, J. (2007). The effect of some factors on medical student specialty choice of non-primary care--a synthesis of the literature. *Polski Merkurusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 22(132), 575–579.
- Pezirkianidis, C., Athanasiades C., Moutopoulou , N. (2013). *Scientific Annals - School of Psychology, Aristotle University of Thessaloniki*. 10, 100-126
- Phillips, T. M., & Others, A. (1995). Listen to the Children: Where Adolescents Obtain Role Models. *Rural Educator*, 17(1), 24–26.
- Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, 25(2), 281–290. <http://doi.org/10.1002/acp.1689>
- Powers, R. S., & Wojtkiewicz, R. A. (2004). Occupational Aspirations, Gender, and Educational Attainment. *Sociological Spectrum*, 24(5), 601–622.
- Pugno, P. A., McPherson, D. S., Schmittling, G. T., & Kahn, N. B. (2001). Results of the 2001 National Resident Matching Program: family practice. *Family Medicine*, 33(8), 594–601.
- Reeve, P. E. (1980). Personality characteristics of a sample of anaesthetists. *Anaesthesia*, 35(6), 559–568.
- Reuben, D. B. (1983). Psychologic effects of residency. *Southern Medical Journal*, 76(3), 380–383.
- Reuben, D. B. (1985). Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. *Archives of Internal Medicine*, 145(2), 286–288.

- Reyes, O., Kobus, K., & Gillock, K. (1999). Career Aspirations of Urban, Mexican American Adolescent Females. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 21(3), 366–382.
- Richings, J. C., Khara, G. S., & McDowell, M. (1986). Suicide in young doctors. *The British Journal of Psychiatry*, 149(4), 475–478. <http://doi.org/10.1192/bjp.149.4.475>
- Robinson, E. A., Brower, K. J., & Gomberg, E. S. (2001). Explaining unexpected gender differences in hostility among persons seeking treatment for substance use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(5), 667–674.
- Roe, A. (1956). *The psychology of occupations* (Vol. xii). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Rojewski, J. W., & Yang, B. (1997). Longitudinal Analysis of Select Influences on Adolescents' Occupational Aspirations. *Journal of Vocational Behavior*, 51(3), 375–410.
- Rose, K. D., & Rosow, I. (1973). Physicians who kill themselves. *Archives of General Psychiatry*, 29(6), 800–805.
- Rosow Irving, Rose Daniel K.(1972), Journal of Marriage and Family , *Journal of Marriage and Family* Vol. 34, No. 4, 587-598, Nov., 1972
- Rucinski, J., Cybulska, E. (1986). Mentally ill doctors. *Br J Hosp Med*, 33, 90-4.
- Saigal, P., Takemura, Y., Nishiue, T., & Fetters, M. D. (2007). Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study. *BMC Medical Education*, 7, 31

- Sanfey, H. A., Saalwachter-Schulman, A. R., Nyhof-Young, J. M., Eidelson, B., & Mann, B. D. (2006). Influences on medical student career choice: gender or generation? *Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960)*, *141*(11), 1086–1094;
- Schumacher C. (1963). Interest and Personality Factors As Related to Choice of Medical career. *Journal of Medical Education* (38), 932-942, Issue 11
- Schwartz, R. W., Barclay, J. R., Harrell, P. L., Murphy, A. E., Jarecky, R. K., & Donnelly, M. B. (1994). Defining the surgical personality: a preliminary study. *Surgery*, *115*(1), 62–68.
- Senf, J. H., Campos-Outcalt, D., & Kutob, R. (2003). Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice*, *16*(6), 502–512.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, *136*(5), 358–367.
- Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., & Sloan, J. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*, *20*(7), 559–564.
- Shu, X., & Marini, M. M. (1998). Gender-Related Change in Occupational Aspirations. *Sociology of Education*, *71*(1), 43–67. <http://doi.org/10.2307/2673221>
- Siegmán, A. W., Dembroski, T. M., & Ringel, N. (1987). Components of hostility and the severity of coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, *49*(2), 127–135.

- Sliwa, J. A., & Shade-Zeldow, Y. (1994). Physician personality types in physical medicine and rehabilitation as measured by the Myers-Briggs Type Indicator. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*, 73(5), 308–312.
- Smith, J. W., Denny, W. F., & Witzke, D. B. (1986). Emotional impairment in internal medicine house staff. Results of a national survey. *JAMA*, 255(9), 1155–1158.
- Stapley, J. C., & Haviland, J. M. (1989). Beyond depression: Gender differences in normal adolescents' emotional experiences. *Sex Roles*, 20(5-6), 295–308.
- Reskin, B.F., and Padavic, I. (1994). *Women and Men at Work* Thousand Oaks, CA: Pine ForgePress.
- Steppacher ,R., Mauser, J. (2005). Suicide in male and female physicians. *JAMA*, 1974, 228:323-8.
- Sthathis , G. Overpopulation and misdistribution of the medical force in Greece, doctors' opinions, *Publications Mediforce, Athens*.
- Stuewig, J., & McCloskey, L. A. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment*, 10(4), 324–336.
- Talbott, G. D., Gallegos, K. V., Wilson, P. O., & Porter, T. L. (1987). The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. *JAMA*, 257(21), 2927–2930.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 469–478.

- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral Emotions and Moral Behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345–372.
- Tanuja Agarwala. (2008). Factors influencing career choice of management students in India. *Career Development International*, 13(4), 362–376.
- Taylor, A. D. (2012). *How To Choose A Medical Specialty: Fifth Edition* (5 edition). Minneapolis, MN: Mill City Press, Inc.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). TARGET ARTICLE: “Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model.” *Psychological Inquiry*, 15(2), 103–125.
- Tucker, C. J., Barber, B. L., & Eccles, J. S. (2001). Advice about Life Plans from Mothers, Fathers, and Siblings in Always-Married and Divorced Families during Late Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(6), 729–747.
- Unruh, A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65(2-3), 123–167.
- Vaidya, N. A., Sierles, F. S., Raida, M. D., Fakhoury, F. J., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2004). Relationship between specialty choice and medical student temperament and character assessed with Cloninger Inventory. *Teaching and Learning in Medicine*, 16(2), 150–156.
- Wahl, K. H., & Blackhurst, A. (2000). Factors Affecting the Occupational and Educational Aspirations of Children and Adolescents. *Professional School Counseling*, 3(5), 367.
- Ward, C. F. (1992). Substance abuse. Now, and for some time to come. *Anesthesiology*, 77(4), 619–622.

- Warschcow, R., Steffen, T., Spillmann, M., Kolb, W., Lange, J., & Tarantino, I. (2010). A comparative cross-sectional study of personality traits in internists and surgeons. *Surgery, 148*(5), 901–907.
- Wei, M., Shaffer, P. A., Young, S. K., & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Shame, Depression, and Loneliness: The Mediation Role of Basic Psychological Needs Satisfaction. *Journal of Counseling Psychology, 52*(4), 591–601.
- Weinstein, S. M., Laux, L. F., Thornby, J. I., Lorimor, R. J., Hill, C. S., Thorpe, D. M., & Merrill, J. M. (2000). Medical students' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: implications for changing medical school curriculum. *Southern Medical Journal, 93*(5), 472–478.
- Wright, B., Scott, I., Woloschuk, W., Brenneis, F., & Bradley, J. (2004). Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne, 170*(13), 1920–1924.
- Yufit, R. I., Pollock, G. H., & Wasserman, E. (1969). Medical specialty choice and personality. I. Initial results and predictions. *Archives of General Psychiatry, 20*(1), 89–99.
- Zeldow, P. B., & Daugherty, S. R. (1991). Personality profiles and specialty choices of students from two medical school classes. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 66*(5), 283–287.
- Zeldow, P. B., Devens, M., & Daugherty, S. R. (1990). Do person-oriented medical students choose person-oriented specialties? Do technology-oriented medical students

- avoid person-oriented specialties? *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(9 Suppl), S45–46.
- Zeldow, P. B., Preston, R. C., & Daugherty, S. R. (1992). The decision to enter a medical specialty: timing and stability. *Medical Education*, 26(4), 327–332.
- Βαλσαματζής, Γ., Κυριοπουλος, Γ., Αντωνοπουλου, Ε. (1982). Μεταπτυχιακή ιατρική ειδίκευση και μετανάστευση των Ελλήνων γιατρών. *Ιατρικά Χρονικά*, Ε:555–560
- Βίκη, Α., (2002). Διαδικασία και κίνητρα επαγγελματικής απόφασης: εμπειρική ψυχολογική έρευνα σε πανελλήνιο δείγμα μαθητών 14-18 ετών, Πανεπιστήμιο Κρήτης. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Τμήμα Ψυχολογίας. Εργαστήριο Γενικής Πειραματικής Ψυχολογίας.
- Γουβιάς, Δ. (2010).Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 132-133
- Δεληγιάννη-Κουϊμτζή, Β., και Σακκά, Δ. (2007). Από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή: Μελέτες για τις ταυτότητες φύλου στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα. Αθήνα: Gutenberg.
- Καλαματιανού, Α.Γ. (1993). Η εκροή πτυχιούχων γιατρών από τα ελληνικά πανεπιστήμια και η στελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αθήνα: Παπαζήση
- Κασσωτάκης, Μ., Παπαγγελή-Βουλιουρή, Δ. (1996). Η πρόσβαση στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, Εκδ. Γρηγόρη
- Κόλλια Α., Δαμίγος Δ, Μαυρέας Β, Γκούβα Μ. (2011). Συγκριτική μελέτη ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και φύλου σε ασθενείς με χρόνια πόνο *Interscientific Health Care*, 3(1), 30-37
- Φακιάλας, Ν.(2000) .Επαγγελματικός προσανατολισμός, ειδίκευση και επιλογή καριέρας αποφοίτων Ιατρικής στην Ελλάδα., Αθήνα: Εκδόσεις ΕΚΚΕ