



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Επαγγελματική εξουθένωση και ψυχική υγεία
των ειδικευομένων γιατρών**

Καράκος Κωνσταντίνος

Ιατρός, Φυσικοθεραπευτής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μπονώτης Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Παν/μίου Θεσσαλίας Τμήμα Ιατρικής
Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος, Καθηγητής Πνευμονολογίας Παν/μίου Θεσσαλίας Τμήμα Ιατρικής
Στεφανίδης Ιωάννης, Καθηγητής Νεφρολογίας Παν/μίου Θεσσαλίας Τμήμα Ιατρικής

Λάρισα, 2016



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



Burnout and mental health in medical residents

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Επαγγελματική εξουθένωση.....	10
1.1. Ορισμός	10
1.2. Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	11
1.2.1. Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980).....	11
1.2.2. Το μοντέλο των Edelwich και Brodsky (1980)	12
1.2.3. Το μοντέλο των τριών διαστάσεων των Maslach και Jackson (1982).....	13
1.2.4 Το μοντέλο της Pines (1988)	14
1.2.5. Το μοντέλο της Κοπεγχάγης (2005).....	15
1.3. Επαγγελματική εξουθένωση στους ιατρούς	15
1.3.1. Επιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ψυχική υγεία	18
2.1. Ορισμός	18
2.1.1. Κατάθλιψη.....	18
2.1.2. Άγχος	19
2.1.3. Αυτοκτονία	20
2.1.4. Κατάχρηση ουσιών.....	21
2.2. Το ψυχολογικό προφίλ των ιατρών	22
2.2.1. Επιπολασμός των αυτοκτονιών στους ιατρούς	22
2.2.2. Κατάθλιψη και άγχος στους γιατρούς.....	23
2.2.3. Ιατροί και κατάχρηση ουσιών	24
2.4. Αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων από τους πάσχοντες γιατρούς.....	25
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Μεθοδολογία	27
1.1 Σκοπός Μελέτης	27
1.2 Ερευνητικά ερωτήματα	27
1.3 Είδος Μελέτης.....	28
1.4 Ερευνητικό πεδίο	28
1.5 Πληθυσμός στόχος	28
1.6 Πληθυσμός πρόσβασης	28

1.7 Δείγμα	28
1.8 Δειγματοληπτική Μέθοδος	29
1.9 Ερευνητικό εργαλείο	29
1.10 Ανάλυση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων της έρευνας	31
1.11 Περιορισμοί μελέτης	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Αποτελέσματα	32
2.1 Περιγραφικά στοιχεία	32
2.2 Συσχετίσεις	47
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	77
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	91

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τους γονείς μου Νίκο και Τότα, για τη αμέριστη στήριξη τους στον αγώνα μου και στα όνειρα μου.

Την οικογένεια Edward M. Turner (Νίκη, Cynthia, Penny, Natalia) που ήταν δίπλα μου ως συνοδοιπόροι, στηρίζοντάς με σε κάθε βήμα αυτής της διαδρομής.

Την οικογένεια Αθανασίου και Δημήτρας Αϋφαντή καθώς και την οικογένεια Demitri και Lilian Romero που μου έδωσαν την ευκαιρία να συνεχίσω να ονειρεύομαι.

Τον Γεώργιο Γουγουλάκη και την οικογένεια του για την εμπιστοσύνη και την φιλία που μου έδειξαν όλα αυτά τα χρόνια.

Τον συνάδερφό μου- γιατρό- Νικόλαο Μπεράτζε για την πολύτιμη βοήθεια του.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω εκ βαθέων τον επιβλέποντα καθηγητή της μεταπτυχιακής μου εργασίας κύριο Κωνσταντίνο Μπονώτη, Επίκουρο Καθηγητή της Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας του οποίου η καθοδήγηση και η εμπειρία ήταν καθοριστικής σημασίας για να έρθει εις πέρας αυτή η εργασία. Όπως κάθε Καθηγητής- Δάσκαλος έτσι και ο κ. Μπονώτης ήταν δίπλα μου σε κάθε βήμα αυτής της διαδικασίας δίνοντάς μου πολύτιμες συμβουλές και δείχνοντάς μου αμέριστο ενδιαφέρον. Τον ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και τον τρόπο που αγκάλιασε όχι μόνο εμένα αλλά και όλη αυτή την προσπάθεια.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς επιτροπής κ. Γουργουλιάνη Κωνσταντίνο, Καθηγητή Πνευμονολογίας- Παθολογίας του Παν/μίου Θεσσαλίας Τμήμα Ιατρικής και τον κ. Στεφανίδη Ιωάννη, Καθηγητή Παθολογίας- Νεφρολογίας του Παν/μίου Θεσσαλίας Τμήμα Ιατρικής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αποτυχία αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, προερχόμενες από τον εργασιακό χώρο, μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση. Ως επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται το σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης. Το συγκεκριμένο σύνδρομο σχετίζεται ισχυρά με τους επαγγελματίες από τον χώρο της υγείας. Βάσει της προσέγγισης της Maslach, οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη προσωπική επίτευξη. Το γενικό μέρος της εργασίας, αναφέρεται στα στάδια, στις φάσεις, στη συμπτωματολογία και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο ειδικό μέρος, γίνεται μελέτη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς».

Σκοπός: Είναι η διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στους ειδικευόμενους ιατρούς, και πως αυτό επηρεάζει την ψυχική τους υγεία. Επιμέρους διακριτοί στόχοι της μελέτης είναι: α) η εκτίμηση του μεγέθους της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους γιατρούς, β) η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου, και γ) η σύγκριση του εργασιακού στρες στις διάφορες ειδικότητες.

Μέθοδος-Υλικό: Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 167 ειδικευόμενοι ιατροί, που εργάζονται στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς». Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο που συμπληρώνονταν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από τέσσερα μέρη: α) ερωτήσεις που αφορούσαν σε κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, β) το Ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης), γ) το Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας GHQ-28 (εργαλείο για την ανίχνευση πιθανής ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό και σε υπηρεσίες υγείας), και δ) το ερωτηματολόγιο του Spielberger-STAI (εργαλείο μέτρησης του οξέος-καταστασιακού και χρόνιου-χαρακτηριολογικού άγχους).

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Τα ποσοστά, των συμμετεχόντων ειδικευόμενων ιατρών στη μελέτη, που εμφανίζονται θετικά στην εμφάνιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης κυμαίνονται από 26% έως 43%, στις επιμέρους υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Maslach Burnout Inventory. Σε ότι αφορά την ψυχική υγεία, τα αντίστοιχα ποσοστά για τις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Ψυχικής Υγείας GHQ-28, κυμαίνονται από 0% έως 6%. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης, βάσει της παρούσας μελέτης, είναι: α) αλκοόλ, β) καπνισματική συνήθεια, γ) οικογενειακή κατάσταση, και δ) εργασιακός τομέας (εργαστηριακός, παθολογικός, χειρουργικός).

Λέξεις κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, ψυχική υγεία, άγχος, κατάθλιψη, ειδικευόμενοι ιατροί.

ABSTRACT

Introduction: Failure to manage stressful situations in the workplace can lead to occupational burnout. Occupational burnout is defined as physical and mental exhaustion and is strongly associated to professionals in the healthcare industry. Based on the Maslach approach, the components of occupational burnout are emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal achievement. The general part of the study refers to the stages, phases, symptoms and treatment of occupational burnout. The specialized part addresses the study of the phenomenon of occupational burnout of resident doctors of the University Hospital of Larissa and General Hospital of Thessaloniki “Georgios Gennimatas”.

Scope/Objective: The investigation of the syndrome of occupational burnout among doctors in residency, and how this affects their mental health. The distinct objectives of the study are: a) an estimate of the scale of occupational burnout among resident doctors, b) exploring potential factors that contribute to the emergence of the phenomenon, and c) the comparison of work-related stress in various medical specialties.

Methodology-Materials: The study group was comprised of 167 junior/resident doctors working at the University Hospital of Larissa. An anonymous questionnaire was used for data collection and completed by the participants themselves. The questionnaire consisted of four parts: a) questions relating to socio-demographic factors, b) the Maslach Burnout Inventory Questionnaire (a burnout measurement tool), c) the Mental Health GHQ-28 Questionnaire (a tool for detecting possible psychopathology in the general population and in health services), and d) the Spielberger-STAI Questionnaire (a measurement tool for acute and chronic stress).

Results-Conclusions: The percentage of junior/resident doctors in the study, showing positive results for occupational burnout range from 26% to 43% on individual subscales of the Maslach Burnout Inventory questionnaire. As regards to mental health, the respective figures for the subscales of Mental Health Questionnaire GHQ-28, range from 0% to 6%. Based on this study, factors contributing to the emergence of occupational burnout are: a) alcohol, b) smoking habits, c) marital status, and d) work area (laboratory, pathological, surgical).

Key words: Occupational burnout, mental health, stress, depression, resident doctors.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί πεδίο έρευνας πολλών επιστημόνων, μίας και έχουν τεκμηριωθεί πλέον επιστημονικά οι επιπτώσεις του. Οι επιπτώσεις αυτές γίνονται εμφανείς τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στον οργανισμό και την κοινωνία γενικότερα. Με τις γενικότερες αιτίες, τα επακόλουθα και τις συνέπειές του έχουν ασχοληθεί επιστήμονες από ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων όπως την οικονομία, την κοινωνία, την ψυχολογία και την υγεία.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει ως αποτέλεσμα την αποδυνάμωση του εργαζομένου ως προς την εργασία του, συνοδευόμενο από έλλειψη ενέργειας, αφοσίωσης, ενδιαφέροντος και αξιοπιστίας στο αντικείμενο της εργασίας του. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης συνοδεύεται συχνά από έλλειψη κινήτρων φιλοδοξίας, επαγγελματικής καταξίωσης και καταλήγει ο εργαζόμενος να ασχολείται με την εργασία του μόνο για λόγους επιβίωσης. Επιπλέον, σχετίζεται με την απουσία επιβράβευσης και αναγνώρισης των επαγγελματικών ικανοτήτων. Φαίνεται, λοιπόν ξεκάθαρα ότι η επαγγελματική εξουθένωση προκαλεί δύσκολη και εξαντλητική καταπόνηση. Εξαντλεί τα αποθέματα της ψυχικής αντοχής του εργαζομένου καθώς αυτός καταβάλλει προσπάθεια για να είναι όσο το δυνατόν πιο αφοσιωμένος στην καθημερινή του επαγγελματική ενασχόληση.

Ο μεγαλύτερος όγκος των μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές κατά κύριο λόγο είναι τα επαγγέλματα που πλήττονται πιο συχνά από το σύνδρομο αυτό. Οι άνθρωποι αυτοί με αφορμή την καθημερινή επαφή τους με τον ανθρώπινο πόνο που σίγουρα επιδρά αρνητικά, η ψυχική τους υγεία είναι πιο ευάλωτοι συγκριτικά με άλλους επαγγελματικούς κλάδους. Οι γιατροί, που συχνά χαρακτηρίζονται ως άτομα φιλόδοξα, ανταγωνιστικά, τελειομανή και αναζητούν επαγγελματική καταξίωση, είναι σαφώς πιο επιρρεπείς σε καταστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πέραν από αυτό όμως, οι γιατροί, ιδιαίτερα, έχουν ένα απαιτητικό ωράριο εργασίας το οποίο προστίθεται στην ήδη επιβεβαρυμμένη ψυχική τους κατάσταση με αποτέλεσμα να οδηγεί στην ανάπτυξη εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι ειδικευόμενοι ιατροί συχνά καλούνται να εκπληρώνουν τα καθήκοντα τους και να παρέχουν υπηρεσίες υγείας προς τους ασθενείς, χωρίς οι ίδιοι πολλές φορές να έχουν την απαιτούμενη εμπειρία. Το μερίδιο της ευθύνης που καλούνται να αναλάβουν είναι σημαντικά μεγάλο, εφόσον διαχειρίζονται την ανθρώπινη ζωή χωρίς να νοιώθουν σίγουροι για την επιστημονική τους επάρκεια. Στα πλαίσια

των καθηκόντων της ιατρικής του ειδίκευσης ο νέος γιατρός πρέπει να εκπαιδεύεται και την ίδια στιγμή να είναι σε θέση να φέρει εις πέρας ένα μεγάλο αριθμό υποχρεώσεων. Μέσα από αυτή τη διαδικασία ο ειδικευόμενος γιατρός βιώνει το αίσθημα της κόπωσης, την ευθύνη των αποφάσεων που πρέπει να φέρει εις πέρας με αυταπάρνηση και σθένος που πρέπει να έχει ένας γιατρός, με αποτέλεσμα πολλές φορές να αισθάνεται καταπονημένος και εξουθενωμένος από την εργασία του.

Η επαγγελματική εξουθένωση καταπονεί το άτομο συναισθηματικά, ψυχικά αλλά και σωματικά. Η δύναμη της έκτασης της ιατρικής περίθαλψης απλώνεται πολύ πιο πέρα από τα ίδια τα όρια της ιατρικής. Ο ειδικευόμενος γιατρός πρέπει να είναι και να νοιώθει δυνατός, να βρίσκει το σθένος να είναι κοντά στον ασθενή. Όμως, συχνά οι συνθήκες δουλειάς είναι απαιτητικά δύσκολες και το περιβάλλον ακόμη και με τους συναδέλφους είναι ιδιαίτερα φορτισμένο με αποτέλεσμα να εκδηλώνονται υψηλά επίπεδα stress, συγκρούσεις με συναδέλφους ή ακόμη και με τους συγγενείς των ασθενών.

Μία από τις κύριες επιπτώσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορά στην ψυχική υγεία. Η ψυχική υγεία και ευεξία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για μια ισορροπημένη επαγγελματική ζωή. Το άτομο πρέπει να βρίσκεται σε καλή ψυχική κατάσταση έτσι ώστε να είναι σε θέση να προσφέρει ένα μεγάλο κομμάτι του εαυτού του στην εργασία του, κάτι που είναι εξαιρετικά σημαντικό στην εξάσκηση του επαγγέλματος της ιατρικής. Πολλοί είναι οι γιατροί που εξαιτίας της φύσης του ιατρικού επαγγέλματος είναι δυνατό να αναπτύξουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία, κατανάλωση αλκοόλ και άλλων επιβλαβών ουσιών. Ενώ, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ιδεών αυτοκαταστροφής. Αυτό, τις περισσότερες φορές είναι επακόλουθο της αδυναμίας του ατόμου να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του επαγγέλματός του – ένα επάγγελμα που είναι δύσκολο και απαιτητικό.

Στην παρούσα ερευνητική εργασία εξετάζεται το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ψυχικής υγείας των ειδικευομένων γιατρών. Αποτελείται από το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο γενικό μέρος περιγράφεται το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (κεφάλαιο 1) και η ψυχική υγεία (κεφάλαιο 2). Στο ειδικό μέρος, παρατίθεται το ερευνητικό κομμάτι της μελέτης, με τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, τα αποτελέσματα τα οποία βρέθηκαν και τα συμπεράσματα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Επαγγελματική εξουθένωση

1.1. Ορισμός

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) αποτελεί μια ασθένεια που σχετίζεται με την εργασία και το άγχος. Η πρώτη αναφορά έγινε στα μέσα της δεκαετίας του 1960 από τον Freudenberger ο οποίος παρατήρησε το σύνδρομο αυτό στους υπαλλήλους μιας κλινικής αποτοξίνωσης [1]. Οι πρώτες δημοσιευμένες εκθέσεις σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση εμφανίστηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τη δεκαετία του 1970 [2].

Παρά το γεγονός ότι από την εμφάνιση του όρου της επαγγελματικής εξουθένωσης πολλοί είναι αυτοί που ασχολήθηκαν με το σύνδρομο αυτό και έχουν διατυπώσει διάφορους ορισμούς, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Ο ορισμός, όμως, που έχει επικρατήσει και χρησιμοποιείται ευρέως για τον ορισμό του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός της Christine Maslach, της οποίας το όνομα θεωρείται συνώνυμο με την έννοια του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) σύμφωνα με τους Maslach και Jackson (1981) ορίζεται ως «η παρατεταμένη αντίδραση στους χρόνιους συναισθηματικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες που αφορούν την εργασία και αποτελείται από τρεις διαστάσεις: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση» [3], [4].

Επίσης, στον ορισμό τους ορίζουν οι Maslach και Jackson (1981) τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: «η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) αναφέρεται στην εξάντληση των συναισθηματικών πόρων και στο αίσθημα ότι δεν είναι πλέον κάποιος ικανός να διαθέσει τον εαυτό του σε ένα αξιόπιστο ψυχολογικό επίπεδο. Η αποπροσωποποίηση (depersonalization) χαρακτηρίζεται από μια αρνητική και κυνική απάντηση σε άλλα άτομα όπως τους συναδέλφους ή τους ασθενείς. Και τέλος, η μειωμένη προσωπική ολοκλήρωση (reduction in personal accomplishment) συμβαίνει όταν το άτομο αισθάνεται λιγότερο ικανό στη δουλειά του» [3], [4].

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης παρά την πληθώρα ορισμών του και την προσπάθεια διάκρισης του περιεχομένου του, πολλές φορές συγχέεται με την κατάθλιψη. Οι δύο έννοιες έχουν κοινά χαρακτηριστικά ωστόσο αποτελούν διαφορετικές καταστάσεις [5]. Ουσιαστική διαφορά μεταξύ τους αποτελεί το ότι η επαγγελματική εξουθένωση περιορίζεται αποκλειστικά στο χώρο εργασίας ενώ

η κατάθλιψη αφορά ολόκληρο το φάσμα των ανθρωπίνων δραστηριοτήτων. Γεγονός αποτελεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί στη συνέχεια να εξελιχθεί, με συνέπεια την εμφάνιση κατάθλιψης. Επομένως, είναι σκόπιμο να μην χρησιμοποιείται η μία έννοια έναντι της άλλης [6].

1.2. Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης

Για την επαγγελματική εξουθένωση έχουν διατυπωθεί αρκετά θεωρητικά μοντέλα που περιγράφουν την έννοια της. Από την πληθώρα των μοντέλων που έχουν προταθεί πέντε είναι αυτά που έχουν επικρατήσει και χρησιμοποιούνται ευρύτερα τόσο για την ερμηνεία του περιεχομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης όσο και για τη μέτρησή της. Αυτά είναι: το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980), το μοντέλο των Edelwich και Brodsky (1980), το μοντέλο των τριών διαστάσεων των Maslach και Jackson (1982), το μοντέλο της Pines (1988) και το μοντέλο της Κοπεγχάγης (2005). Παρακάτω παρατίθενται τα πέντε αυτά μοντέλα.

1.2.1. ΤΟ ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ CHERNISS (1980)

Ο Cherniss έχει προσφέρει το πιο ολοκληρωμένο μοντέλο το οποίο αφορά την επαγγελματική εξουθένωση ως διαδικασία η οποία εξελίσσεται μέσα στο χρόνο. Παρακολούθησε και πήρε συνέντευξη από 28 επαγγελματίες που εργάζονται στις ανθρωπιστικές υπηρεσίες κατά τα δύο πρώτα χρόνια της καριέρας τους. Τα άτομα αυτά εργάζονταν στους τομείς της ψυχικής υγείας, του δικαίου της φτώχειας, της δημόσιας υγείας και της εκπαίδευσης. Βασισμένος σε αυτές τις παρατηρήσεις ο Cherniss ανέπτυξε ένα διαδραστικό μοντέλο για να εξηγήσει την ανάπτυξη της ψυχολογικής εξουθένωσης [7].

Η μελέτη του Cherniss και των συνεργατών του έδειξε ότι μια σειρά χαρακτηριστικών του εργασιακού περιβάλλοντος αλληλεπιδρούν με τα άτομα που εισήλθαν στην εργασία με συγκεκριμένο προσανατολισμό. Αυτά τα άτομα φέρουν μαζί τους αιτήματα για επιπλέον εργασία και στήριξη. Αυτοί οι παράγοντες οδηγούν στη δημιουργία άγχους που τα άτομα βιώνουν σε διαφορετικούς βαθμούς ανάλογα με τις απαιτήσεις της δουλειάς τους, ενώ τα άτομα αντιμετωπίζουν αυτήν την κατάσταση με διαφορετικούς τρόπους. Η επαγγελματική εξουθένωση για τον Cherniss συμβαίνει με την πάροδο του χρόνου – αποτελεί μία διαδικασία- και προσδιορίζει έναν τρόπο προσαρμογής στις απαιτήσεις που η εργασία τους υπαγορεύει ή την αντιμετώπιση της πηγής του άγχους [8].

Το μοντέλο του Cherniss περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση σε τρία επίπεδα: το ατομικό, οργανωτικό και κοινωνικό, τα οποία αποτελούν και τη βάση για τη δημιουργία άγχους στο άτομο, κάτι που εκδηλώνεται και αντιμετωπίζεται διαφορετικά από τον καθένα. Υποστήριξε ότι τα ατομικά

χαρακτηριστικά και το εργασιακό περιβάλλον είναι αυτά που λειτουργούν ως πηγή άγχους. Αν τελικά δεν τα καταφέρουν, βιώνουν αυτό που καλούμε επαγγελματική και ψυχολογική εξουθένωση.

1.2.2. TO MONTELO TΩN EDELWICH KAI BRODSKY (1980)

Οι Edelwich και Brodsky στο μοντέλο τους για την επαγγελματική εξουθένωση αναφέρουν τέσσερα στάδια από τα οποία διέρχεται κάθε εργαζόμενος κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του ζωής [9].

Τα στάδια αυτά είναι τα παρακάτω:

Στάδιο του ενθουσιασμού

Κάθε εργαζόμενος ξεκινώντας την επαγγελματική του καριέρα στα πρώτα χρόνια της ζωής του διακατέχεται από το αίσθημα του ενθουσιασμού. Χαρακτηριστικό στοιχείο κάθε νέου εργαζόμενου αποτελεί το γεγονός ότι ο εργαζόμενος δίνει όλο του τον εαυτό στην εργασία του. Ο ίδιος βάζει στον εαυτό του υψηλούς στόχους και μερικές φορές, μάλιστα, είναι τόσο υψηλοί που μπορεί να είναι δύσκολο να πραγματοποιηθούν. Στο στάδιο αυτό το άτομο αφιερώνεται στην εργασία του και θεωρεί πως είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επιτύχει σε αυτό τον τομέα της ζωής του. Αργότερα όμως συνειδητοποιεί ότι όλη η δουλειά και ο κόπος του δεν ανταποκρίνονται σε αυτά που έθεσε ο ίδιος ως στόχο αρχικά, και σταδιακά αρχίζει να απογοητεύεται και να παραιτείται [9].

Στάδιο της αμφιβολίας και αδράνειας.

Μετά από την απογοήτευση που αρχίζει να βιώνει το άτομο εισέρχεται στο στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας. Θεωρεί, πως ότι έχει καταφέρει έως τώρα είναι ουσιαστικά ανούσιο και ανώφελο. Πιστεύει, πως για όλη αυτή την κατάσταση υπαίτιος είναι ο ίδιος. Έτσι, προσπαθεί να δώσει ακόμα περισσότερα πράγματα σε ότι αφορά την εργασία του νομίζοντας ότι θα πάρει την ικανοποίηση που προσδοκά από την εργασία του. Όταν και αυτό δεν αποφέρει αποτέλεσμα το βάρος της ευθύνης όλης αυτής της κατάστασης προσπαθεί να το αποδώσει πλέον στους υπόλοιπους ανθρώπους. Τον ενοχλεί που όλα όσα έχει κάνει δεν αναγνωρίζονται από τους άλλους, και εκφράζει παράπονα για διάφορα πράγματα που αφορούν την εργασία του όπως το μισθό του, τα ωράρια εργασίας του, τις υψηλές απαιτήσεις που έχουν οι άλλοι από αυτόν κ.τ.λ. Στο στάδιο, όμως, αυτό το άτομο δεν εγκαταλείπει τις προσδοκίες του και τις απαιτήσεις που είχε και προσπαθεί ακόμα για το καλύτερο [9].

Στάδιο της απογοήτευσης και της ματαίωσης

Το στάδιο της αμφιβολίας και της αδράνειας υποδέχονται η απογοήτευση και η ματαίωση. Το άτομο συνειδητοποιεί ότι οι προσπάθειες που καταβάλλει και όλα όσα έχει κάνει για την εργασία του δεν αποφέρουν κάποιο αποτέλεσμα. Η ολοκλήρωση που επιθυμεί μέσα από την εργασία του δεν πραγματοποιείται και οι ενέργειες στις οποίες έχει προβεί ματαιώνονται. Έτσι ο ίδιος φτάνει να απογοητεύεται από όλα αυτά τα γεγονότα. Για να νοιώσει καλύτερα εκείνο που θεωρεί ότι πρέπει να γίνει, είναι να σταματήσει να εργάζεται σε αυτή τη δουλειά και να αναθεωρήσει όλα όσα είχε στο μυαλό του [9].

Στάδιο της απόθειας

Στο τελικό αυτό στάδιο το άτομο παύει να είναι υπεύθυνο τόσο προς τους υπόλοιπους ανθρώπους που σχετίζονται με την εργασία του αλλά και προς την ίδια την εργασία του. Η άποψή του είναι πως έκανε όσα έπρεπε να κάνει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, προσπαθώντας να αποφέρει το μέγιστο αποτέλεσμα, ωστόσο όλη η προσπάθειά του, όχι μόνο δεν του απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα αλλά τον απογοήτευσε και τον στενοχώρησε. Ως συνέπεια των παραπάνω το άτομο σταματά να ενδιαφέρεται για την εργασία του και εργάζεται πλέον μόνο για να μπορεί να επιβιώνει και να συντηρείται οικονομικά [9].

1.2.3. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ MASLACH ΚΑΙ JACKSON (1982)

Οι Maslach και Jackson υποστηρίζουν ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν εμφανίζεται ξαφνικά αλλά αποτελεί το αποτέλεσμα της παρατεταμένης εργασίας κάτω από πίεση και άγχος. Έτσι, η μείωση της αντοχής σ' αυτό το άγχος και την πίεση από την εργασία οδηγούν τελικά το άτομο σε αυξανόμενο επαγγελματικό άγχος και στη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Έτσι, ανέπτυξαν το μοντέλο των τριών διαστάσεων. Το μοντέλο αυτό των Maslach και Jackson περιλαμβάνει τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, κάτι που αναφέρθηκε και παραπάνω [3], [4], [10].

Η πρώτη διάσταση είναι η συναισθηματική εξάντληση. Η συναισθηματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενέργειας και εξάντλησης των συναισθηματικών αποθεμάτων του εργαζομένου χωρίς δυνατότητα ανανέωσης. Όσο αυξάνεται η συναισθηματική εξάντληση τα άτομα δεν νοιώθουν πλέον ικανοποιημένα τόσο απέναντι στο χώρο εργασίας τους όσο και απέναντι στους συναδέλφους τους. Η εξάντληση αυτή προέρχεται από τα υψηλά επίπεδα απαιτήσεων που έχουν τα άτομα από το χώρο εργασίας προς τον εργαζόμενο [4], [10]. Όσον αφορά το χώρο της υγείας και τους επαγγελματίες υγείας η συναισθηματική εξάντληση θα μπορούσε να σημαίνει την αδυναμία προσφοράς του ατόμου σε ότι σχετίζεται με την εργασία και τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτή όπως τους συναδέλφους ή τους ασθενείς.

Η δεύτερη διάσταση είναι η αποπροσωποποίηση που έρχεται ως επακόλουθο της συναισθηματικής εξάντλησης. Με την αποπροσωποποίηση το άτομο προσπαθεί να απεμπλακεί από το στρες, την πίεση και την κόπωση που βιώνει στην επαγγελματική του ζωή. Η εκδήλωση της αποπροσωποποίησης περιλαμβάνει την συναισθηματική απομάκρυνση, την ανάπτυξη ουδέτερων ή ακόμα και αρνητικών συναισθημάτων προς τα άτομα που συναναστρέφεται στην εργασία του και αποστασιοποίηση. Αυτή η αρνητική συμπεριφορά θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως αγενής, υποτιμητική και κυνική απέναντι στους αποδέκτες των υπηρεσιών του γιατρού. Συγκεκριμένα, στις περιπτώσεις των ατόμων που

εργάζονται στην υγεία, η αποπροσωποποίηση θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως η αρνητική στάση και η άσχημη συμπεριφορά απέναντι στους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας που είναι οι ασθενείς [4], [11].

Τέλος, η τρίτη παράμετρος είναι η μειωμένη προσωπική επίτευξη. Η μειωμένη προσωπική επίτευξη αναφέρεται στο γεγονός ότι ο εργαζόμενος εκτιμά με αρνητικό τρόπο τον εαυτό του σε σχέση με την εργασία του αλλά και σε σχέση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών του και αισθάνεται δυστυχισμένος και απογοητευμένος από τα επιτεύγματά του. Πολλές φορές το συναίσθημα αυτό προχωράει ακόμα περισσότερο στο να θεωρεί πλέον το άτομο τον εαυτό του αποτυχημένο. Το άτομο έτσι πλέον δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού του ρόλου και εμφανίζει μια τάση παραίτησης από την εργασία του [4], [12]. Και πάλι για τους επαγγελματίες υγείας ο αντίκτυπος της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει να κάνει με τους ασθενείς.

Το μοντέλο των Maslach και Jackson χρησιμοποιεί την κλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory- MBI) για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων. Το MBI έχει σχεδιαστεί για την εκτίμηση των τριών χαρακτηριστικών της επαγγελματικής εξουθένωσης –συναισθηματική εξουθένωση, αποπροσωποποίηση και μειωμένη προσωπική επίτευξη-. Η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών που ασχολούνται με αυτό το φαινόμενο, χρησιμοποιούν ως εργαλείο για τη μέτρηση και την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης το MBI [3], [4], [10], [11], [12].

1.2.4 TO MONTELO THΣ PINES (1988)

Στο μοντέλο της Pines (1988) η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως «η κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από τη μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες» [13]. Το μοντέλο αυτό στην αρχή είχε προταθεί για τους επαγγελματίες υγείας, ωστόσο διερευνήθηκε και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις και οι πολιτικές συγκρούσεις. Η βαρύτητα του συνδρόμου εξαρτάται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και τα κίνητρα και θεωρείται ότι οι πιο αφοσιωμένοι και σκληρά εργαζόμενοι είναι αυτοί που πλήττονται βαρύτερα [14].

Το εργαλείο μέτρησης σ' αυτό το μοντέλο (Burnout Measure- BM) αξιολογεί τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης τη σωματική, την πνευματική και την συναισθηματική και καταλήγει στην εξαγωγή ενός συγκεντρωτικού σκορ των ερωτήσεων [15] σε αντίθεση με το BMI που εξάγονται τρία διαφορετικά σκορ για καθεμία από τις τρεις διαστάσεις [4]. Τα εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης BM και BMI είναι αυτά που χρησιμοποιούνται περισσότερο για τη μέτρηση του βαθμού της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών, όχι μόνο στους επαγγελματίες υγείας.

1.2.5. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΚΟΠΕΓΧΑΓΗΣ (2005)

Το μοντέλο της Κοπεγχάγης είναι το πιο πρόσφατο μοντέλο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και προτάθηκε μόλις το 2005. Το μοντέλο αυτό δημιουργήθηκε από τους Tage Kristensen, Marianne Borritz, Ebbe Villadsen και Karl B. Christensen (2005) ως απάντηση στην έντονη κριτική που είχαν κάνει στο μοντέλο όσο και στο ερευνητικό εργαλείο της Maslach [16].

Έτσι, δημιουργήθηκε το Copenhagen Burnout Inventory (CBI) όπου χρησιμοποιείται ένα ερωτηματολόγιο με τρεις υποκλίμακες: την προσωπική εξουθένωση, την επαγγελματική εξουθένωση και την εξουθένωση που σχετίζεται με την επαφή με ανθρώπους (πελάτες, συναδέλφους, ασθενείς, μαθητές κ.τ.λ.). Οι ερωτήσεις έχουν δομηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να απαντηθούν από ένα μεγάλο εύρος επαγγελματιών, χωρίς να προσανατολίζονται αποκλειστικά σε επαγγελματίες των ανθρωπιστικών υπηρεσιών [16]. Επειδή, δημιουργήθηκε αρκετά πρόσφατα είναι λογικό να μην έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες, ειδικότερα σε αυτές που αφορούν τα επαγγέλματα της υγείας.

1.3. Επαγγελματική εξουθένωση στους ιατρούς

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα επαγγέλματα υγείας και κυρίως σε γιατρούς και νοσηλευτές, καθώς αυτοί οι κλάδοι έρχονται σχεδόν καθημερινά σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών που ασχολούνται με την επαγγελματική εξουθένωση έχουν κατά κύριο λόγο ως πληθυσμό μελέτης τους, επαγγελματίες υγείας.

Θεωρείται ότι ο πρώτος χρόνος ειδικότητας των ειδικευομένων γιατρών καθώς και τα υπόλοιπα χρόνια ειδικότητας αποτελούν μία από τις πιο στρεσογόνες περιόδους της ιατρικής εκπαίδευσης. Η αϋπνία, η κούραση, το απαιτητικό ωράριο εργασίας και η ανεπαρκής κοινωνική συναναστροφή αποτελούν τους κύριους στρεσογόνους παράγοντες στη ζωή ενός ειδικευομένου ιατρού [17]. Αυτοί οι παράγοντες είναι που ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την επαγγελματική εξουθένωση των ειδικευομένων ιατρών.

Σε μελέτη των Dyrbye et al. (2013), σε πληθυσμό της Αμερικής που διερευνήθηκε η ικανοποίηση των ιατρών και η επαγγελματική εξουθένωση σε διαφορετικά στάδια της καριέρας τους, εν συντομία, βρέθηκε ότι οι νέοι γιατροί είχαν τη χαμηλότερη ικανοποίηση από την επιλογή της σταδιοδρομίας τους (όντας ένας γιατρός), την υψηλότερη συχνότητα συγκρούσεων στην εργασία και στο σπίτι καθώς και τα υψηλότερα ποσοστά αποπροσωποποίησης. Επίσης, βρέθηκε ότι το 45,8% των ειδικευομένων είχαν ένα τουλάχιστον σύμπτωμα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι γιατροί που βρίσκονταν στη μέση της σταδιοδρομίας τους, εργάζονταν περισσότερες ώρες, είχαν τη χαμηλότερη ικανοποίηση από την επιλογή της ειδικότητάς τους και είχαν τα υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης και εξουθένωσης [18].

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα άλλης αμερικανικής έρευνας που διεξήγαγαν οι Stanafelt et al. (2012) σχετικά με τη σύγκριση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ιατρούς και στο γενικό πληθυσμό, όπου βρέθηκε ότι οι γιατροί είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης και ότι ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι από την ισορροπία μεταξύ προσωπικής ζωής και εργασίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι γιατροί βρέθηκε ότι δούλευαν τουλάχιστον 10 ώρες περισσότερο την εβδομάδα σε σχέση με τους επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων [19].

Σημαντικές διαφορές στην επαγγελματική εξουθένωση παρατηρούνται και μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων. Μελέτη των Woodside et al. (2008) σχετικά με τις ειδικότητες της ψυχιατρικής και του οικογενειακού γιατρού έδειξε ότι οι ειδικευόμενοι της ψυχιατρικής είχαν σημαντικά χαμηλότερα τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους ειδικευόμενους στην οικογενειακή ιατρική [20]. Οι ειδικότητες που εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται να είναι οι γιατροί της επείγουσας ιατρικής, οι παθολόγοι, οι νευρολόγοι, οι οικογενειακοί γιατροί και οι χειρουργοί ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στις ειδικότητες της δερματολογίας, γενικής παιδιατρικής και προληπτικής ιατρικής [19].

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης των άρθρων που μελετούν την επαγγελματική εξουθένωση στους ειδικευόμενους γιατρούς. Σε μελέτη των Ishak et al. (2009) σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών βρέθηκε ότι το ποσοστό επιπολασμού της επαγγελματικής εξουθένωσης ειδικότερα στα πρώτα χρόνια της ειδικότητας κυμαίνεται μεταξύ 27% και 35%. Η επαγγελματική εξουθένωση φάνηκε ότι είχε αρνητική επίδραση στη φροντίδα των ασθενών συμπεριλαμβανομένων και των ιατρικών σφαλμάτων, των κινδύνων για την ασφάλεια των ασθενών και την αμφισβήτηση της ποιότητας φροντίδας υγείας. Επιπλέον, αρνητικές επιδράσεις εμφανίστηκαν και στην υγεία των ίδιων των ειδικευομένων με εμφάνιση κατάθλιψης, αυτοκτονικών τάσεων και την εμφάνιση ασθενειών [21].

1.3.1. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολλαπλά και τα περισσότερα από αυτά προσπάθησε να τα απαριθμήσει ο Unger (1980). Ο Unger, παρατηρεί τα παρακάτω συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης τα οποία μπορεί να είναι σωματικά, ψυχολογικά ή συμπεριφορικά. «Στα σωματικά συμπτώματα ανήκουν: η σωματική εξάντληση, η κατάθλιψη, η αϋπνία ή ο υπερβολικός ύπνος ανάλογα, οι πονοκέφαλοι, διάφορα γαστρεντερικά προβλήματα όπως τα έλκη, η αύξηση ή μείωση του βάρους, οι παρατεταμένες περίοδοι ασθένειας, όπως του κοινού κρυολογήματος, διάφορα αναπνευστικά προβλήματα, η υπερένταση, τα αυξημένα προβλήματα χοληστερόλης, οι διαταραχές στην ομιλία και η σεξουαλική δυσλειτουργία. Στα ψυχολογικά συμπεριλαμβάνονται: δυσκολία προσαρμογής στις διάφορες αλλαγές, έλλειψη ενδιαφέροντος με

συνεπακόλουθη απάθεια, αρνητική διάθεση, συναισθηματική εξάντληση, έλλειψη υπομονής, αδυναμία αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, στρες, ανία, μειωμένη αυτοπεποίθηση, εκνευρισμός, αδυναμία λήψης αποφάσεων, αίσθημα αδυναμίας, καχυποψία, κατάθλιψη, αποξένωση, αποτελμάτωση και λήψη ασυνήθιστα υψηλών στόχων. Τέλος, στα συμπεριφορικά ανήκουν: χαμηλή απόδοση στην εργασία, μειωμένη επικοινωνία, αυξημένα ποσοστά απουσίας από την εργασία, έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία, αυξημένη χρήση φαρμάκων, αυξημένες συγκρούσεις με την οικογένεια, χρήση αλκοόλ, αδυναμία συγκέντρωσης, αυξημένα παράπονα για την εργασία, εργασιομανία» [22].

Η επαγγελματική εξουθένωση εφόσον επηρεάζει το ιατρικό προσωπικό, λογικό επακόλουθο είναι να επηρεάζει και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με κύριο αποδέκτη τους ασθενείς. Η ιατρική περίθαλψη των ασθενών, με άλλα λόγια, επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών. Αρχικά, οι ιατροί που εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση λογικό είναι να υποπίπτουν σε ιατρικά λάθη πιο συχνά σε σχέση με τους υπόλοιπους «υγιείς» ιατρούς και να δυσκολεύονται στην επικοινωνία με τους ασθενείς ή τους συγγενείς των ασθενών. Από τη μεριά των ασθενών η άποψη και η γνώμη τους για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν επηρεάζεται αρνητικά. Ασθενείς που εξετάστηκαν από ιατρούς που έπασχαν από επαγγελματική εξουθένωση πιθανό είναι να μην έμειναν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες τους και από τη συμπεριφορά τους με συνέπεια να θεωρούν το σύστημα υγείας και την ποιότητα της φροντίδας αναποτελεσματική ή μη αποδοτική.

Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από τη μελέτη των Anagnostopoulos et al. (2012) στην οποία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης ειδικευόμενων γιατρών και της ικανοποίησης των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γιατροί που έπασχαν από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης φάνηκαν να μην ικανοποιούν τους ασθενείς τους. Πιο συγκεκριμένα αποδείχθηκε ότι η συναισθηματική εξάντληση των γιατρών και η αποπροσωποποίηση συσχετίστηκαν αρνητικά με την ικανοποίηση των ασθενών [23].

Ακόμη αξίζει να αναφερθεί και η μελέτη των Fahrenkopf et al. (2012) στην οποία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της καταπίεσης που νιώθουν οι γιατροί και των ιατρικών σφαλμάτων κυρίως όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή. Τα λάθη μπορούν να είναι τριών ειδών, λάθη με μικρό ενδεχόμενο βλάβης, λάθη με ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων και λάθη που θα μπορούσαν να προληφθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου, όπως στην περίπτωση ύπαρξης αλλεργίας που ο γιατρός χορηγεί το λάθος φάρμακο και ο ασθενής παθαίνει αναφυλαξία. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι γιατροί που έπασχαν από επαγγελματική

εξουθένωση ή έννοιωθαν καταπιεσμένοι, είχαν περισσότερες πιθανότητες ιατρικού σφάλματος σε σχέση με τους υπόλοιπους γιατρούς [24].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ψυχική υγεία

2.1. Ορισμός

Η φυσική, η ψυχολογική και η πνευματική κατάσταση ενός ανθρώπου είναι έννοιες οι οποίες αφορούν την υγεία. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 1946 η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» [25].

Όσον αφορά την ψυχική υγεία δεν υπάρχει ένας κοινός ορισμός αλλά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε όπως ορίζει και ο ΠΟΥ πως «η ψυχική υγεία αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που άμεσα ή έμμεσα σχετίζονται με την ψυχική ευεξία, στοιχείο που περιλαμβάνεται και στον ορισμό της υγείας. Έχει σχέση με την προώθηση της ευημερίας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, καθώς και τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές» [26].

Με άλλα λόγια η ψυχική υγεία, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε, ότι σχετίζεται με την ψυχολογική κατάσταση ενός ανθρώπου και την ψυχολογική του ευεξία. Ένα άτομο θεωρείται ότι βρίσκεται σε κατάσταση καλής ψυχικής υγείας όταν απουσιάζει οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή και όταν το άτομο αισθάνεται τόσο συναισθηματικά όσο και ψυχικά, ευημερία.

Η ψυχική υγεία μπορεί να διαταραχθεί από πλήθος παραγόντων και να εξελιχθεί σταδιακά μέσα στο πέρας του χρόνου, οδηγώντας στη δημιουργία διαφόρων ψυχικών διαταραχών όπως για παράδειγμα στην επαγγελματική εξουθένωση, στην κατάθλιψη, στις αγχώδεις διαταραχές, στη χρήση φαρμάκων ή και άλλων παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, που επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή του ατόμου. Η απουσία καλής ψυχικής υγείας συμβάλλει στην αδυναμία ανταπόκρισης του ατόμου στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς του, αλλά και της εργασίας του.

2.1.1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη ορίζεται από τον ΠΟΥ ως «η ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραχές ύπνου, αίσθημα κόπωσης και κακή συγκέντρωση. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι μακροχρόνια ή επαναλαμβανόμενη και μειώνει σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς του. Στην πιο σοβαρή της μορφή απαιτείται φαρμακευτική αγωγή

και πολλές φορές μπορεί να καταλήξει σε αυτοκτονία, ενώ όταν είναι ήπια μπορεί να αντιμετωπιστεί και χωρίς φαρμακευτική αγωγή» [27].

Η εμφάνιση της κατάθλιψης μπορεί να είναι αποτέλεσμα συνισταμένης πολλών παραγόντων που επηρεάζουν την ιδιοσυγκρασία ενός ατόμου και δρουν αλληλεπικαλυπτόμενα. Τα αίτια μπορεί να είναι γενετικά, βιολογικά, περιβαλλοντικά, ψυχολογικά ή ακόμα και αποτέλεσμα διάφορων ψυχικών παθήσεων. Όταν αναφερόμαστε στο γενετικό παράγοντα εννοούμε την εμφάνιση της νόσου στο οικογενειακό περιβάλλον, διότι μπορούν να κληρονομηθούν μέσω των γονιδίων τα χαρακτηριστικά εκείνα που προδιαθέτουν στην εμφάνιση κατάθλιψης [28].

Τα βιολογικά αίτια αφορούν σε αλλαγές στη χημεία του ανθρώπινου εγκεφάλου. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν ανισορροπίες των νευροδιαβιβαστών, δηλαδή των βιοχημικών ουσιών μέσω των οποίων επικοινωνούν τα εγκεφαλικά κύτταρα. Τα περιβαλλοντικά αίτια αφορούν τα διάφορα βιώματα, τις δυσάρεστες εμπειρίες στη ζωή ενός ανθρώπου καθώς και ψυχοπνευματικά γεγονότα μέσα από τα οποία το άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην εμφάνιση κατάθλιψης. Επίσης άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, έχουν αυξημένη πιθανότητα για εμφάνιση κατάθλιψης, ενώ πληθώρα χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ατόμων μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη και την εξέλιξή της [29].

Η κατάθλιψη μπορεί να ταξινομηθεί σε τρία είδη που είναι τα βασικά, αλλά υπάρχουν και διάφοροι άλλοι τύποι κατάθλιψης. Ο πρώτος τύπος που είναι και ο πιο συχνός είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Το κυριότερο σύμπτωμά της είναι το αίσθημα λύπης ή κενού που μπορεί να διαρκεί για εβδομάδες και να επιμένει για χρόνια. Ο δεύτερος τύπος είναι η δυσθυμία ή η χρόνια κατάθλιψη η οποία είναι λιγότερο σοβαρή αλλά μακροχρόνια και μερικοί ασθενείς μπορεί να πάσχουν από αυτή καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ο τρίτος τύπος είναι η μανιοκατάθλιψη ή διπολική διαταραχή όπου το άτομο από την κατάσταση του υπέρμετρου ενθουσιασμού και της ευφορίας περνά στη θλίψη και τη στενοχώρια. Εκτός από τα τρία βασικά είδη της κατάθλιψης υπάρχουν και άλλα όπως, η εποχική, η επιλόχειος, η άτυπη, η παραληρητική και η κατάθλιψη των ηλικιωμένων [30].

2.1.2. ΑΓΧΟΣ

Το άγχος θεωρείται πλέον ως ψυχική διαταραχή και συνιστά ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αφορούν την ψυχική υγεία του ατόμου. Η εμφάνιση όλο και περισσότερων ασθενειών, όπως οι νευρώσεις, νόσοι του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. έλκος), η αϋπνία, οι καρδιαγγειακές παθήσεις (π.χ. εμφράγματα), οι ημικρανίες ή οι πονοκέφαλοι έχουν συσχετιστεί με την επίδραση στρεσογόνων παραγόντων. Επιπλέον ο σύγχρονος τρόπος ζωής, οι αυξημένες απαιτήσεις τις καθημερινότητας και ο μεγάλος αριθμός των υποχρεώσεων που το μοντέλο της δυτικής κοινωνίας επιτάσσει συμβάλλουν

καθοριστικά στην εκδήλωση άγχους. Έτσι, οι παράγοντες που οδηγούν στη δημιουργία άγχους είναι πολλοί και αλληλοσυμπληρωματικοί.

Σύμφωνα με τον Spielberg (1972) «το άγχος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά αισθήματα έντασης, φόβου και ανησυχίας καθώς και από αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου κεντρικού συστήματος» [31].

Το άγχος έχει πολυπαραγοντική βάση και η ένταση του μπορεί να εξαρτάται τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα όσο και από ενδογενείς παράγοντες. Το στρες είναι δυνατό να προκύψει από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του- κοινωνικό, οικογενειακό, εργασιακό. Όταν το άτομο αντιλαμβάνεται μια αντίφαση ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει μια κατάσταση και στα αποθέματα –βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά- που διαθέτει για να την αντιμετωπίσει τότε βιώνει άγχος. Όσον αφορά τους ενδογενείς παράγοντες αυτοί μπορεί να αφορούν για παράδειγμα μια προσωπική εμπειρία από προηγούμενα αγχογόνα γεγονότα που δρουν αθροιστικά στη βίωση μιας νέας απειλής [32].

Κατά καιρούς οι παράγοντες που οδηγούν στο άγχος έχουν ταξινομηθεί σε διάφορες κατηγορίες. Οι Elliott και Eisdorfer (1982) τους διακρίνουν σε τέσσερις τύπους: «1) περιορισμένου χρόνου, όπως για παράδειγμα η αναμονή ενός χειρουργείου ή το να πρέπει να έρθεις αντιμέτωπος με την απειλή κάποιου άγριου ζώου, 2) ακολουθίες από στρεσογόνα γεγονότα ή μια σειρά από γεγονότα που συμβαίνουν σε αναπάντεχες περιόδους ως αποτέλεσμα ενός αρχικού ερεθίσματος όπως το να χάσει κάποιος τη δουλειά του, το διαζύγιο ή το πένθος, 3) παράγοντες που επιμένουν στο χρόνο αλλά διακεκομμένα όπως σεξουαλικές δυσκολίες οι οποίες μπορούν να συμβούν μία φορά τη μέρα, μια φορά την εβδομάδα ή μια φορά το μήνα και 4) παράγοντες που είναι μόνιμοι όπως μόνιμες αναπηρίες, χρόνια εργασιακό άγχος τα οποία μπορεί ή και όχι να ξεκίνησαν από ένα σημαντικό γεγονός και να εξακολουθούν να υπάρχουν διαρκώς για μεγάλο χρονικό διάστημα» [33].

2.1.3. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η συμπεριφορά όπου το άτομο επιθυμεί να κάνει κακό στον εαυτό του με σκοπό να δώσει τέλος στη ζωή του. Η αυτοκτονία χωρίζεται σε δύο κατηγορίες. Στην απόπειρα αυτοκτονίας όπου το άτομο δεν καταφέρνει να φτάσει στον τελικό του στόχο, το θάνατο. Η δεύτερη κατηγορία αφορά την ολοκληρωμένη απόπειρα αυτοκτονίας κατά την οποία το άτομο έχει επιτύχει το στόχο του που είναι ο θάνατος. Ακόμη, υπάρχουν και τα άτομα που έχουν σκεφτεί πολλές φορές να βάλουν τέλος στη ζωή τους αλλά ποτέ δεν το επιχείρησαν, κάτι που καλείται αυτοκτονικός ιδεασμός.

Το 60% των ατόμων που αυτοκτονούν, πριν επιχειρήσουν την ενέργεια αυτή υποφέρουν από κατάθλιψη. Το 10% των ατόμων με καταθλιπτικά συμπτώματα καταλήγουν σε αυτοκτονία. Η

αυτοκτονία στους καταθλιπτικούς ασθενείς είναι 25 φορές συχνότερη από ότι στο γενικό πληθυσμό [43].

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του Π.Ο.Υ., «η αυτοκτονία είναι το πιο σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας στις αναπτυγμένες χώρες, και η συχνότητα του αυξάνεται και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αποτελεί μία από τις κυρίαρχες αιτίες θανάτου, κυρίως για τους νέους καθώς κάθε χρόνο επιχειρούν να αυτοκτονήσουν περίπου ένα εκατομμύριο άτομα, κι αυτός ο αριθμός δεν περιλαμβάνει τις απόπειρες αυτοκτονίες που δεν καταλήγουν σε θάνατο οι οποίες είναι και οι πιο συχνές» [34].

Γενικώς, για κάθε ολοκληρωμένη αυτοκτονία υπολογίζεται πως υπάρχουν δέκα φορές περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας και εκατό φορές περισσότερα άτομα πραγματοποιούν αυτοκτονικές σκέψεις. Η συχνότητα εμφάνισης της αυτοκτονίας είναι διαφορετική για κάθε ηλικιακή ομάδα. Η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι πιο συχνή στους εφήβους και στους ηλικιωμένους. Μπορεί η αυτοκτονία να φαίνεται σαν μια στιγμιαία απόφαση, αλλά πρόκειται για μια πράξη που ο έφηβος την έχει σκεφτεί σαν λύση από καιρό και μάλιστα έχει μιλήσει για αυτή, στο φιλικό του περιβάλλον [35].

2.1.4. ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Η κατάχρηση ουσιών αναφέρεται στην επιβλαβή ή επικίνδυνη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, όπως το αλκοόλ αλλά και παράνομων ουσιών. Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να οδηγήσει στο σύνδρομο της εξάρτησης, δηλαδή σε μια ομάδα συμπεριφορικών, γνωστικών και φυσιολογικών φαινομένων που αναπτύσσονται μετά από επαναλαμβανόμενη χρήση κάποιας ουσίας. Τυπικά στο σύνδρομο περιλαμβάνονται η έντονη επιθυμία να το λαμβάνουν συνέχεια, η δυσκολία στον έλεγχο της χρήσης του, η επίμονη χρήση παρά τις βλαπτικές του συνέπειες και η αυξημένη πλέον ανοχή στην ουσία αυτή [36].

Οι διάφορες ψυχότροπες ουσίες, οποιασδήποτε μορφής, προκαλούν εξάρτηση μετά από κάποιο χρονικό διάστημα στον χρήστη, όπως αναφέρεται και παραπάνω. Η εξάρτηση αυτή είναι ψυχική, ενώ μερικές από αυτές τις ουσίες, όπως π.χ. το οινόπνευμα, η ηρωίνη, η μορφίνη, προκαλούν και σωματική εξάρτηση με την έννοια ότι η απότομη διακοπή τους μετά από χρόνια χρήση, προκαλεί το λεγόμενο "στερητικό σύνδρομο". Στο "στερητικό", αυτό σύνδρομο περιλαμβάνονται ψυχοσωματικές εκδηλώσεις όπως εφιδρώσεις, ταχυκαρδίες, κοιλιακά άλγη, αϋπνίες, άγχος κ.τ.λ [37].

Το φαινόμενο της σωματικής εξάρτησης είναι δυνατόν να παρουσιάζει ύφεση ή εξάλειψη μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. Το ουσιαστικό πρόβλημα στην εξάρτηση είναι η "ψυχική εξάρτηση" [37].

Η ψυχική εξάρτηση εμφανίζεται κυρίως με δύο χαρακτηριστικά στοιχεία:

- Αδυναμία παραίτησης από την συχνή χρήση της ουσίας και συνέχιση της χρήσης της με διάφορες δικαιολογίες [37] και
- Επιθυμία για όλο και μεγαλύτερη ποσότητα χρήσης της ουσίας, μέχρι απώλειας του ελέγχου της. Στις ουσίες που δεν είναι δυνατή η "εφ' άπαξ" αύξηση της ποσότητας, το δεύτερο αυτό στοιχείο εκφράζεται με αύξηση της συχνότητας χρήσης (π.χ. καπνός, χασίς κ.τ.λ.) [37].

2.2. Το ψυχολογικό προφίλ των ιατρών

Είναι ευρέως γνωστό, ότι η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος είναι αρκετά δύσκολη και πολλές φορές συνδέεται με σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση. Η εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικότητας αλλά και τα πρώτα χρόνια της καριέρας ενός ειδικού γιατρού αποτελούν μια εξαιρετικά στρεσογόνα περίοδο. Αυτό οφείλεται στις πολλές ώρες εργασίας μέσα στις οποίες περιλαμβάνονται και νύχτες με έκτακτες περιπτώσεις, στις διακοπές κατά τη διάρκεια του ύπνου αλλά και μιας σημαντικής ανισορροπίας μεταξύ της επαγγελματικής εμπειρίας και της υπευθυνότητας. Το άγχος της επαγγελματικής ζωής ενός ιατρού αλλά και τα προσωπικά γεγονότα είναι πιθανό να οδηγήσουν στην ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας στους ειδικευόμενους γιατρούς [38].

Οι γιατροί είναι εκτεθειμένοι περισσότερο από άλλους κλάδους στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι υψηλές απαιτήσεις, ο φόρτος εργασίας, οι αυξημένες ευθύνες, οι καίριες αποφάσεις που συχνά πρέπει να λάβουν, το εξαντλητικό τους ωράριο, οι δύσκολες συνθήκες εργασίας επιδρούν αρνητικά στη ψυχική και σωματική τους υγεία με αποτέλεσμα να δημιουργούνται εντάσεις στο εργασιακό τους περιβάλλον.

2.2.1. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ

Η αυτοκτονία είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχει απασχολήσει τα τελευταία χρόνια τη δημόσια υγεία και αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως, ενώ παρατηρείται αρκετά συχνά στο ιατρικό προσωπικό.

Οι γιατροί σε αρκετές χώρες φαίνεται να έχουν ένα αρκετά αυξημένο σχετικό κίνδυνο αυτοκτονιών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό αλλά και άλλες επαγγελματικές ομάδες. Σε μία ανασκόπηση των μελετών μεταξύ του 1985 και του 1993 των Lindeman, Laara, Hakko, Lonnqvist (1996), τα ποσοστά αυτοκτονιών στους γιατρούς αυξήθηκαν σε σύγκριση με τα ποσοστά του γενικού πληθυσμού, αν και σε ορισμένες μελέτες η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Ο κίνδυνος ήταν πιο αυξημένος στις γυναίκες γιατρούς παρά στους άντρες [39].

Άλλη ανασκόπηση των μελετών σχετικά με τα ποσοστά των αυτοκτονιών σε διαφορετικές χώρες, που πραγματοποιήθηκε από τους Schernhammer και Golditz (2004) έδειξε ότι ο σχετικός κίνδυνος για τους άντρες γιατρούς ήταν μιάμιση φορά πιο συχνός σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό ενώ στην περίπτωση των γυναικών γιατρών η πιθανότητα ήταν διπλάσια. Το ίδιο ισχύει και για τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι γιατροί αναφέρουν περισσότερες αυτοκτονικές σκέψεις σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και αντίστοιχα το ποσοστό των αυτοκτονικών σκέψεων των γυναικών γιατρών είναι μεγαλύτερο σε σχέση με αυτό των αντρών [40].

Ο πιο συχνός τρόπος αυτοκτονίας των γιατρών αποτελεί η αυτό- δηλητηρίαση με τη χρήση βαρβιτουρικών και οπιούχων. Ακολουθεί όχι και τόσο συχνά το κρέμασμα, ο αυτοτραυματισμός, η ασφυξία και η χρήση όπλου. Ο τρόπος αυτοκτονίας των γιατρών παρουσιάζει σημαντικές διαφορές σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών πέθανε από υπερβολική δόση φαρμάκου, είτε γιατί έχουν άμεση πρόσβαση στα φάρμακα είτε επειδή γνωρίζουν ποια φάρμακα και σε ποιες δόσεις μπορούν να προκαλέσουν το θάνατο [41].

2.2.2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ

Οι συνθήκες εργασίας των γιατρών, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, η ελλιπής επικοινωνία με τους συναδέλφους, οι αυξημένες απαιτήσεις του επαγγέλματος καθώς και η έλλειψη ύπνου συμβάλλουν στην ανάπτυξη άγχους αλλά και ψυχιατρικών συμπτωμάτων τα οποία μακροπρόθεσμα μπορούν να οδηγήσουν στην κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα διαρκές αίσθημα στενοχώριας το οποίο μπορεί να διαρκέσει από δύο εβδομάδες έως και μεγάλα χρονικά διαστήματα ενώ συνοδεύεται με μία πληθώρα συμπτωματολογίας, και αναπτύσσεται από πολλούς παράγοντες. Η κατάθλιψη αποτελεί ίσως την πιο συχνή ψυχιατρική νόσο της εποχής μας. Μεγάλος είναι ο αριθμός των ερευνών που μελέτησαν την κατάθλιψη τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού και η πλειοψηφία των ερευνών αυτών καταδεικνύει ότι τα καταθλιπτικά φαινόμενα είναι σημαντικά περισσότερα στον ιατρικό κόσμο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Όσον αφορά τους φοιτητές που σπουδάζουν στην ιατρική σε μελέτη των Akvadar et all. (2004) φάνηκε ότι εμφανίζουν κατάθλιψη ή η κατάθλιψη αυξάνεται, με συνεπακόλουθη μείωση της ψυχικής τους υγείας, τα πρώτα και τα τελευταία χρόνια της φοίτησής τους. Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω της επιθυμίας για την απόκτηση του τίτλου, της πίεσης των εξετάσεων και της ανησυχίας τους για το μέλλον της επαγγελματικής τους ζωής [42]. Οι γυναίκες γιατροί, εκδηλώνουν συχνότερα κατάθλιψη απ' ότι οι άντρες.

Αυτό επιβεβαιώνει και μελέτη των Hsu και Marshall (1987) που διενεργήθηκε σε Καναδούς ειδικευόμενους γιατρούς όπου βρέθηκε ότι οι γυναίκες ιατροί είχαν 1,5 περισσότερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη και ήταν 8 φορές πιθανότερο να παρουσιάσουν σοβαρή κατάθλιψη σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους, ενώ οι άγαμοι γιατροί εμφάνισαν υψηλότερα σκορ μέτριας ή βαριάς κατάθλιψης σε σχέση με τους παντρεμένους[43].

Επιπλέον, το stress ή αλλιώς άγχος αποτελεί την προετοιμασία του οργανισμού να αποφύγει ή να αντιμετωπίσει έναν επικείμενο κίνδυνο ή οποιαδήποτε δυσκολία. Το άγχος αποτελεί σημαντικό παράγοντα μείωσης της επαγγελματικής αποδοτικότητας. Το stress είναι γνωστό πως στα συμπτώματά του, περιλαμβάνονται: η στηθάγχη, η κεφαλαλγία, η μυαλγία, η αύπνια, μειωμένα επίπεδα συγκέντρωσης και πολλές φορές είναι δυνατό να φτάσει και στο στάδιο της κατάθλιψης. Οι γιατροί εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους κάτι που είναι πολύ λογικό εφόσον αντιμετωπίζουν τον πόνο και το θάνατο στη δουλειά τους και την ευθύνη που έχουν καθώς μια «ζωή» εξαρτάται από αυτούς.

Σε μελέτη των Coomber et al. (2002) που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο μετρήθηκε το άγχος στους γιατρούς και βρέθηκε ότι ένας στους τρεις γιατρούς έχει στοιχεία ψυχιατρικής νοσηρότητας, ένα μικρότερο ποσοστό παρουσίασε σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης και ένα ελάχιστο ποσοστό ανέφερε σκέψεις αυτοκτονίας. Η ίδια μελέτη αποκάλυψε πως η ψυχική νοσηρότητα των γιατρών οφείλεται σε μια σειρά στρεσογόνων παραγόντων όπως η έλλειψη αναγνώρισης της συνεισφοράς τους από τους άλλους, οι πολλές αρμοδιότητες που έχουν, το άγχος της δουλειάς που επιδρά στην προσωπική και οικογενειακή τους ζωή, η συνεχής ενημέρωση και επιμόρφωση που επιβάλλει το επάγγελμά τους και το γεγονός ότι πρέπει να αποφασίζουν για σημαντικά θέματα αποκλειστικά μόνοι τους [44].

2.2.3. ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Η κατάχρηση ουσιών έχει αναγνωριστεί ως σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Ευάλωτοι στην κατάχρηση ουσιών είναι και οι γιατροί καθώς, όπως αναφέρεται και παραπάνω, έρχονται αντιμέτωποι με πολλές δύσκολες καταστάσεις, αλλά ανήκουν και στις επαγγελματικές ομάδες με τις περισσότερες ώρες εργασίας. Η κατάχρηση ουσιών στους γιατρούς αποτελεί σημαντικό επαγγελματικό κίνδυνο, κάτι το οποίο επηρεάζει όλο το σύστημα παροχών υγείας.

Μία από τις σημαντικότερες καταχρήσεις είναι η κατανάλωση αλκοόλ. Το ιατρικό επάγγελμα σχετίζεται με πολλές καθημερινές αντιξοότητες και πολλοί είναι οι γιατροί που μπορεί να επηρεαστούν ψυχολογικά από αυτές. Η ψυχολογική πίεση πολλές φορές είναι δυνατό να οδηγήσει το άτομο στην χρήση οινοπνεύματος. Η γραμμή της χρήσης-κατανάλωσης μπορεί πολύ εύκολα να ξεπεραστεί και να διέρθει το άτομο στον εθισμό. Έτσι, η επαγγελματική ικανότητα των ιατρών, και

γενικά ατόμων που εθίζονται σε ουσίες, μπορεί να τεθεί υπό αμφισβήτηση ή ακόμα και να φτάσει σε σημείο πρόκλησης βλάβης άλλων ατόμων.

Σε μελέτη του 2008 μεταξύ νοσοκομειακών γιατρών στη Γερμανία βρέθηκε ότι ποσοστό 76,6% κάνει μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, 19,8% κάνει επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ και μόνο 9,5% απέχει από τη χρήση οινοπνεύματος. Στη συγκεκριμένη μελέτη ως παράγοντες κινδύνου αναφέρονται η φύση του ιατρικού επαγγέλματος, οι πολλές ώρες εργασίας, το εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση [45].

Οι MacAuliffe et al. (1991) παρατήρησαν ότι η κατανάλωση αλκοόλ στους γιατρούς φαίνεται ότι δεν συσχετίζεται με την ειδικότητα του εκάστοτε γιατρού, αλλά υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στο φύλο και την ηλικία των γιατρών, με τους άντρες να εμφανίζουν πιο αυξημένη χρήση σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ οι γιατροί μεγαλύτερης ηλικίας, τόσο άντρες όσο και γυναίκες, στρέφονται περισσότερο στην κατανάλωση αλκοόλ σε σύγκριση με του γιατρούς που βρίσκονται σε πιο μικρή ηλικία [46].

Ακόμα, σε μελέτη των Akvardar et al. (2004) που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία σε γιατρούς διαπιστώθηκε ότι το αλκοόλ αποτελούσε την πιο χρησιμοποιούμενη εθιστική ουσία με τη νικοτίνη και άλλες ουσίες εξάρτησης να ακολουθούν. Στις ουσίες αυτές συνηθέστερες ήταν οι βενζοδιαζεπίνες, τα οπιοειδή, όπως η μορφίνη και η μεπεριδίνη, καθώς και οι αμφεταμίνες. Τέλος, από τις παράνομες ναρκωτικές ουσίες η κάνναβη ήταν η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη [42].

2.4. Αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων από τους πάσχοντες γιατρούς

Οι επαγγελματίες που εργάζονται στην υγεία- γιατροί νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό- δεν αντιμετωπίζουν με τη δέουσα προσοχή και σοβαρότητα τα προβλήματα ψυχικής υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι ίδιοι. Αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε λόγω του στιγματισμού, που μπορεί να τους επιφέρει ένα τέτοιο πρόβλημα, στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία ή ακόμα και της λανθασμένης άποψης του ότι δε θέλουν να εμπιστευτούν κάποιον άλλο γιατρό, που ίσως είναι καλύτερα ενημερωμένος σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία απ' ότι μπορεί να είναι οι ίδιοι.

Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από μια Σουηδική μελέτη των Töyry et al. (2000) όπου διερευνήθηκε η κατάσταση της υγείας των γιατρών, όπως αυτή αναφέρθηκε από τους ίδιους, το ποσοστά των αναρρωτικών αδειών καθώς και η χρήση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των γιατρών ανάλογα με το φύλο και την ειδικότητα. Τα σημαντικότερα ευρήματα της μελέτης ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας προτιμούν να βγάλουν γνώμάτευση και να θεραπεύουν τις ασθένειες τους μόνοι τους, απ' ότι να ζητούν ιατρική γνώμη από κάποιον άλλο ειδικό. Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες παίρνουν τις λιγότερες αναρρωτικές άδειες σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες, ακόμα και στην

περίπτωση που έχουν κάποια ασθένεια (όχι απαραίτητα ψυχική). Τέλος, ανάμεσα στις διάφορες ειδικότητες οι ψυχίατροι ήταν αυτοί που είχαν χρησιμοποιήσει περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας και ήταν σε αναρρωτική άδεια συχνότερα σε σχέση με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων[47].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Μεθοδολογία

1.1 Σκοπός Μελέτης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης [48], αναγνωρίστηκε στην αρχή του 1970 στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα, κατά κύριο λόγο στους επαγγελματίες υγείας [49]. Υπάρχουν αρκετές μελέτες που επιβεβαιώνουν την ανάγκη να δοθεί περισσότερη προσοχή στην σχέση που αναφέρεται στην υγεία των ιατρών και των νοσηλευτών και ειδικότερα στην ψυχική τους υγεία [50-52].

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσουμε το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευόμενων γιατρών στα νοσοκομεία της Λάρισας και πως επηρεάζει την ψυχική τους υγεία.

Επιμέρους διακριτοί στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η εκτίμηση του μεγέθους της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους γιατρούς.
2. Η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου.
3. Η σύγκριση του εργασιακού στρες στις διάφορες ειδικότητες.

1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

- ✓ Διαφοροποιείται η επαγγελματική κόπωση και η ψυχική υγεία, των ειδικευόμενων γιατρών, σε σχέση με το φύλο;
- ✓ Διαφοροποιείται η επαγγελματική κόπωση και η ψυχική υγεία, των ειδικευόμενων γιατρών, σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση;
- ✓ Διαφοροποιείται η επαγγελματική κόπωση και η ψυχική υγεία, των ειδικευόμενων γιατρών, σε σχέση με την καπνισματική συνήθεια;
- ✓ Διαφοροποιείται η επαγγελματική κόπωση και η ψυχική υγεία, των ειδικευόμενων γιατρών, σε σχέση με το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ;
- ✓ Διαφέρει ο βαθμός επαγγελματικής κόπωσης και ψυχικής υγείας, των ειδικευόμενων γιατρών, με τον τομέα της ειδικότητας (εργαστηριακός, παθολογικός, χειρουργικός);

- ✓ Υπάρχει σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και την γενική ψυχική υγεία;
- ✓ Υπάρχει σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και το άγχος;

1.3 Είδος Μελέτης

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα επιλέχτηκε ως καταλληλότερο είδος μελέτης η περιγραφική μελέτη η οποία αποτελεί είδος ποσοτικής μελέτης και καλύπτει μεθόδους για οργάνωση και περίληψη μιας σειράς δεδομένων με εύκολο και σύντομο τρόπο μέσω πινάκων και γραφημάτων.

1.4 Ερευνητικό πεδίο

Για την εκπλήρωση των σκοπών της μελέτης επιλέχτηκε ως ερευνητικό πεδίο, το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς».

1.5 Πληθυσμός στόχος

Ελληνίδες και Έλληνες ειδικευόμενοι γιατροί.

1.6 Πληθυσμός πρόσβασης

Ειδικευόμενοι γιατροί, του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς».

1.7 Δείγμα

Συνολικά δόθηκαν 220 ερωτηματολόγια σε ειδικευόμενους γιατρούς των προαναφερθέντων νοσοκομείων. Από αυτά επιστράφηκαν 180 ερωτηματολόγια από τα οποία επαρκώς συμπληρωμένα ήταν 167 (που χρησιμοποιήθηκαν και στην παρούσα έρευνα). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από ειδικευόμενους γιατρούς, διαφόρων ειδικοτήτων απ' όλους τους τομείς (εργαστηριακός, παθολογικός, χειρουργικός). Η διάρκεια διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων ήταν από 10/1/2016 έως 30/3/2016. Το ποσοστό απόκρισης των ερωτηθέντων διαμορφώθηκε στο 75,9%.

1.8 Δειγματοληπτική Μέθοδος

Ως καταλληλότερη μέθοδος για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η “σκόπιμη δειγματοληψία” στην οποία ο ερευνητής επιλέγει μια ειδική ομάδα ή ομάδες μελών του πληθυσμού με βάση ορισμένα κριτήρια. Ως κριτήρια εισαγωγής στο δείγμα ορίστηκαν τα ακόλουθα:

- ✓ Γιατροί ειδικευόμενοι από το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς».
- ✓ Προφορική συγκατάθεση των γιατρών, για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, αφού είχε προηγηθεί επεξήγηση του σκοπού της.

1.9 Ερευνητικό εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο που συμπληρώνονταν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από τέσσερα μέρη:

- στο πρώτο μέρος περιέχονταν ερωτήσεις που αφορούσαν σε κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες του δείγματος
- στο δεύτερο μέρος ενσωματώθηκε το Ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory των Maslach & Jackson [53]. Το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory είναι εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες του κόσμου και σε διάφορους εργασιακούς χώρους [54-55]. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις, οι οποίες ομαδοποιούνται σε τρεις διαστάσεις:
 - Συναισθηματική Εξάντληση (<19: χαμηλή ή καθόλου επαγγελματική εξουθένωση, 19-26: μετρίου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση, >26: υψηλή επαγγελματική εξουθένωση)
 - Αποπροσωποποίηση (<6: χαμηλή ή καθόλου επαγγελματική εξουθένωση, 6-9: μετρίου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση, >10: υψηλή επαγγελματική εξουθένωση)
 - Προσωπικά Επιτεύγματα (>40: χαμηλή ή καθόλου επαγγελματική εξουθένωση, 34-39: μετρίου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση, <33: υψηλή επαγγελματική εξουθένωση)

- στο τρίτο μέρος ενσωματώθηκε το Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας GHQ-28 [56-57]. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο για την ανίχνευση πιθανής ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό και σε υπηρεσίες υγείας. Χρησιμοποιείται ευρέως και είναι αξιόπιστο. Εξετάζει 4 παράγοντες (σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, άγχος και αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και καταθλιπτικό συναίσθημα). Έχει σταθμιστεί και μεταφραστεί στα Ελληνικά [58]. Σύμφωνα με την ελληνική στάθμιση, η τιμή 5 (για τη συνολική βαθμολογία του) αντιστοιχεί στο όριο πάνω από το οποίο αυξάνονται οι πιθανότητες ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σαν εργαλείο διαλογής, όσο και ως εργαλείο εκτίμησης της επίπτωσης των ασθενειών στην ψυχική σφαίρα [59-60].
- στο τέταρτο μέρος ενσωματώθηκε το Ερωτηματολόγιο του Spielberger (STAI) [61]. Αποτελείται από δύο υποκλίμακες με 20 λήμματα, από τις οποίες η μια εξετάζει το άγχος ως οξεία κατάσταση (state) και η άλλη ως μόνιμο χαρακτηριστικό (trait). Έχει σταθμιστεί στα ελληνικά και χρησιμοποιείται ευρέως σε κλινικά, αλλά και μη κλινικά δείγματα [62]. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 20-80 και υψηλότερη βαθμολογία δείχνει μεγαλύτερο άγχος.

Η πρωτογενής ανάλυση που διενεργήθηκε έδωσε βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για τις ποσοτικές μεταβλητές και τα διάφορα στοιχεία κλίμακας συμπεριλαμβανομένων και εκείνων τύπου Likert, καθώς θεωρήθηκε ότι μπορούν να έχουν εσωτερική διάταξη με αριθμητική σημασία, δηλαδή να λαμβάνουν αριθμητικές τιμές ως κλίμακες διαστήματος. Στο σημείο αυτό διευκρινίζεται ότι οι προτάσεις, με τις οποίες μετρήθηκαν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά είχαν πάντα την ίδια φορά. Έτσι, οι αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις με κλίμακα Likert υποβλήθηκαν σε αντιστροφή της αρχικής κωδικοποίησης, ώστε σε όλα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου οι τιμές να υποδηλώνουν ίδιο βαθμό ικανοποίησης και αντίστροφα.

Νοηματικά, το ερωτηματολόγιο, διακρίνεται σε δύο μέρη. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο μέρος συγκεντρώνει γενικές πληροφορίες για δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ενώ το δεύτερο εκφράζει το βαθμό επαγγελματικής κόπωσης και το επίπεδο ψυχικής υγείας.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο. Ο μέγιστος χρόνος που απαιτούνταν ήταν 15 λεπτά. Πριν από τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οι γιατροί ενημερώνονταν, για το σκοπό της έρευνας, την εθελοντικότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, την εμπιστευτικότητα των στοιχείων και την ύπαρξη πληροφοριών σε περίπτωση ανάγκης επικοινωνίας.

1.10 Ανάλυση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων της έρευνας

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες έκδοση 20 (Statistical Package of Social Sciences 20th edition, SPSS) και το Epi Info 7.

Ακολουθήθηκε η μέθοδος της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης. Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στην μορφή μέση τιμή και τυπική απόκλιση, ενώ οι διακριτές σε συχνότητα και σχετική συχνότητα (%). Τα αποτελέσματα πρόκειται να παρουσιαστούν σε κυκλικά διαγράμματα και σε ραβδογράμματα.

Βάσει της βιβλιογραφίας, όταν διαθέτουμε μικρά δείγματα πρέπει να χρησιμοποιούμε οπωσδήποτε το Shapiro-Wilk test για τον έλεγχο της κανονικότητας και όχι το Kolmogorov-Smirnov test, με διόρθωση του p κατά Lilliefors, γιατί απλά το τελευταίο είναι παντελώς αναξιόπιστο. Το γεγονός αυτό βέβαια δεν αποκλείει τη χρησιμοποίηση του Shapiro-Wilk test και σε μεγαλύτερα δείγματα μέχρι και 5.000 στοιχείων [63].

Γενικά όταν ελέγχουμε την κανονικότητα μιας συνεχούς μεταβλητής, το Shapiro-Wilk test υπερτερεί σαφώς του Kolmogorov-Smirnov test με διόρθωση του p κατά Lilliefors και αυτό μπορούμε εύκολα να το διαπιστώσουμε ελέγχοντας τα διαγράμματα normal Q-Q plot [64-65].

1.11 Περιορισμοί μελέτης




Όπως σε κάθε μελέτη, έτσι και στη συγκεκριμένη, αναγκαστήκαμε να αντιμετωπίσουμε διάφορες δυσκολίες και περιορισμούς. Τέτοιες ήταν οι παρακάτω:

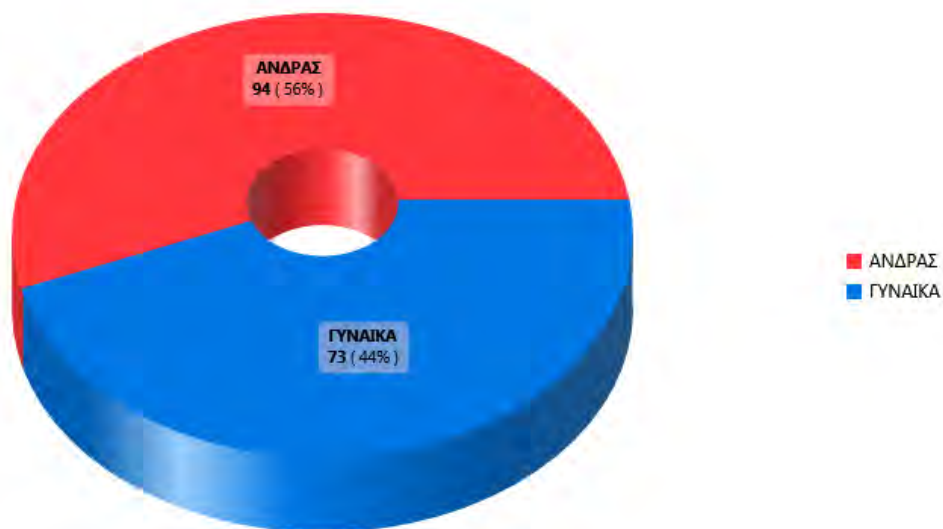
- Το μέγεθος του δείγματος ήταν περιορισμένο, άρα τα συμπεράσματα δε μπορούν να γενικευθούν σε μεγάλο δείγμα ή πληθυσμό, γιατί αφορούν το συγκεκριμένο αριθμό γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα.
- Στη συγκεκριμένη μελέτη εφαρμόστηκε «σκόπιμη δειγματοληψία», η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων τα οποία είναι διαθέσιμα μέχρι να συγκεντρωθεί το μέγεθος του δείγματος που επιθυμεί ο ερευνητής. Ως μέγεθος δειγματοληψίας θεωρείται φτωχή μέθοδος προσέγγισης του δείγματος διότι μειώνεται η αξιοπιστία της έρευνας και υπάρχει πιθανότητα το δείγμα να μην είναι αντιπροσωπευτικό.
- Τα άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζουν μικρή διάθεση για κάθε δραστηριότητα που δεν ανήκει αυστηρά στις υποχρεώσεις τους.
- Οι ερωτώμενοι δεν ήταν απόλυτα βέβαιοι ότι θα τηρηθεί το απόρρητο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Αποτελέσματα

2.1 Περιγραφικά στοιχεία

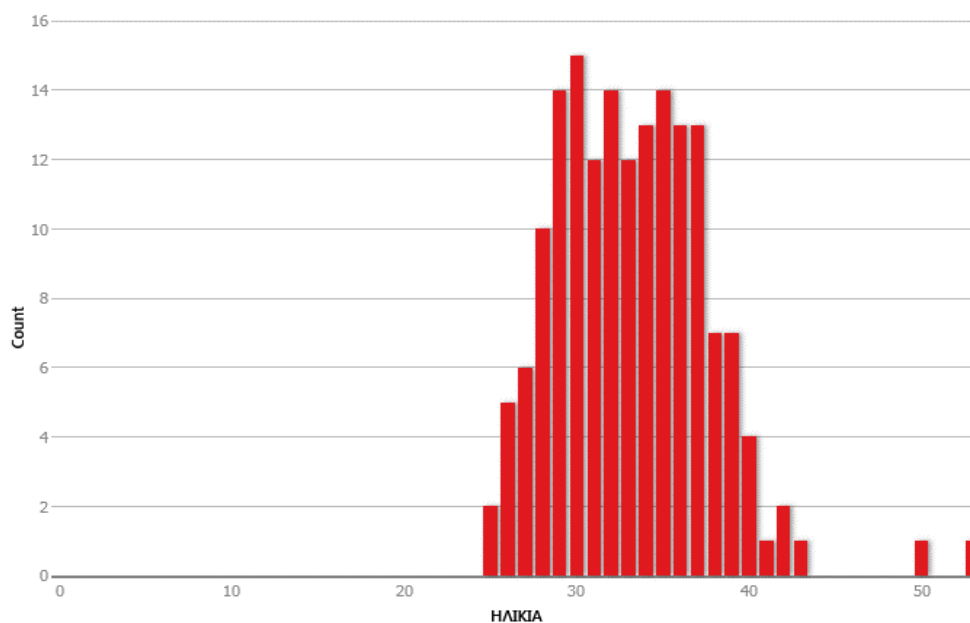
Το σύνολο του δείγματος αποτελείται από 167 άτομα, 94 άνδρες (56,3 %) και 73 γυναίκες (43,7 %).

ΦΥΛΟ	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
ΑΝΔΡΑΣ	94	56,29%	56,29%	48,41%	63,94%	
ΓΥΝΑΙΚΑ	73	43,71%	100,00%	36,06%	51,59%	
TOTAL	167	100,00%	100,00%			



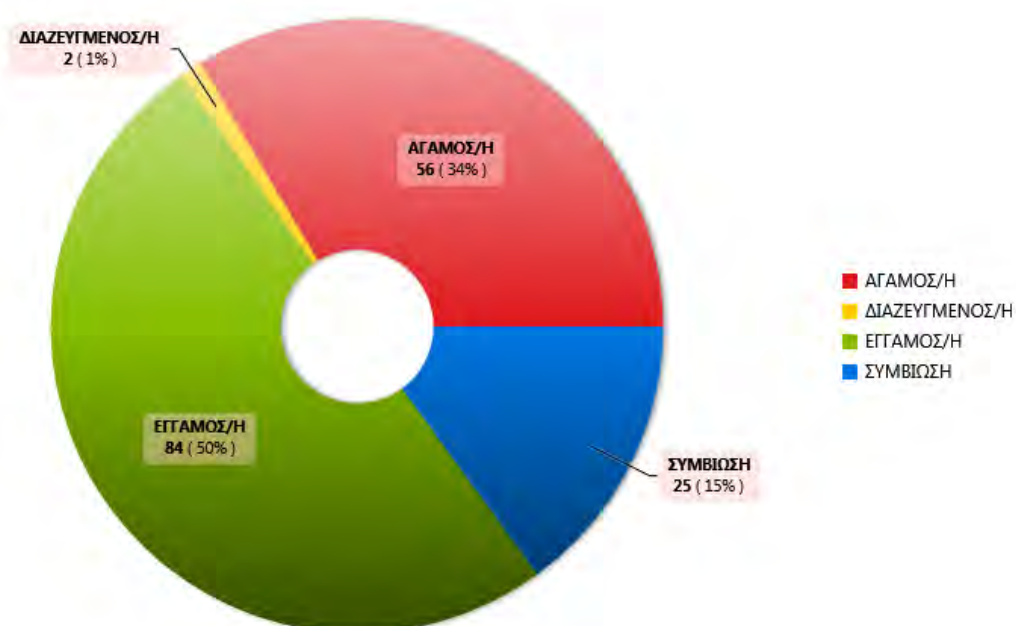
Τα περιγραφικά αποτελέσματα, για όλα άτομα, της μεταβλητής «ηλικία» είναι:

			Statistic	Std. Error
ΗΛΙΚΙΑ	Mean		33,1806	,36136
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	32,4668	
		Upper Bound	33,8945	
	5% Trimmed Mean		32,9803	
	Median		33,0000	
	Variance		20,240	
	Std. Deviation		4,49888	
	Minimum		25,00	
	Maximum		53,00	
	Range		28,00	
	Interquartile Range		6,00	
	Skewness		,908	,195
	Kurtosis		2,251	,387



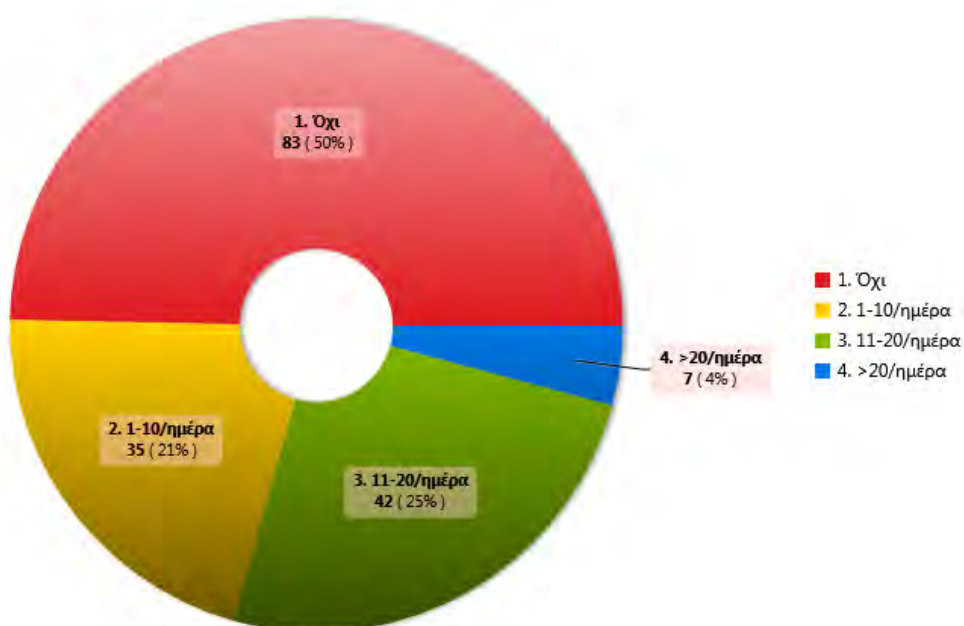
Η κατανομή συχνοτήτων, για όλα άτομα, της μεταβλητής «οικογενειακή κατάσταση» είναι:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
ΑΓΑΜΟΣ/Η	56	33,53%	33,53%	26,42%	41,24%	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	2	1,20%	34,73%	0,15%	4,26%	
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	84	50,30%	85,03%	42,47%	58,12%	
ΣΥΜΒΙΩΣΗ	25	14,97%	100,00%	9,93%	21,30%	
TOTAL	167	100,00%	100,00%			



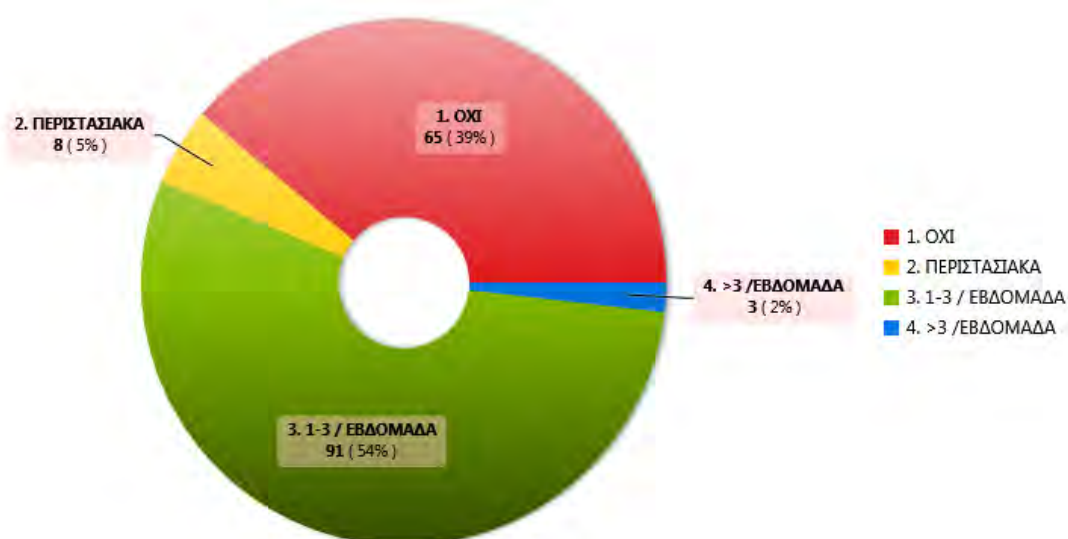
Η κατανομή συχνοτήτων, για όλα άτομα, της μεταβλητής «καπνισματική συνήθεια» είναι:

ΚΑΠΝΙΣΜΑ	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
1. Όχι	83	49,70%	49,70%	41,88%	57,53%	
2. 1-10/ημέρα	35	20,96%	70,66%	15,05%	27,92%	
3. 11-20/ημέρα	42	25,15%	95,81%	18,77%	32,44%	
4. >20/ημέρα	7	4,19%	100,00%	1,70%	8,45%	
TOTAL	167	100,00%	100,00%			







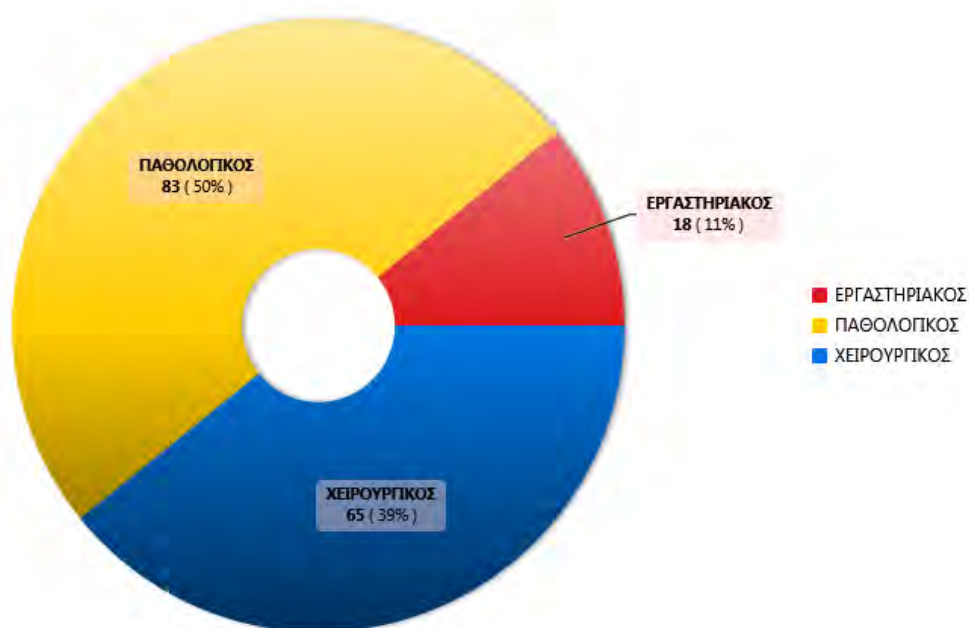
Η κατανομή συχνοτήτων, για όλα άτομα, της μεταβλητής «κατανάλωση αλκοόλ» είναι:

ΑΛΚΟΟΛ	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
1. ΟΧΙ	65	38,92%	38,92%	31,49%	46,76%	
2. ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ	8	4,79%	43,71%	2,09%	9,22%	
3. 1-3 / ΕΒΔΟΜΑΔΑ	91	54,49%	98,20%	46,62%	62,20%	
4. >3 /ΕΒΔΟΜΑΔΑ	3	1,80%	100,00%	0,37%	5,16%	
TOTAL	167	100,00%	100,00%			



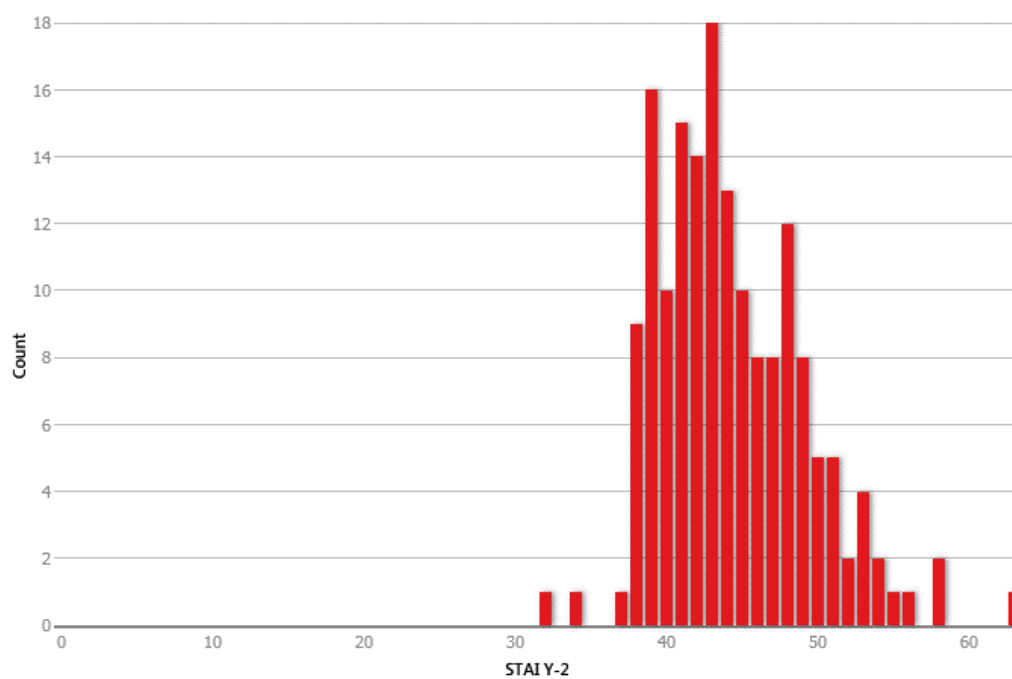
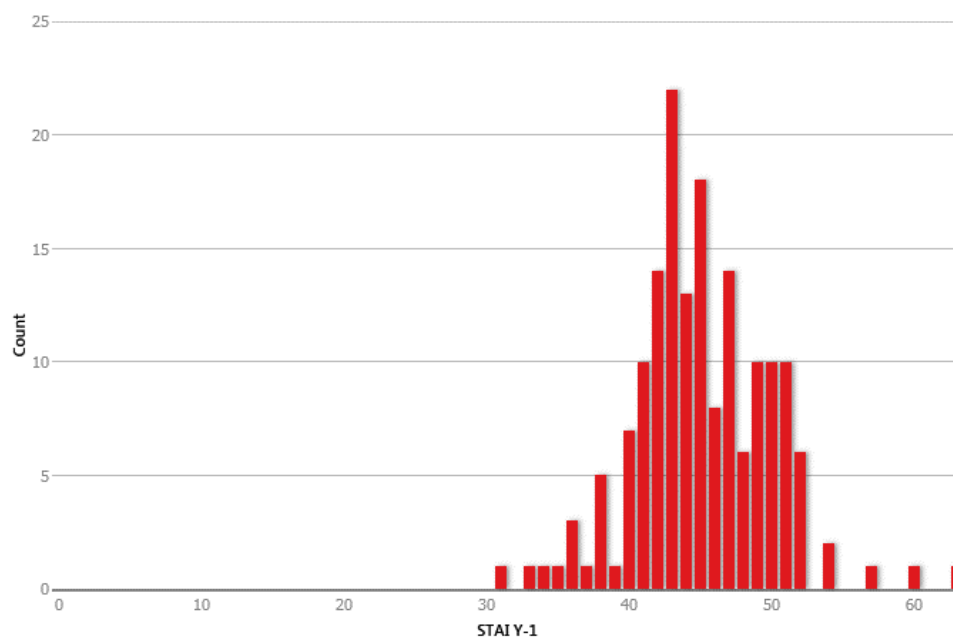
Η κατανομή συχνοτήτων, για όλα άτομα, της μεταβλητής «ειδικότητα (τομέας)» είναι:

ΤΟΜΕΑΣ	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ	18	10,84%	10,84%	6,55%	16,60%	
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ	83	50,00%	60,84%	42,15%	57,85%	
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ	65	39,16%	100,00%	31,69%	47,02%	
TOTAL	166	100,00%	100,00%			

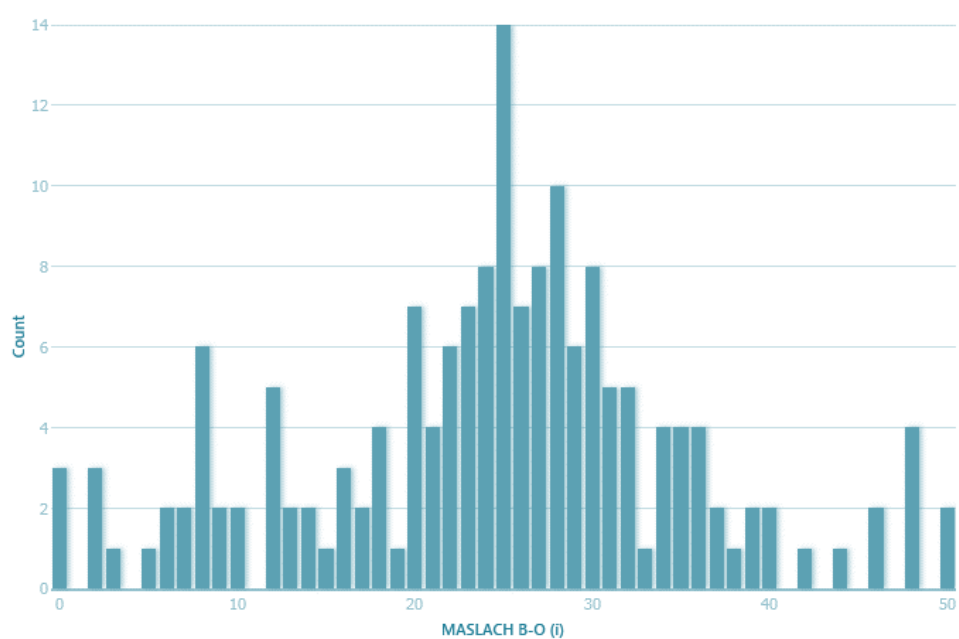
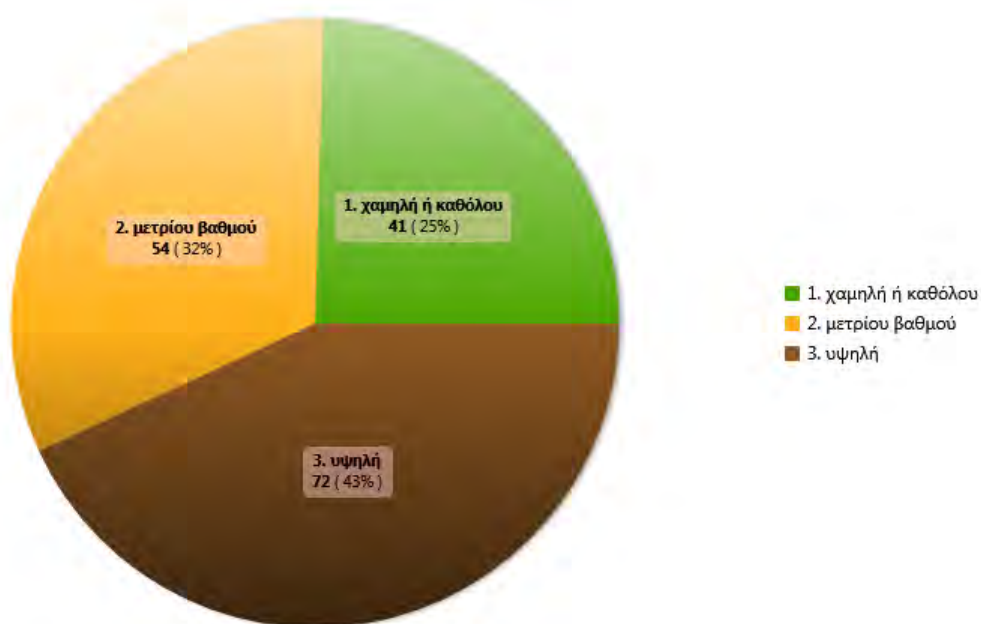


Τα περιγραφικά αποτελέσματα, για όλα άτομα, των μεταβλητών «STAY Y-1», «STAY Y-2», «Maslach Burnout Inventory I», «Maslach Burnout Inventory II», «Maslach Burnout Inventory III», «GHQ-28 A», «GHQ-28 B», «GHQ-28 C», και «GHQ-28 D» είναι:

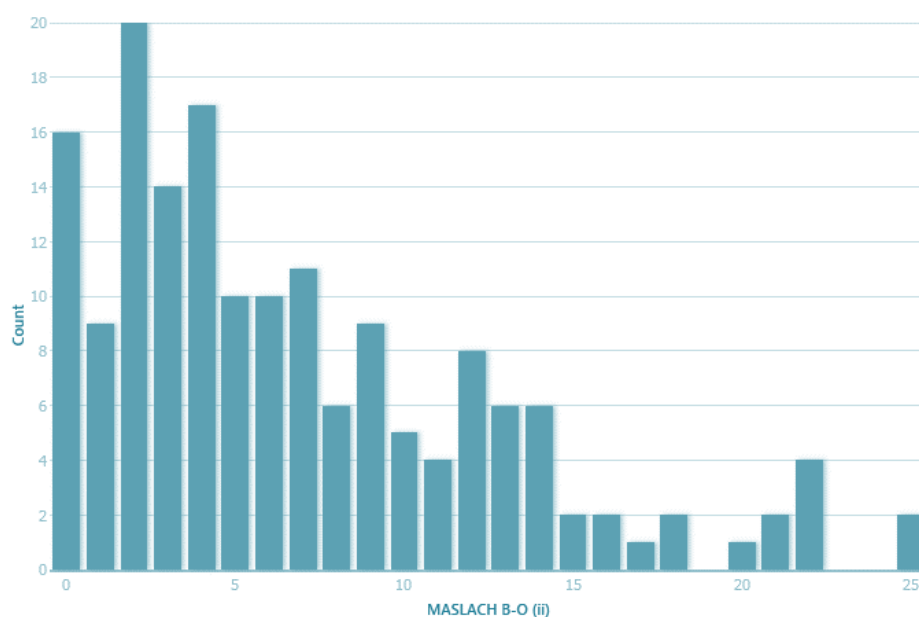
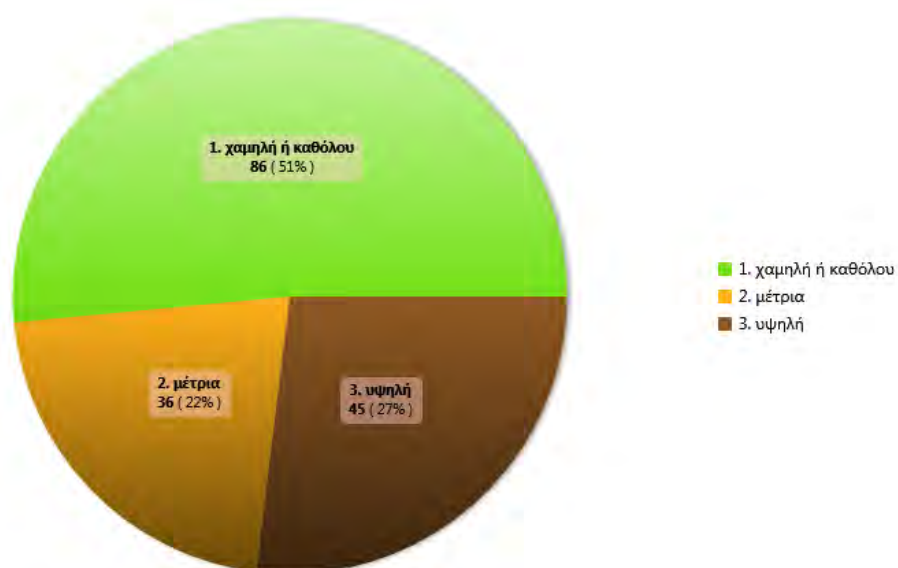
	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
STAY Y-1	167	32,00	31,00	63,00	45,0719	,36765	4,75112	22,573	,254	,188	1,287	,374
STAY Y-2	167	31,00	32,00	63,00	44,3054	,37850	4,89124	23,924	,749	,188	,910	,374
Maslach Burnout Inventory I	167	50,00	,00	50,00	24,4731	,82987	10,72426	115,010	-,101	,188	,113	,374
Maslach Burnout Inventory II	167	25,00	,00	25,00	6,8383	,45076	5,82508	33,932	1,085	,188	,725	,374
Maslach Burnout Inventory III	167	43,00	7,00	50,00	37,3593	,51190	6,61526	43,762	-1,359	,188	3,610	,374
GHQ-28 A	167	7,00	,00	7,00	1,8144	,13973	1,80569	3,261	,983	,188	,385	,374
GHQ-28 B	167	7,00	,00	7,00	2,1437	,14421	1,86365	3,473	,653	,188	-,270	,374
GHQ-28 C	167	7,00	,00	7,00	1,2695	,11721	1,51474	2,294	1,470	,188	2,463	,374
GHQ-28 D	167	3,00	,00	3,00	,3114	,04406	,56934	,324	2,071	,188	5,210	,374
Valid N (listwise)	167											




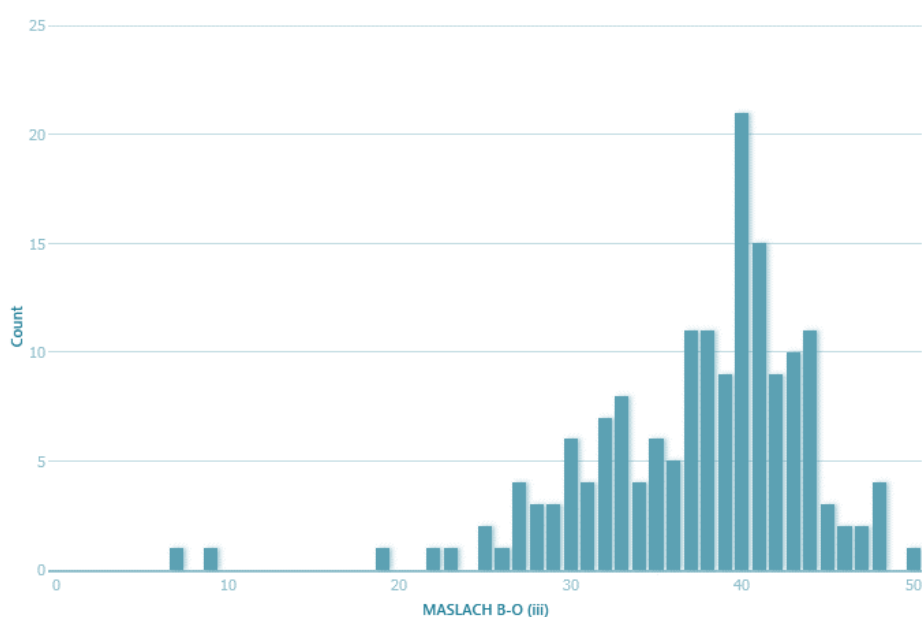
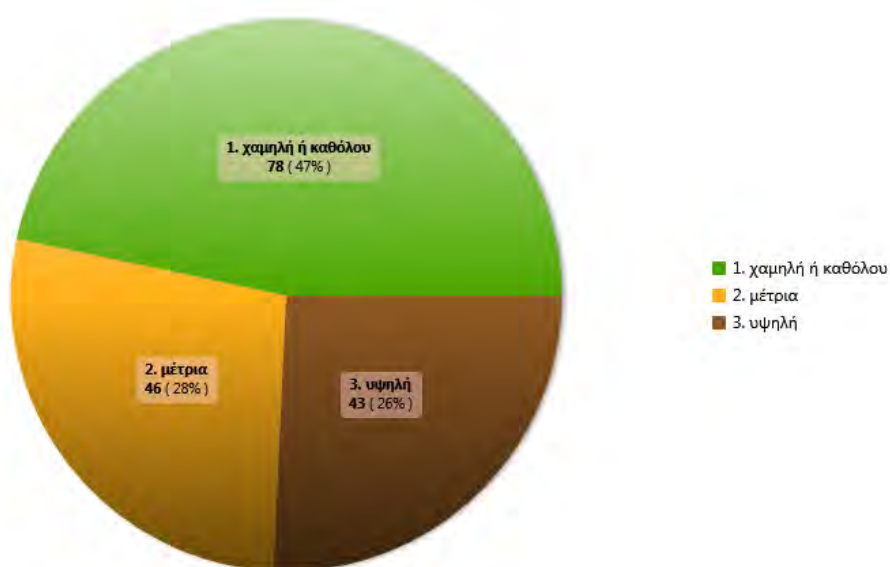
MASLACH B-O (i)	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
1. χαμηλή ή καθόλου	41	24,55%	24,55%	18,23%	31,80%	<div></div>
2. μετρίου βαθμού	54	32,34%	56,89%	25,31%	40,00%	<div></div>
3. υψηλή	72	43,11%	100,00%	35,49%	50,99%	<div></div>
TOTAL	167	100,00%	100,00%			<div></div>



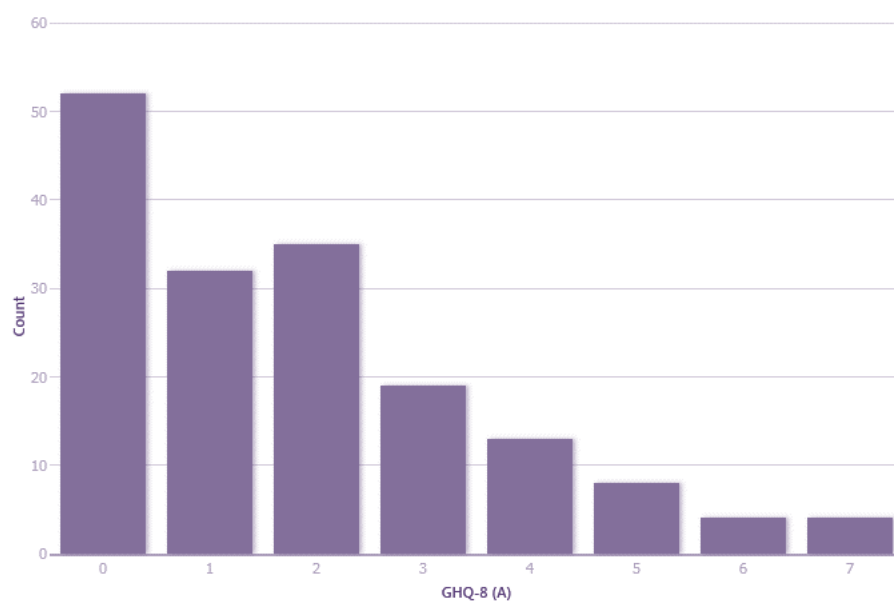
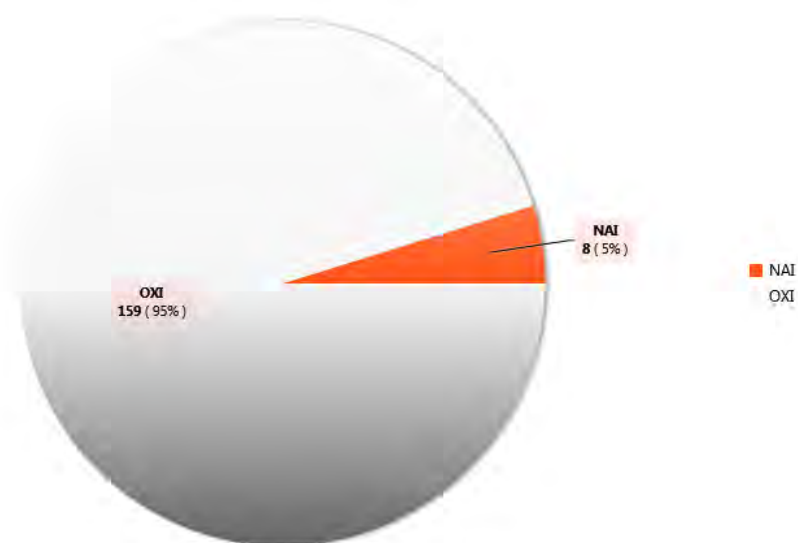
MASLACH B-O (ii)	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
1. χαμηλή ή καθόλου	86	51,50%	51,50%	43,65%	59,29%	
2. μέτρια	36	21,56%	73,05%	15,58%	28,57%	
3. υψηλή	45	26,95%	100,00%	20,38%	34,35%	
TOTAL	167	100,00%	100,00%			



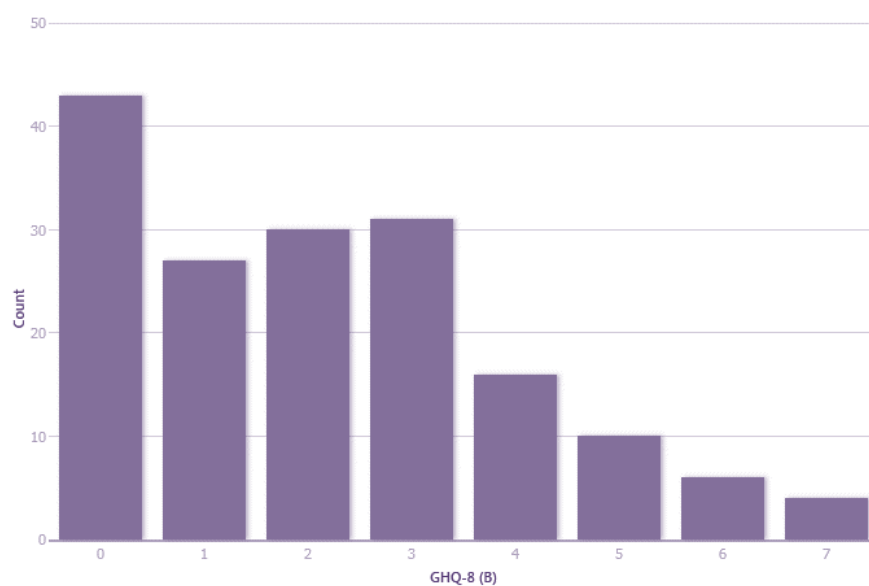
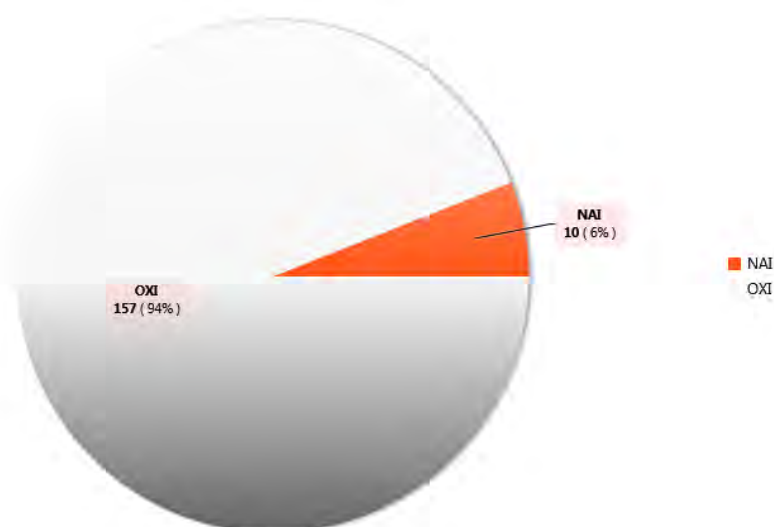
MASLACH B-O (iii)	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
1. χαμηλή ή καθόλου	78	46,71%	46,71%	38,96%	54,57%	
2. μέτρια	46	27,54%	74,25%	20,93%	34,98%	
3. υψηλή	43	25,75%	100,00%	19,30%	33,08%	
TOTAL	167	100,00%	100,00%			



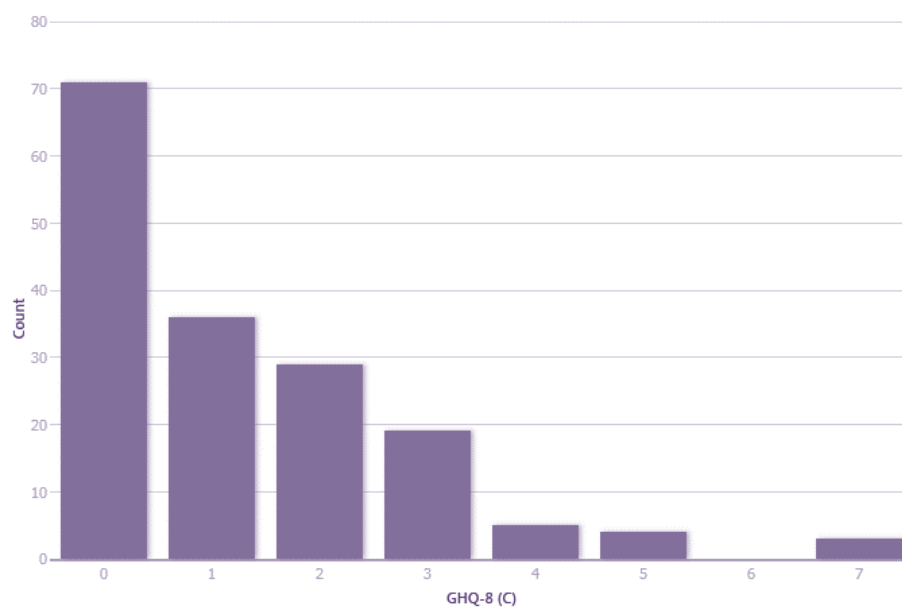
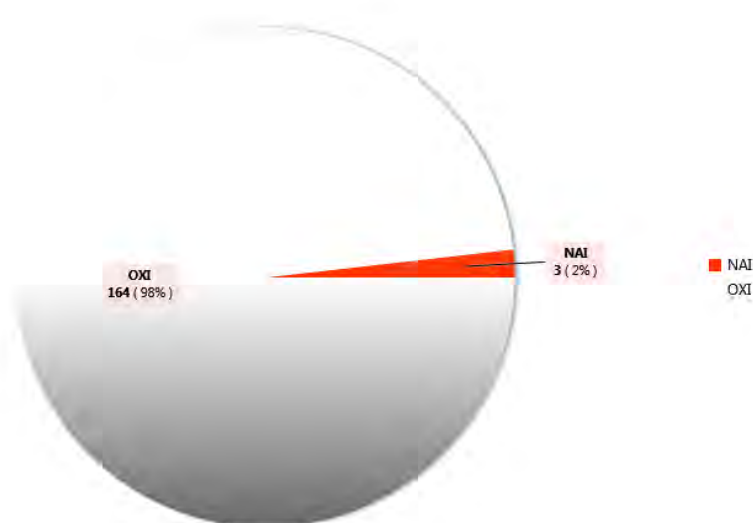
GHQ-8 (A)	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
NAI	8	4,79%	4,79%	2,09%	9,22%	
OXI	159	95,21%	100,00%	90,78%	97,91%	
TOTAL	167	100,00%	100,00%			



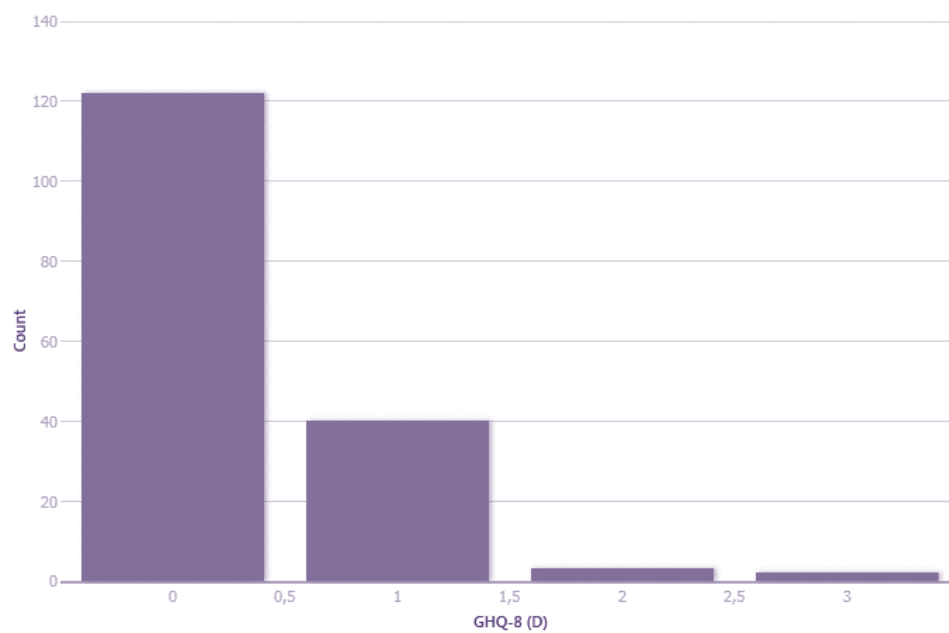
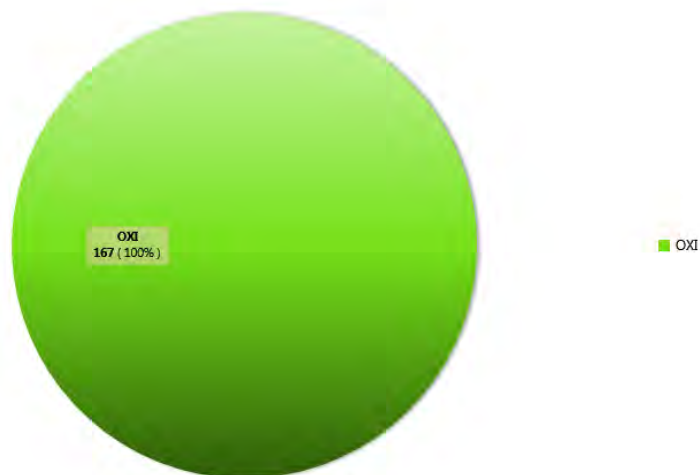
GHQ-8 (B)	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
NAI	10	5,99%	5,99%	2,91%	10,74%	
OXI	157	94,01%	100,00%	89,26%	97,09%	
TOTAL	167	100,00%	100,00%			



GHQ-8 (C)	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
NAI	3	1,80%	1,80%	0,37%	5,16%	
OXI	164	98,20%	100,00%	94,84%	99,63%	
TOTAL	167	100,00%	100,00%			



GHQ-8 (D)	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	
OXI	167	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
TOTAL	167	100,00%	100,00%			



2.2 Συσχετίσεις

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας, καμία από τις συνεχείς μεταβλητή δεν παρουσιάζει κανονική κατανομή. Ως εκ τούτου, για την μελέτη των απλών συσχετίσεων, ανάμεσα στις μεταβλητές, θα γίνει χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης «Spearman ρ».

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
«STAY Y-1»	,093	167	,001	,977	167	,007
«STAY Y-2»	,114	167	,000	,959	167	,000
«Maslach Burnout Inventory I»	,092	167	,001	,976	167	,006
«Maslach Burnout Inventory II»	,142	167	,000	,898	167	,000
«Maslach Burnout Inventory III»	,131	167	,000	,915	167	,000
«GHQ-28 A»	,177	167	,000	,867	167	,000
«GHQ-28 B»	,149	167	,000	,905	167	,000
«GHQ-28 C»	,224	167	,000	,798	167	,000
«GHQ-28 D»	,438	167	,000	,574	167	,000
ΗΛΙΚΙΑ	,076	167	,021	,952	167	,000
a. Lilliefors Significance Correction						

Οι, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις (ρ Spearman, $p < 0,05$), είναι:

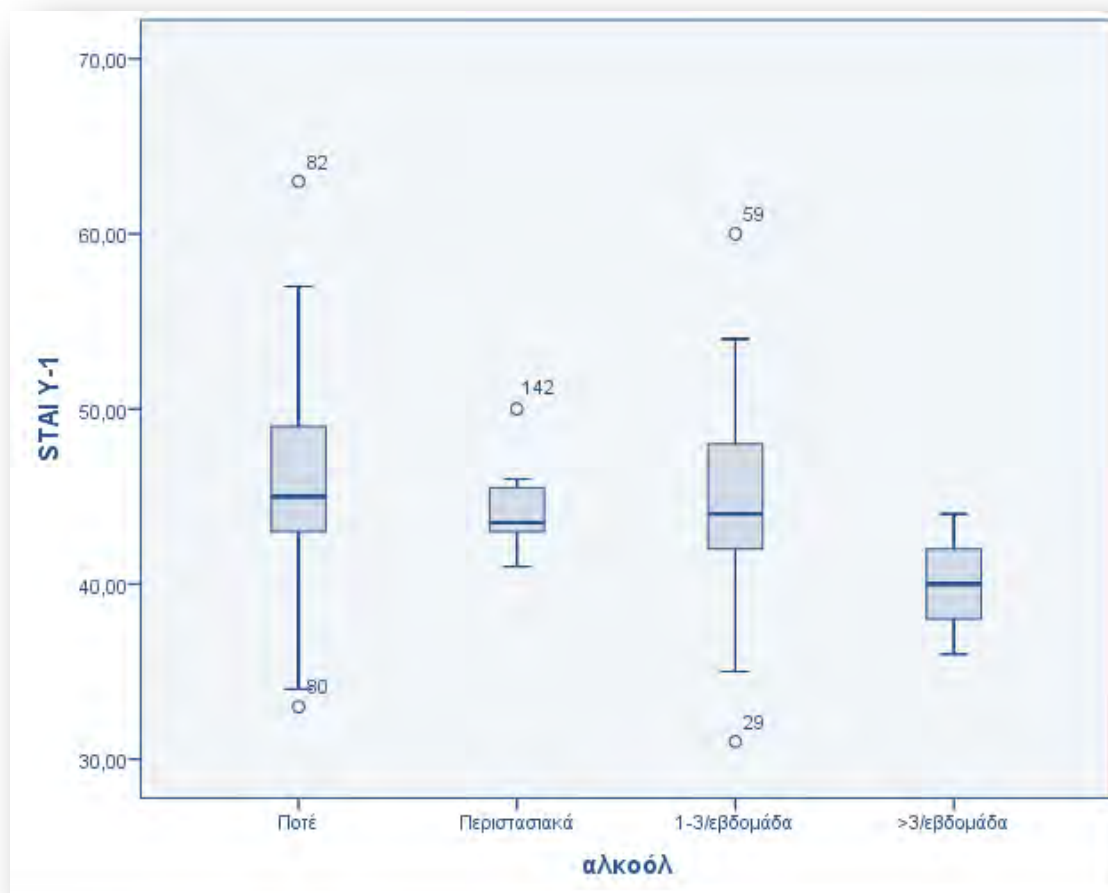
			Correlations					
Spearman's rho			ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΚΑΠΝΙΣΜΑ	ΑΛΚΟΟΛ	ΤΟΜΕΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ
	ΦΥΛΟ	Correlation Coefficient	,249**	1,000	-,068	,180*	,196*	,199**
		Sig. (2-tailed)	,001		,385	,020	,011	,010
		N	167	167	166	167	167	167
	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Correlation Coefficient	,240**	-,068	1,000	-,031	,038	-,039
		Sig. (2-tailed)	,002	,385		,696	,625	,618
		N	166	166	166	166	166	166
	ΚΑΠΝΙΣΜΑ	Correlation Coefficient	,015	,180*	-,031	1,000	,282**	,184*
		Sig. (2-tailed)	,848	,020	,696		,000	,018
		N	167	167	166	167	167	167
	ΑΛΚΟΟΛ	Correlation Coefficient	-,191*	,196*	,038	,282**	1,000	,222**
		Sig. (2-tailed)	,014	,011	,625	,000		,004
		N	167	167	166	167	167	167
	ΤΟΜΕΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ	Correlation Coefficient	-,044	,199**	-,039	,184*	,222**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,570	,010	,618	,018	,004	
		N	167	167	166	167	167	167
	STAI Y-1	Correlation Coefficient	-,075	-,066	-,095	,004	-,155*	-,143
		Sig. (2-tailed)	,337	,399	,225	,956	,046	,065
		N	167	167	166	167	167	167
	STAI Y-2	Correlation Coefficient	-,114	-,035	-,183*	-,073	-,040	-,017
		Sig. (2-tailed)	,142	,652	,019	,346	,608	,824
		N	167	167	166	167	167	167
	Maslach Burnout Inventory I	Correlation Coefficient	-,085	-,123	,191*	,140	,136	-,006
		Sig. (2-tailed)	,273	,115	,014	,070	,080	,944
		N	167	167	166	167	167	167
	Maslach Burnout Inventory II	Correlation Coefficient	-,114	,045	-,005	,176*	,154*	,166*
		Sig. (2-tailed)	,143	,560	,947	,023	,046	,032
		N	167	167	166	167	167	167
	Maslach Burnout Inventory III	Correlation Coefficient	,111	,086	,200**	-,109	-,227**	-,028
		Sig. (2-tailed)	,152	,269	,010	,162	,003	,724
		N	167	167	166	167	167	167
	GHQ-28 A	Correlation Coefficient	-,057	-,114	,092	,004	,158*	-,047
		Sig. (2-tailed)	,461	,141	,240	,963	,042	,551
		N	167	167	166	167	167	167
	GHQ-28 B	Correlation Coefficient	-,116	-,056	,103	,221**	,213**	-,005
		Sig. (2-tailed)	,136	,475	,187	,004	,006	,946
		N	167	167	166	167	167	167
	GHQ-28 C	Correlation Coefficient	-,091	,015	,076	,053	,157*	-,006
		Sig. (2-tailed)	,244	,845	,333	,494	,042	,935
		N	167	167	166	167	167	167
	GHQ-28 D	Correlation Coefficient	-,098	,037	,068	,012	,050	,097
		Sig. (2-tailed)	,207	,632	,385	,873	,521	,213
		N	167	167	166	167	167	167
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								

Correlations			STAI Y-1	STAI Y-2	Maslach Burnout Inventory I	Maslach Burnout Inventory II	Maslach Burnout Inventory III
Spearman's rho	STAI Y-1	Correlation Coefficient	1,000	,314**	-,112	-,098	,054
		Sig. (2-tailed)		,000	,149	,207	,487
		N	167	167	167	167	167
	STAI Y-2	Correlation Coefficient	,314**	1,000	,026	,188*	-,104
		Sig. (2-tailed)	,000		,742	,015	,179
		N	167	167	167	167	167
	Maslach Burnout Inventory I	Correlation Coefficient	-,112	,026	1,000	,508**	-,272**
		Sig. (2-tailed)	,149	,742		,000	,000
		N	167	167	167	167	167
	Maslach Burnout Inventory II	Correlation Coefficient	-,098	,188*	,508**	1,000	-,412**
		Sig. (2-tailed)	,207	,015	,000		,000
		N	167	167	167	167	167
	Maslach Burnout Inventory III	Correlation Coefficient	,054	-,104	-,272**	-,412**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,487	,179	,000	,000	
		N	167	167	167	167	167
	GHQ-28 A	Correlation Coefficient	,039	,179*	,566**	,380**	-,353**
		Sig. (2-tailed)	,617	,020	,000	,000	,000
		N	167	167	167	167	167
	GHQ-28 B	Correlation Coefficient	-,054	,077	,541**	,473**	-,337**
		Sig. (2-tailed)	,492	,324	,000	,000	,000
		N	167	167	167	167	167
	GHQ-28 C	Correlation Coefficient	-,143	,135	,361**	,451**	-,414**
		Sig. (2-tailed)	,065	,082	,000	,000	,000
		N	167	167	167	167	167
	GHQ-28 D	Correlation Coefficient	-,116	,149	,326**	,382**	-,166*
		Sig. (2-tailed)	,135	,054	,000	,000	,032
		N	167	167	167	167	167

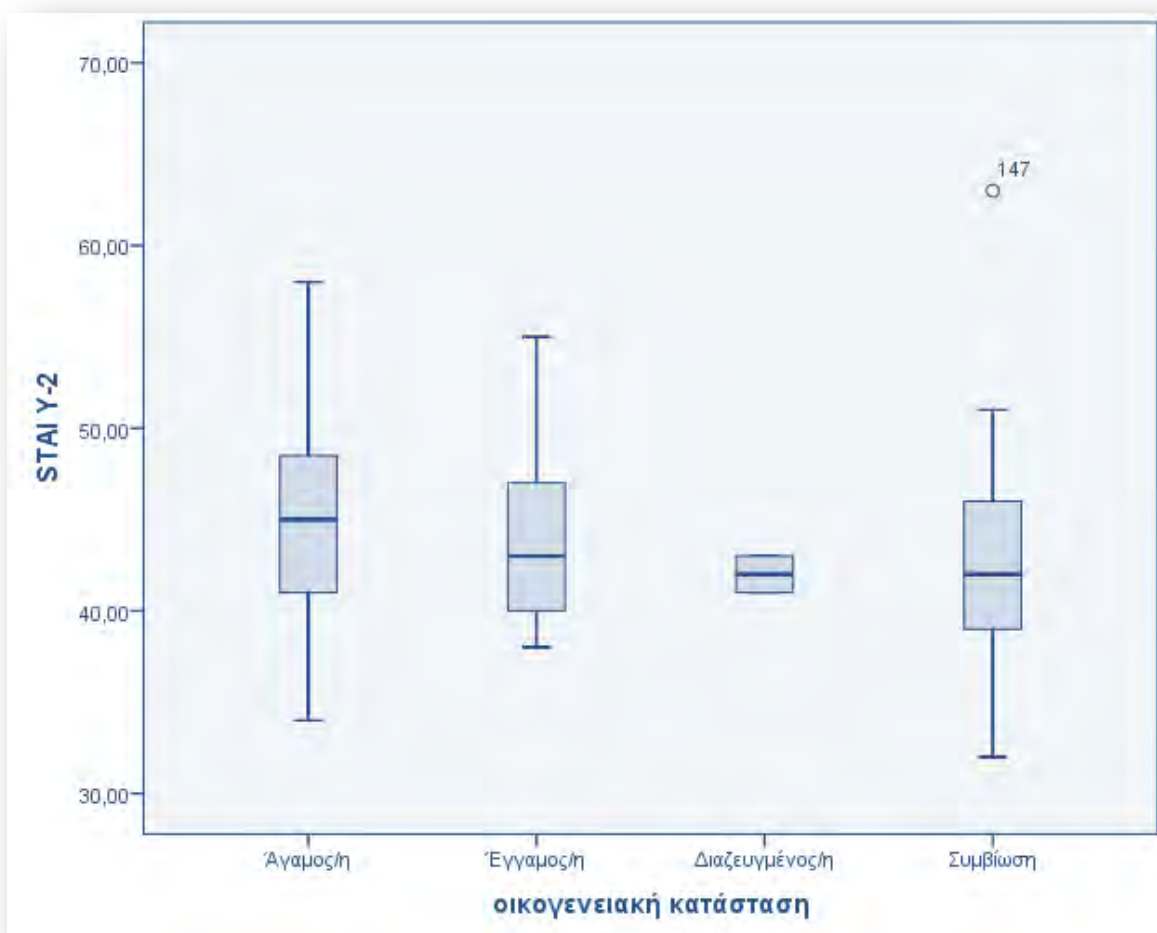
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

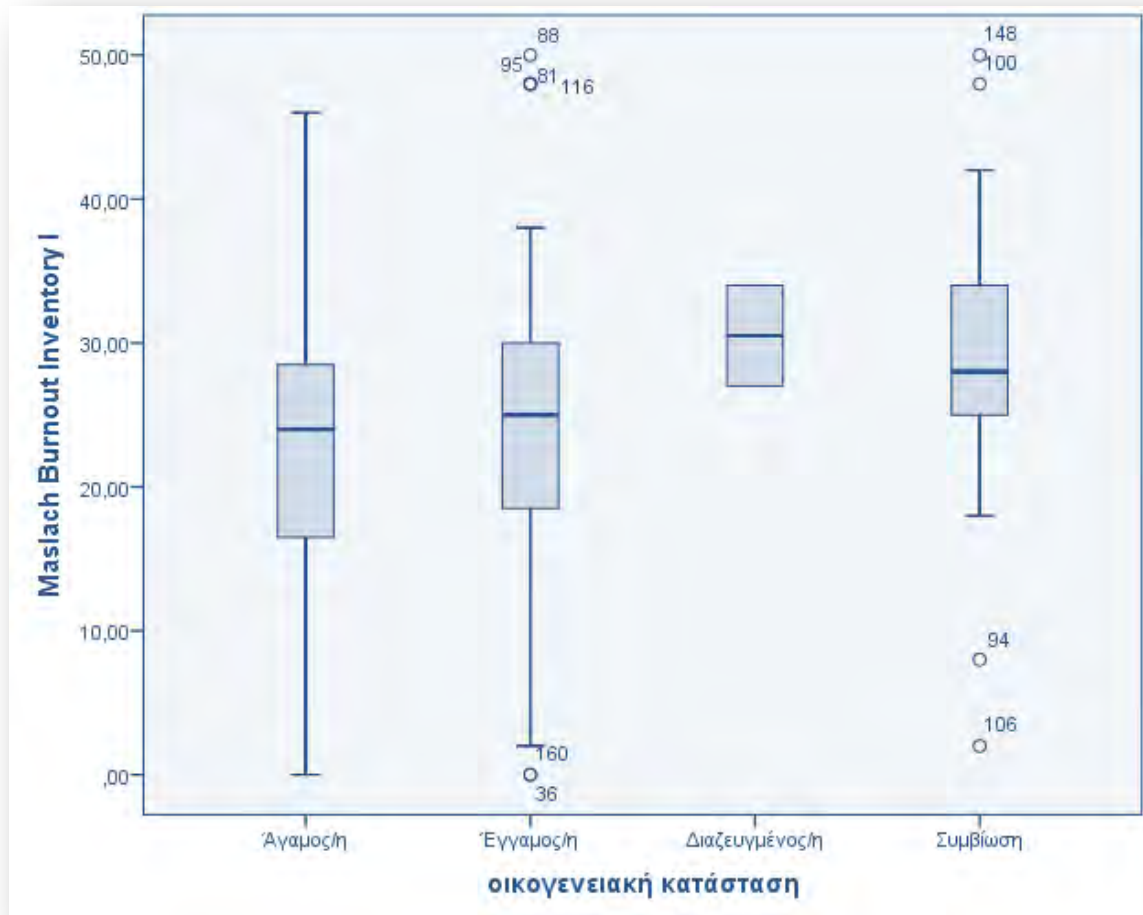
- «STAY Y-1» με «αλκοόλ». Παρατηρείτε ότι όσο αυξάνει η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλης, μειώνεται η ένταση του «οξέος» άγχους.



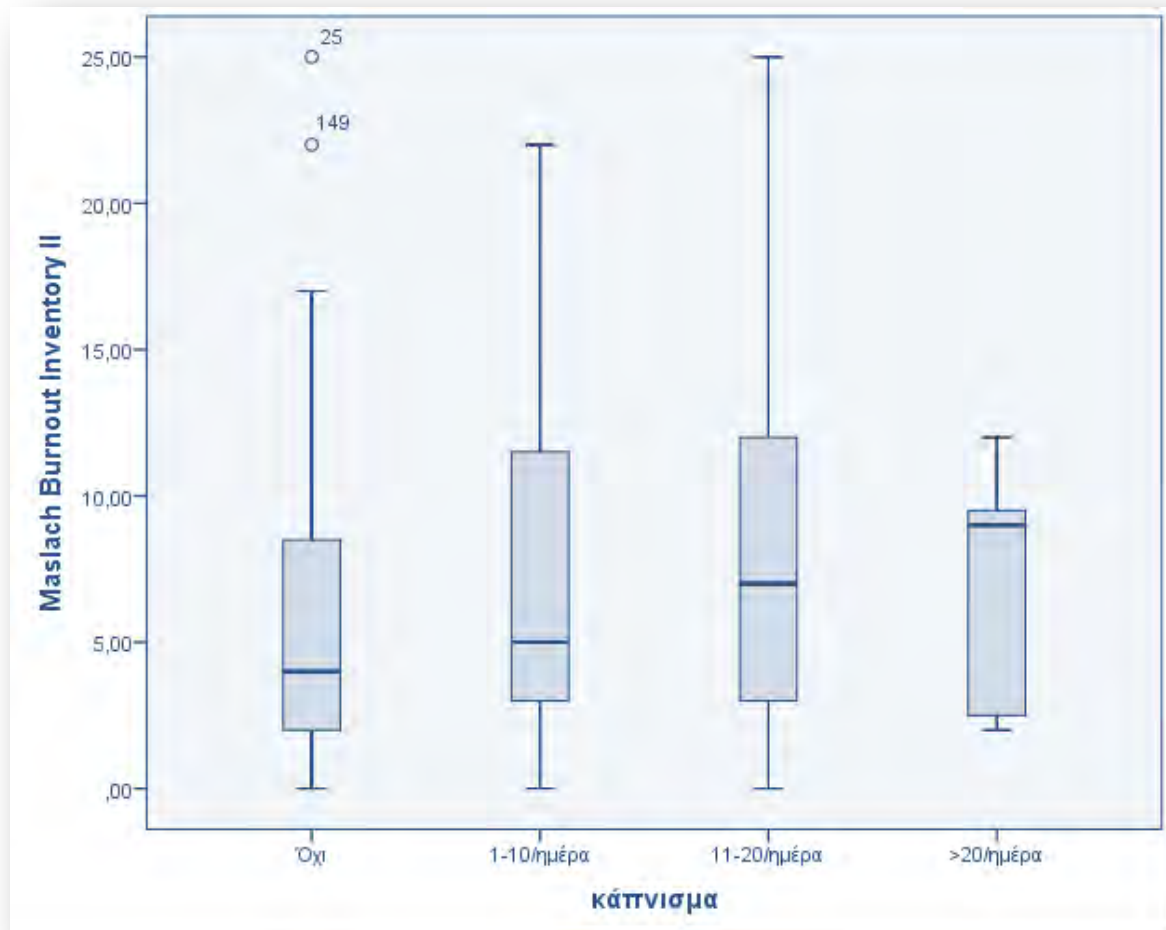
- «STAY Y-2» με «οικογενειακή κατάσταση». Παρατηρείται ότι τα άγαμα άτομα, σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες, εμφανίζουν περισσότερο «χρόνιο» άγχος.



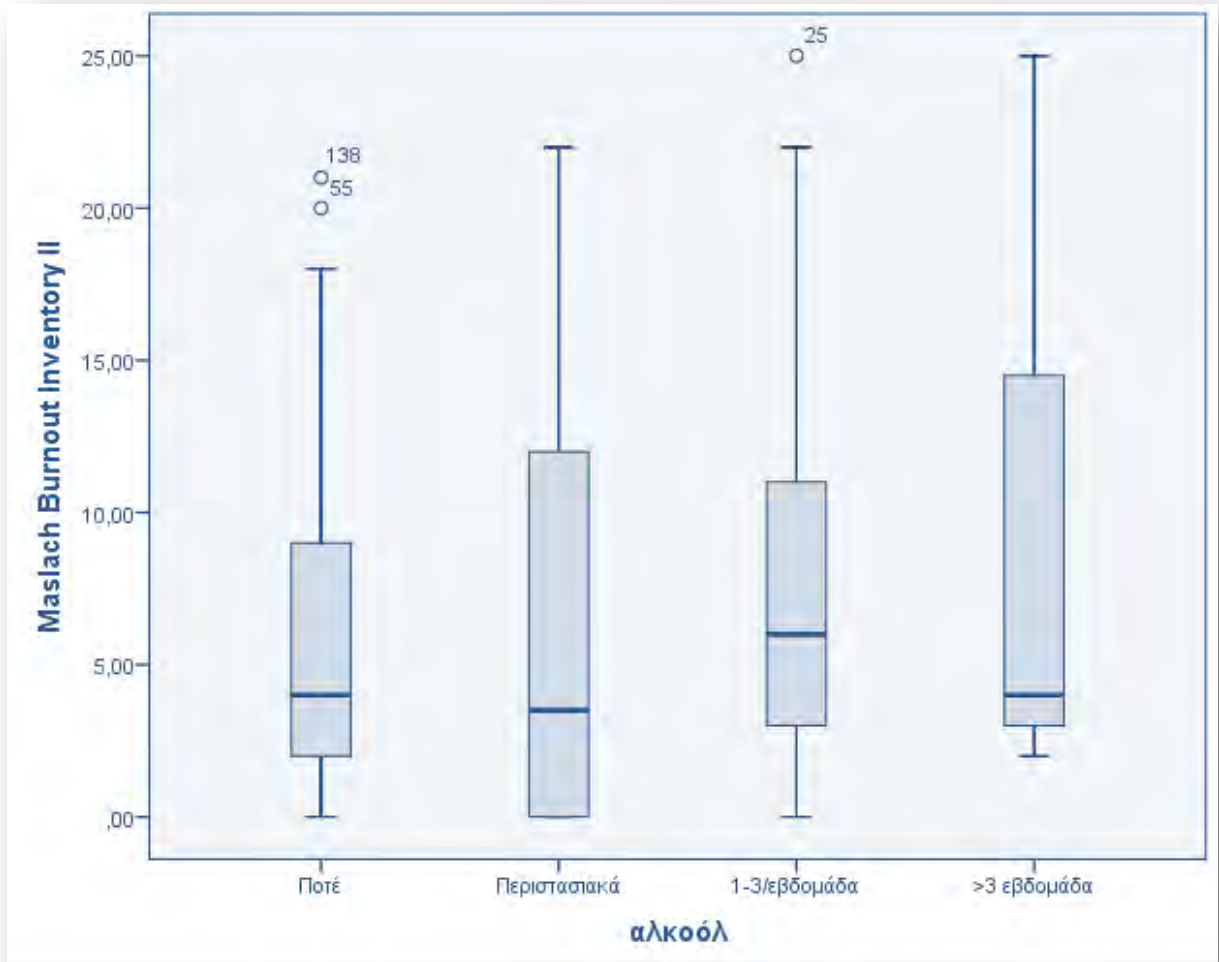
- «Maslach Burnout Inventory I» με «οικογενειακή κατάσταση». Παρατηρείται ότι τα άγαμα και έγγαμα άτομα, σε σύγκριση με τα διαζευγμένα και με αυτά που συμβιώνουν, εμφανίζουν μικρότερου βαθμού Συναισθηματική Εξάντληση.



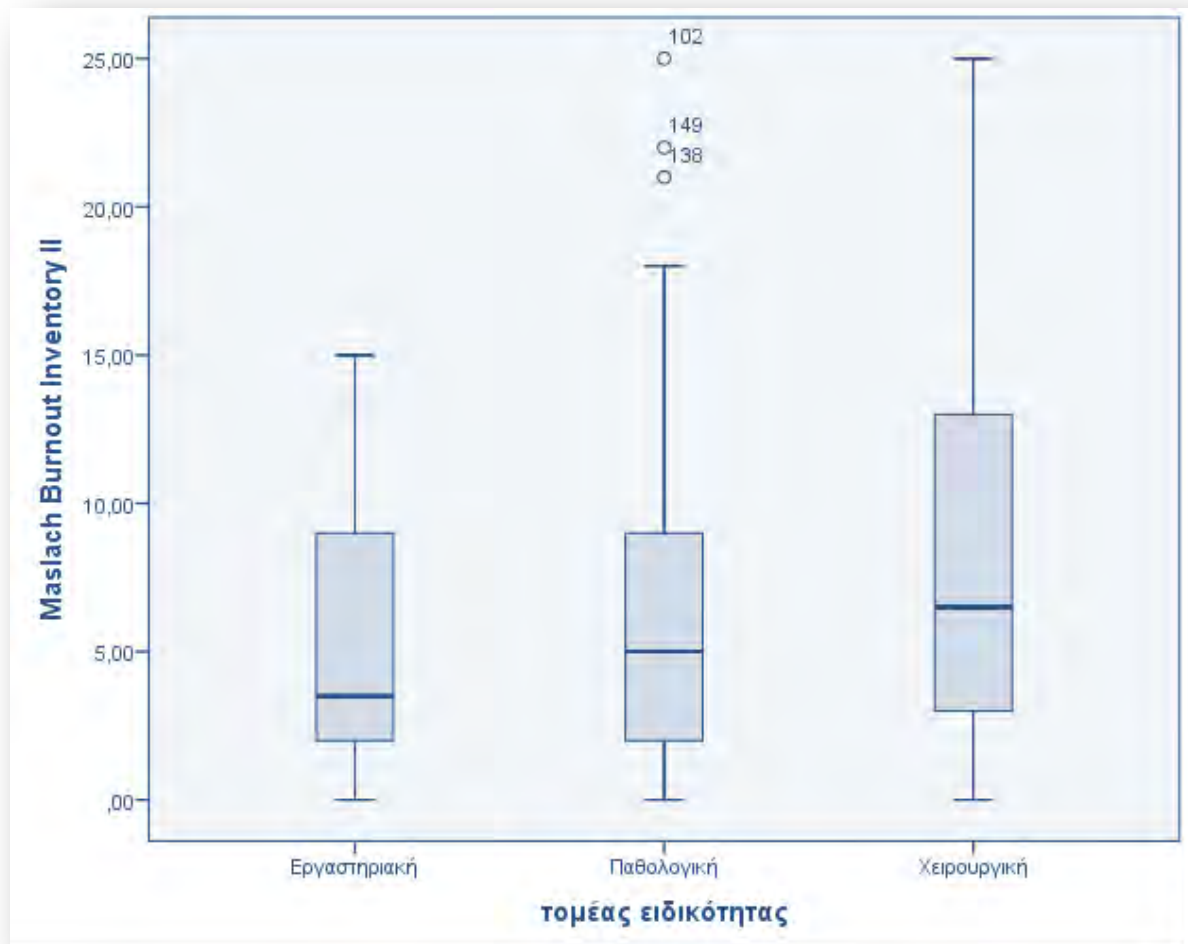
- «Maslach Burnout Inventory II» με «κάπνισμα». Παρατηρείται ότι όσο αυξάνει το επίπεδο καπνισματικής συνήθειας, τόσο αυξάνει ο βαθμός Αποπροσωποποίησης, άρα και το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.



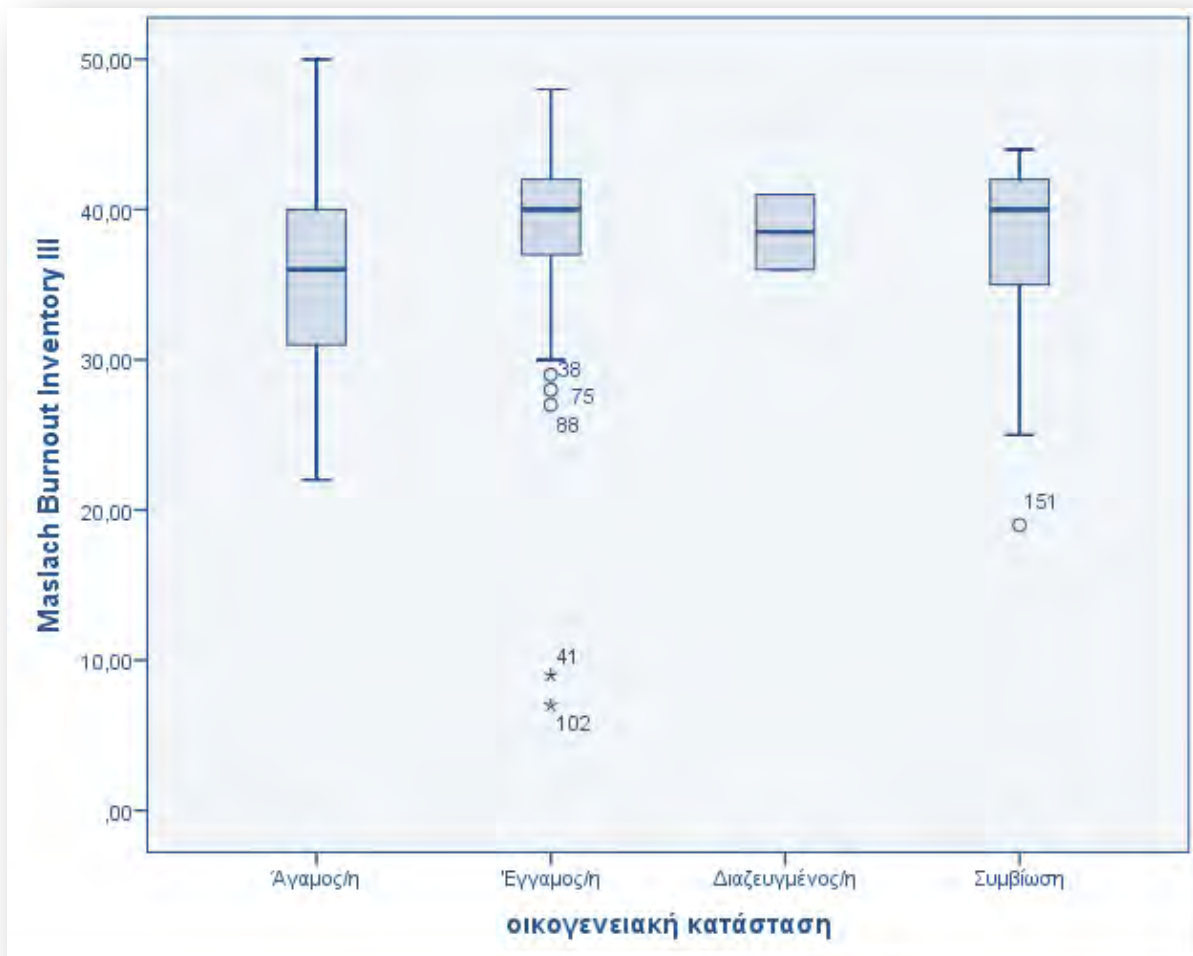
- «Maslach Burnout Inventory II» με «αλκοόλ». Παρατηρείται ότι όσο αυξάνει η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλης, τόσο αυξάνει ο βαθμός Αποπροσωποποίησης, άρα και το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.



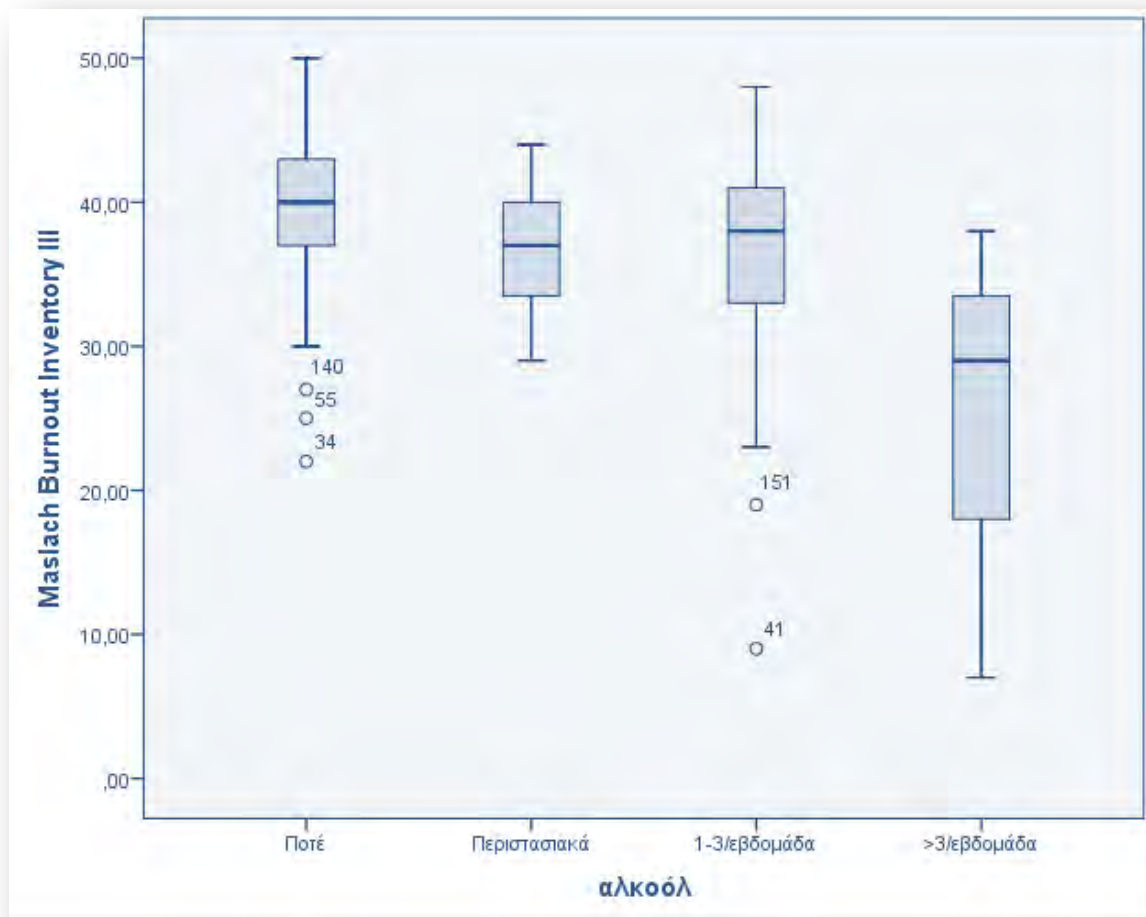
- «Maslach Burnout Inventory II» με «τομέας ειδικότητας». Παρατηρείται ότι ο βαθμός Αποπροσωποποίησης, άρα και της επαγγελματικής εξουθένωσης, εμφανίζεται πιο έντονος στις χειρουργικές ειδικότητες, ακολουθούμενος από τις παθολογικές και εργαστηριακές, ανάλογα.



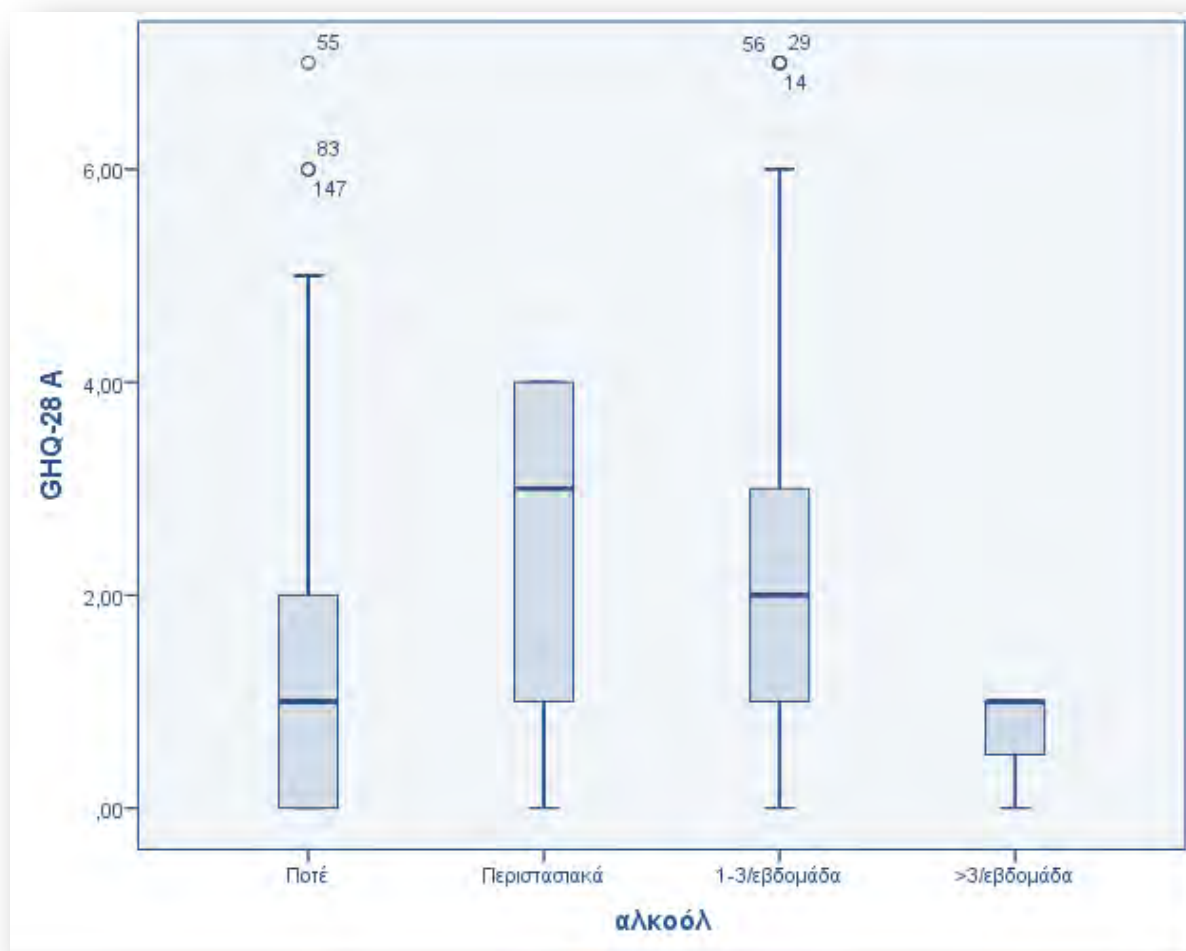
- «Maslach Burnout Inventory III» με «οικογενειακή κατάσταση». Παρατηρείται ότι τα άγαμα άτομα, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες, εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό Αποπροσωποποίησης, άρα και το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.



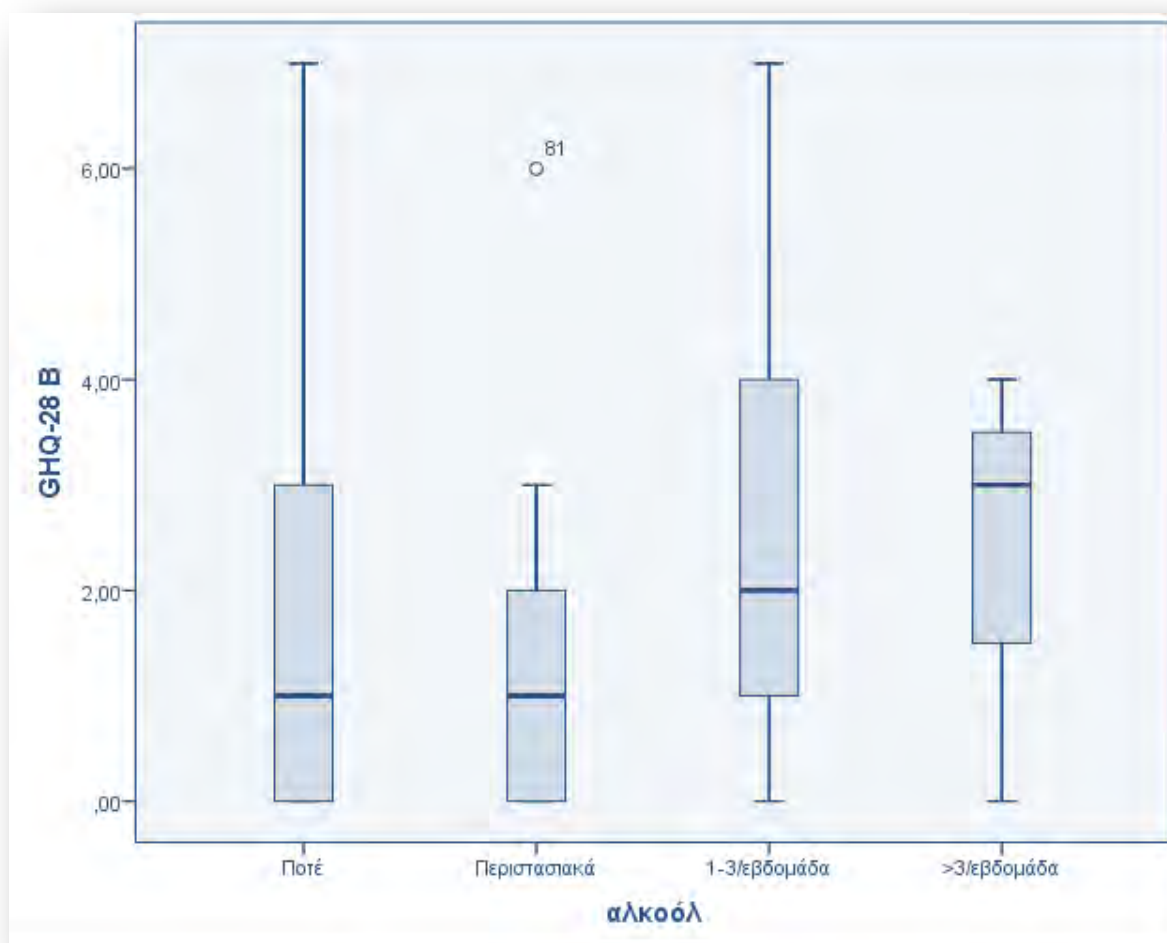
- «Maslach Burnout Inventory III» με «αλκοόλ». Παρατηρείται ότι όσο αυξάνει η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλης, τόσο αυξάνει ο βαθμός Αποπροσωποποίησης, άρα και το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.



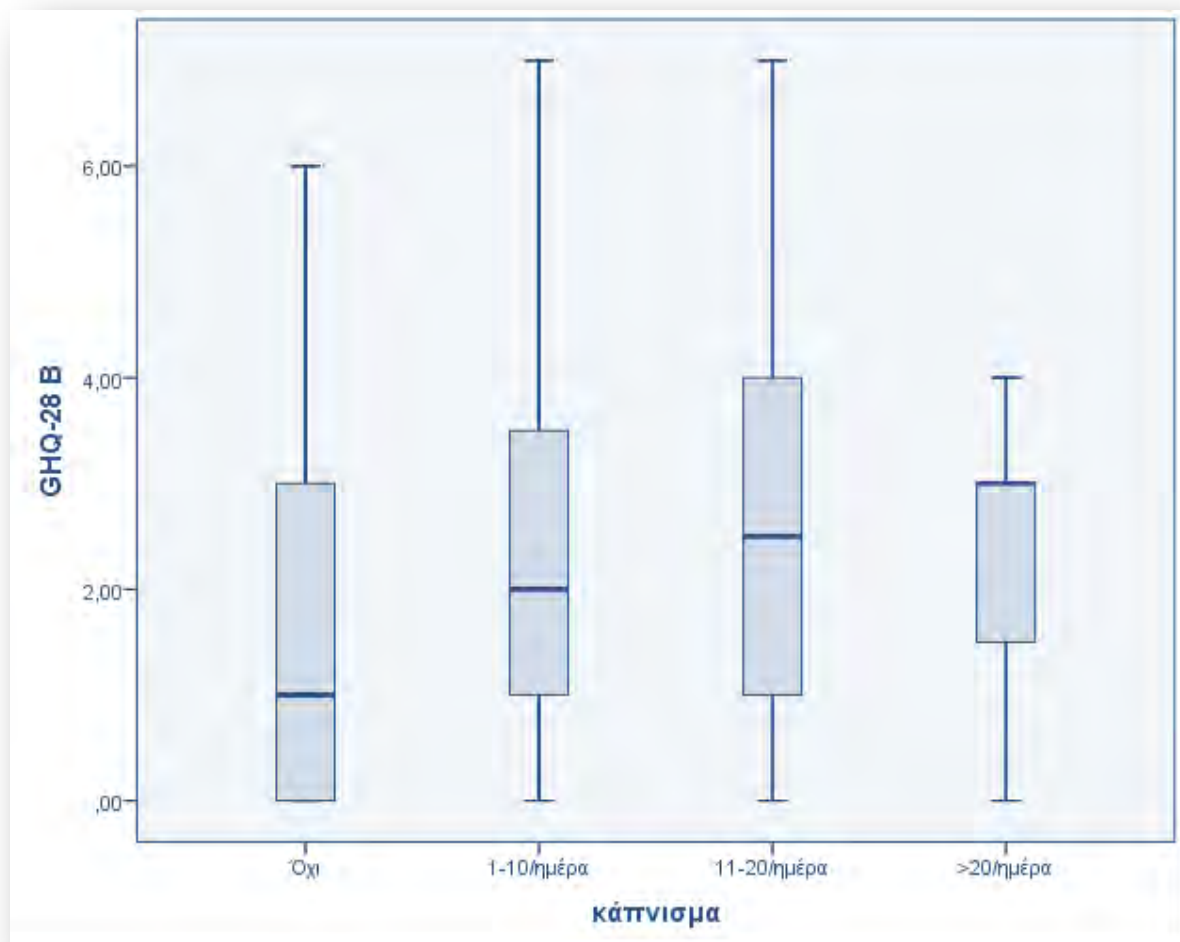
- «GHQ-28 A» με «αλκοόλ». Παρατηρείται ότι η κατανάλωση αλκοόλης, αυξάνει το επίπεδο άγχους και αϋπνίας, άρα και οι πιθανότητες εμφάνισης ψυχικής νόσου. Αξιοσημείωτο είναι το αποτέλεσμα που δείχνει ότι η περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλης, δεν φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση άγχους και αϋπνίας.



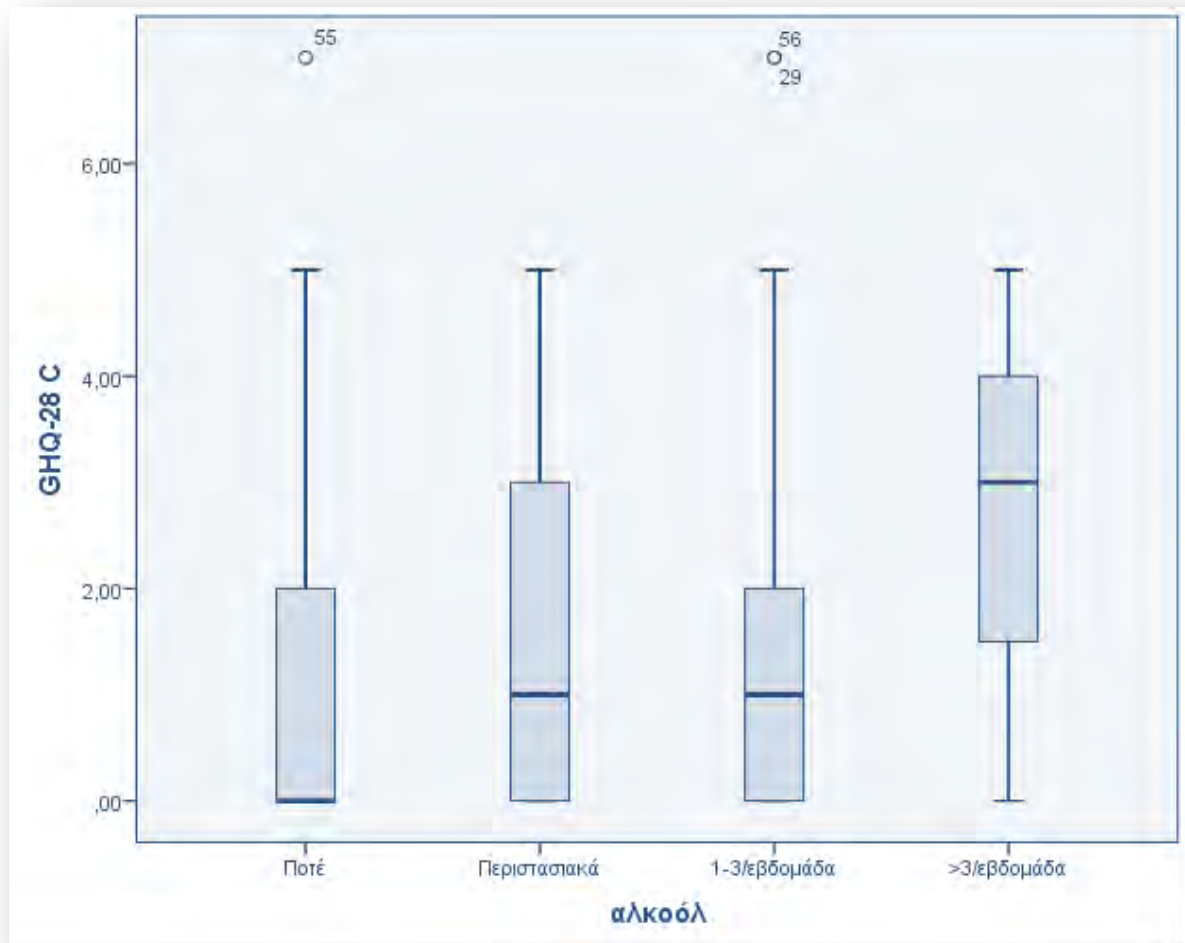
- «GHQ-28 B» με «αλκοόλ». Παρατηρείται ότι η κατανάλωση αλκοόλης, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, άρα και τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχικής νόσου.



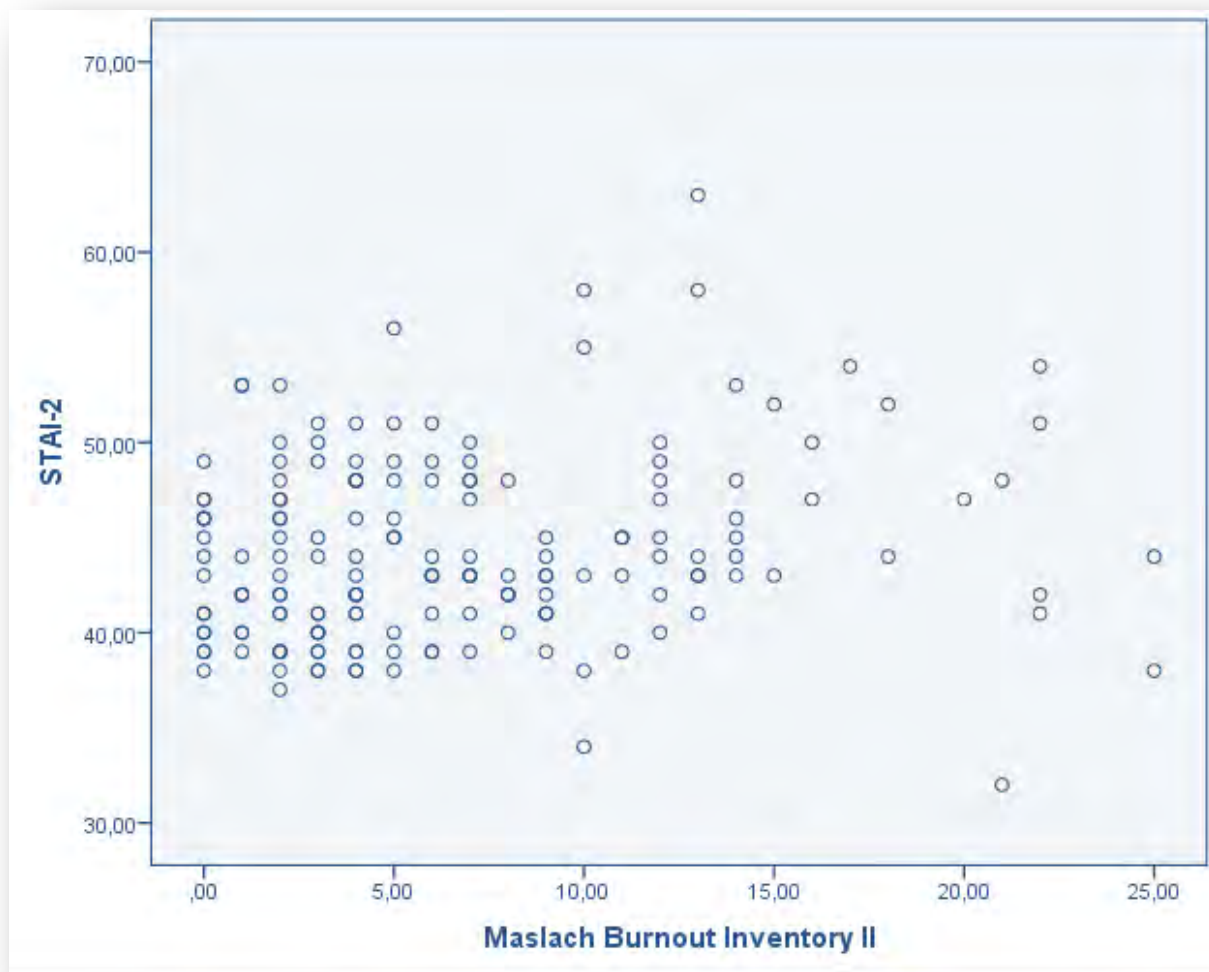
- «GHQ-28 B» με «κάπνισμα». Παρατηρείται ότι όσο αυξάνει το επίπεδο καπνισματικής συνήθειας, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, άρα και οι πιθανότητες εμφάνισης ψυχικής νόσου.



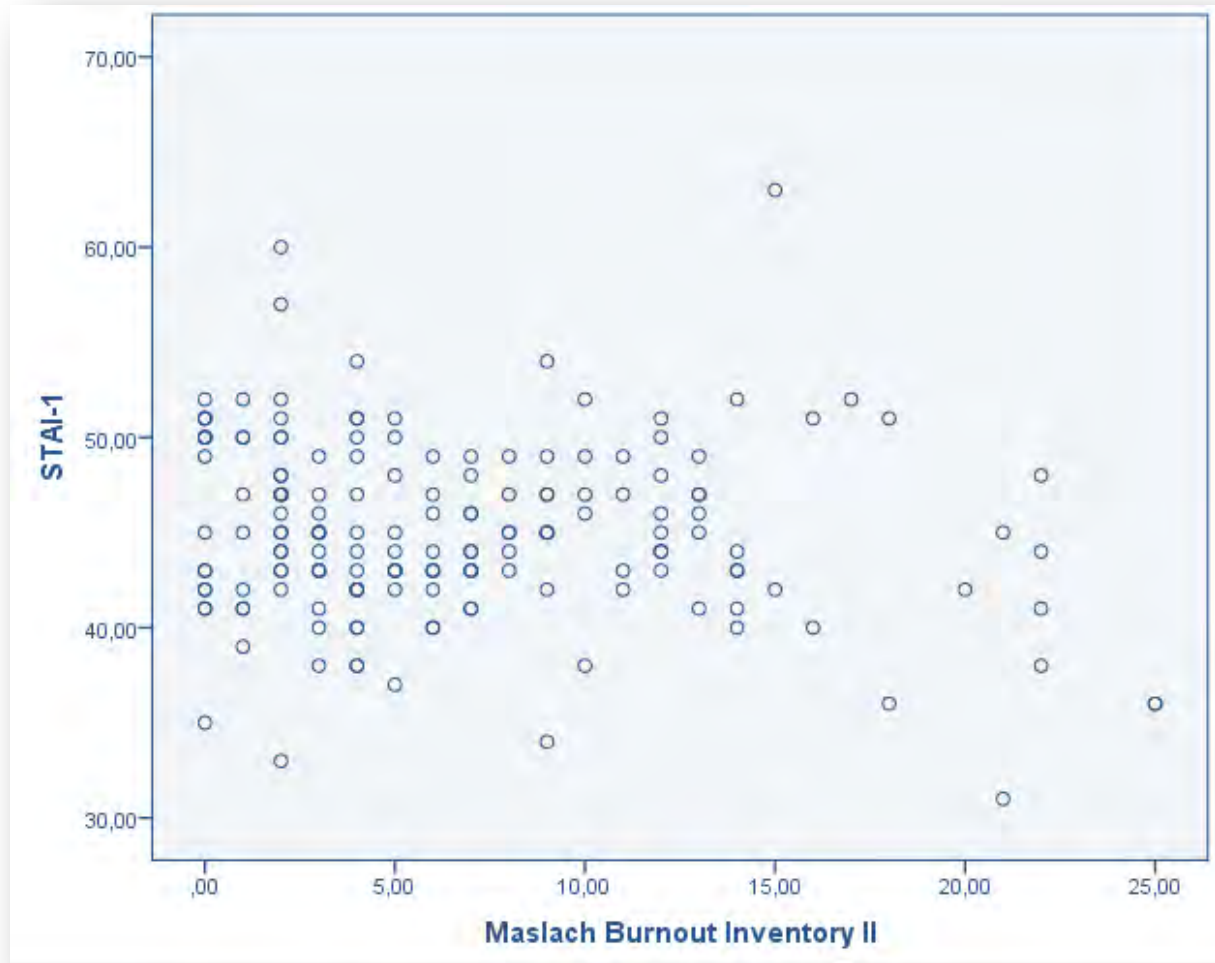
- «GHQ-28 C» με «αλκοόλ». Παρατηρείται ότι η κατανάλωση αλκοόλης, αυξάνει το βαθμό κοινωνικής δυσλειτουργίας, άρα και τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχικής νόσου. Η σχέση γίνεται πιο ισχυρή όταν η κατανάλωση αφορά στην ποσότητα των >3 ποτών ανά εβδομάδα.



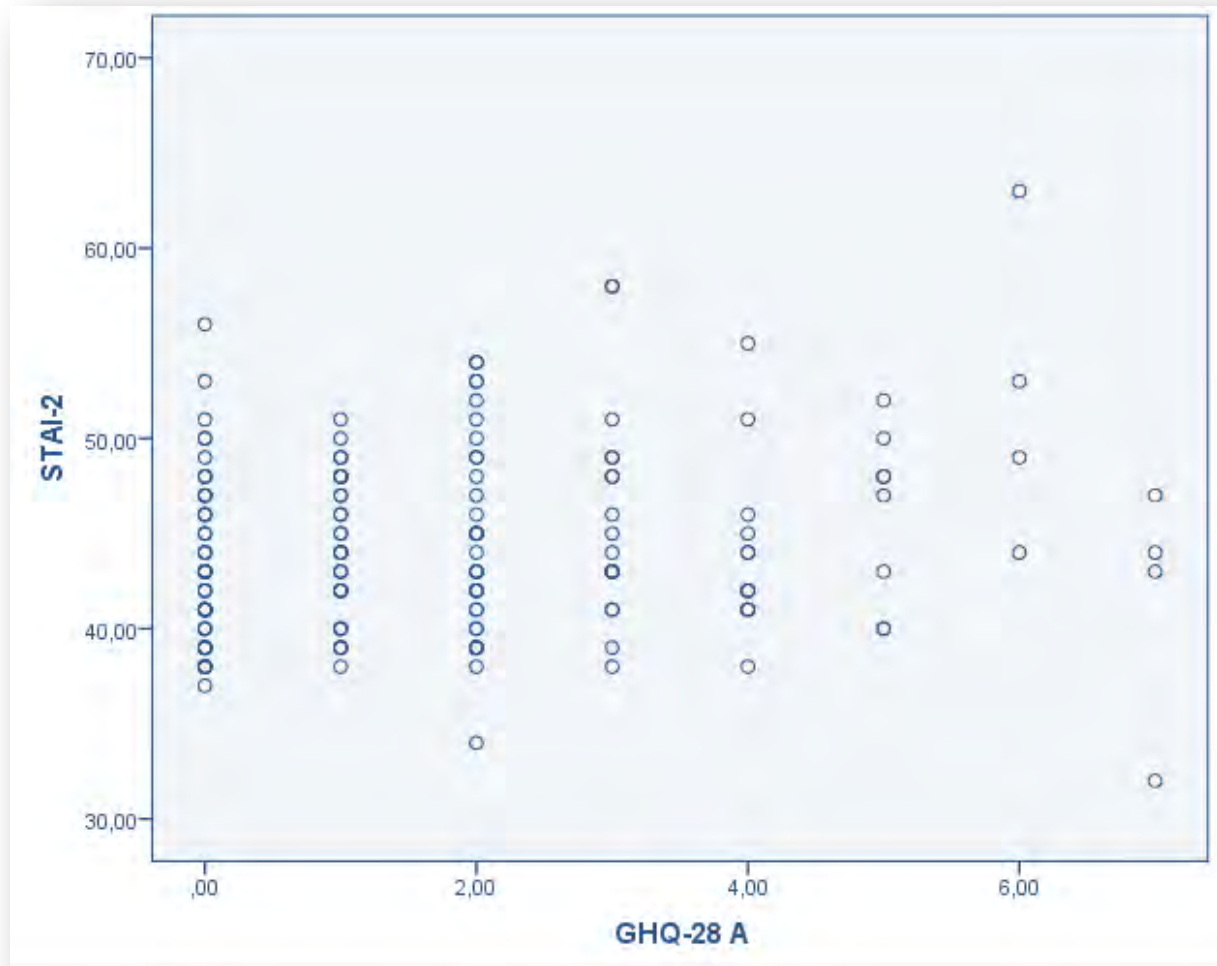
- «STAI-2» με «Maslach Burnout Inventory II». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο άγχος, ως χρόνια κατάσταση, και την Αποπροσωποποίηση, άρα και το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.



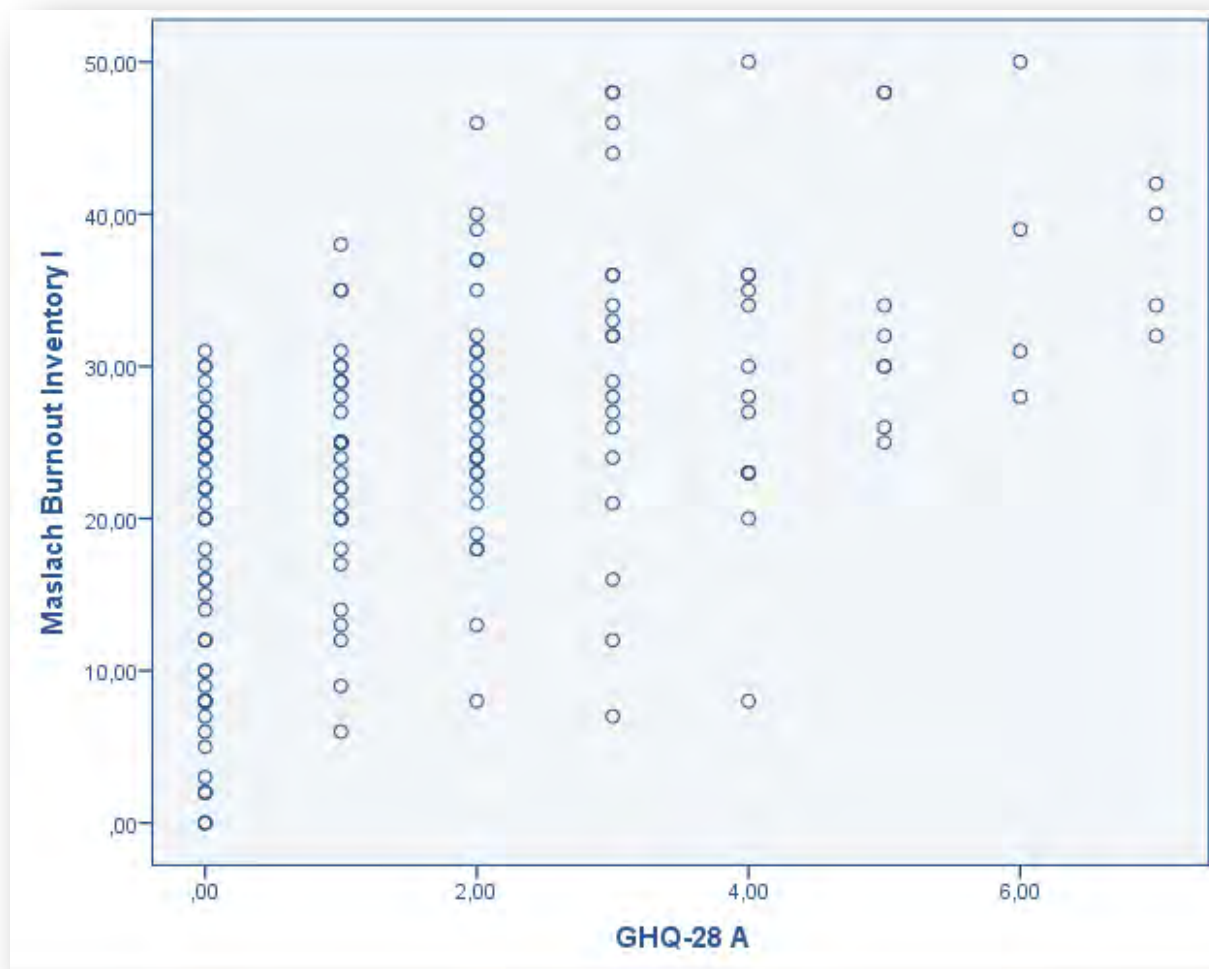
- «STAI Y-1» με «Maslach Burnout Inventory II». Δεν παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής, σχέσης ανάμεσα στο οξύ άγχος και την Αποπροσωποποίηση.



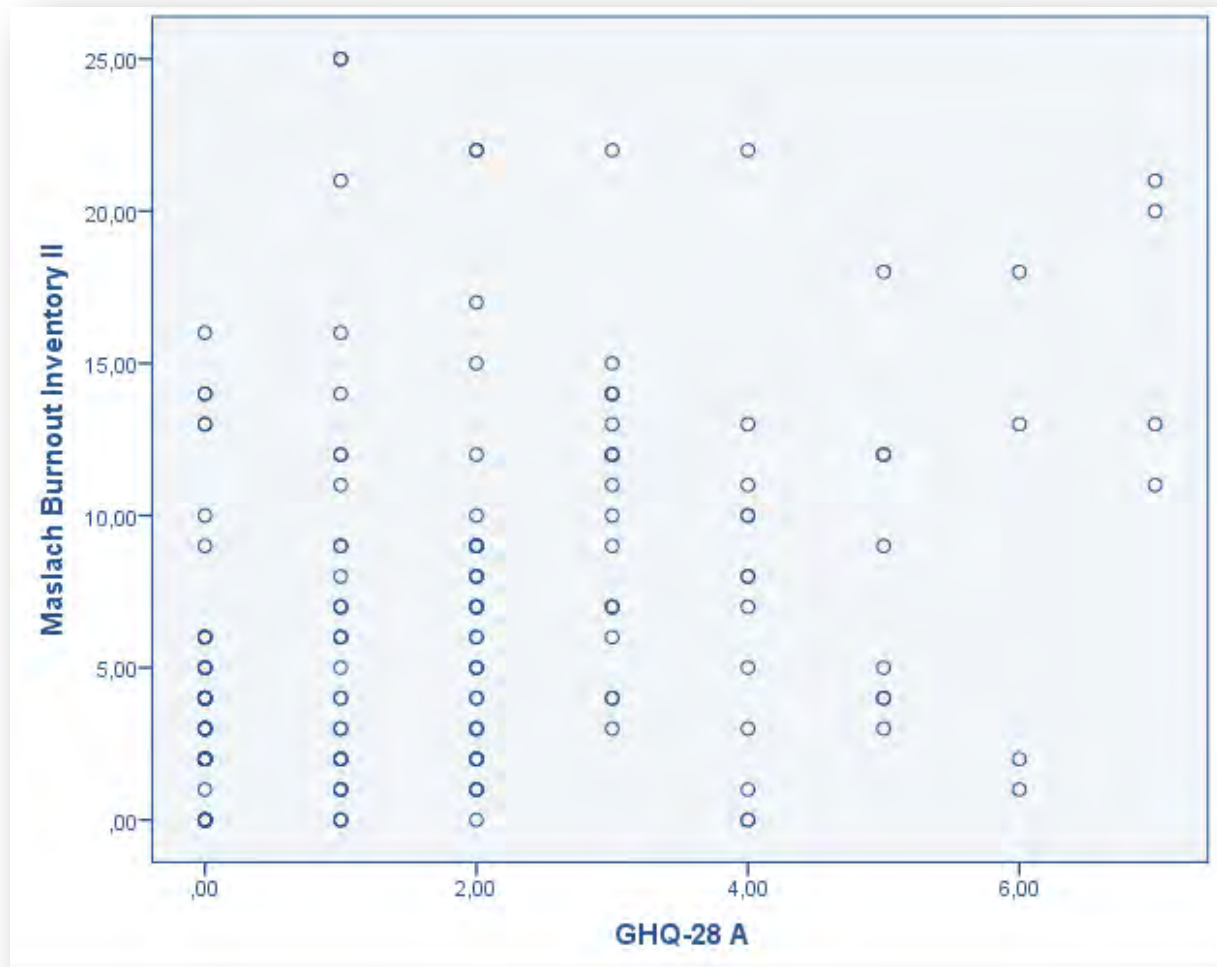
- «STAI-2» με «GHQ-28 A». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου άγχους και την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, άρα και τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχικής νόσου.



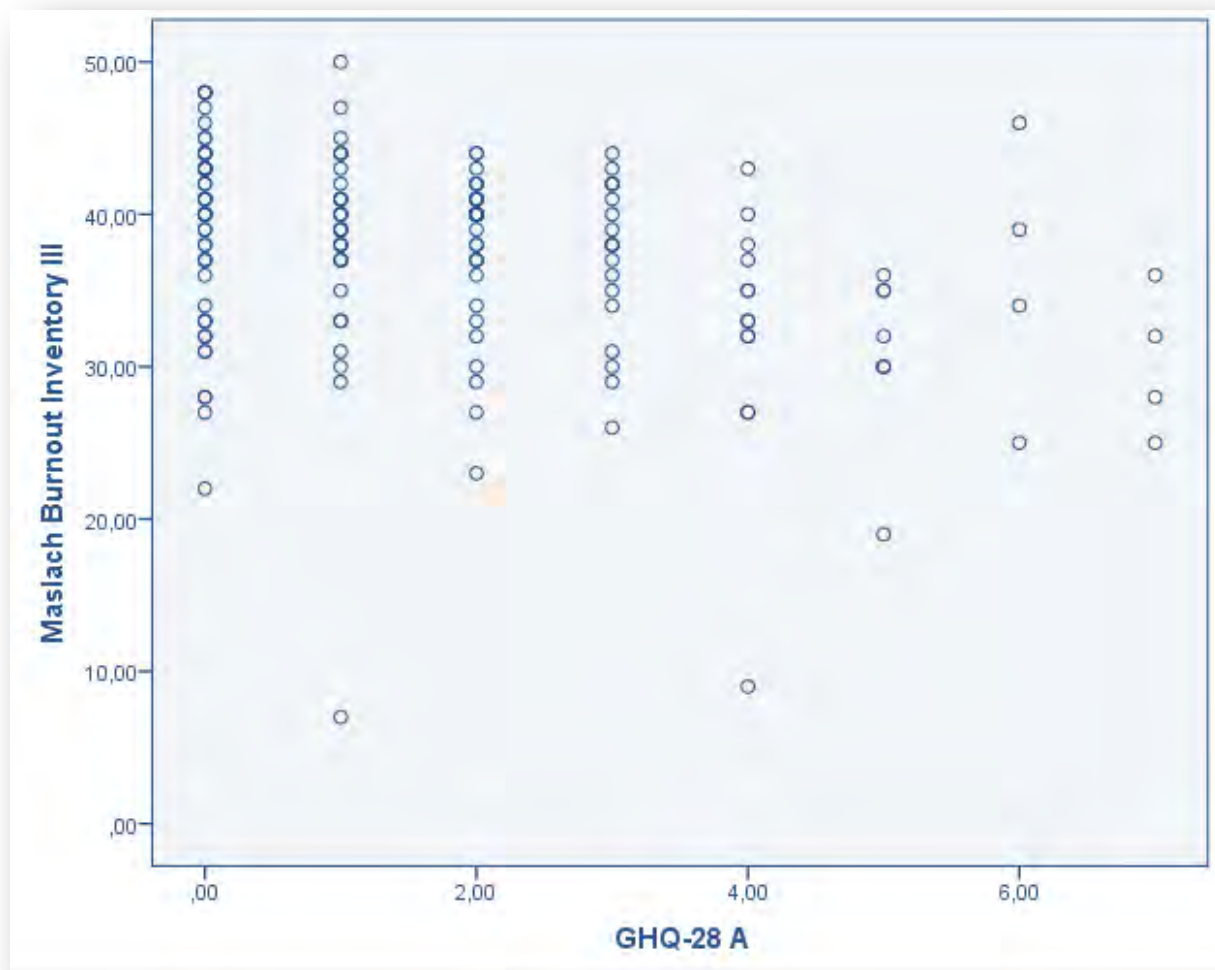
•«GHQ-28 A» με «Maslach Burnout Inventory I». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, και την Συναισθηματική Εξάντληση.



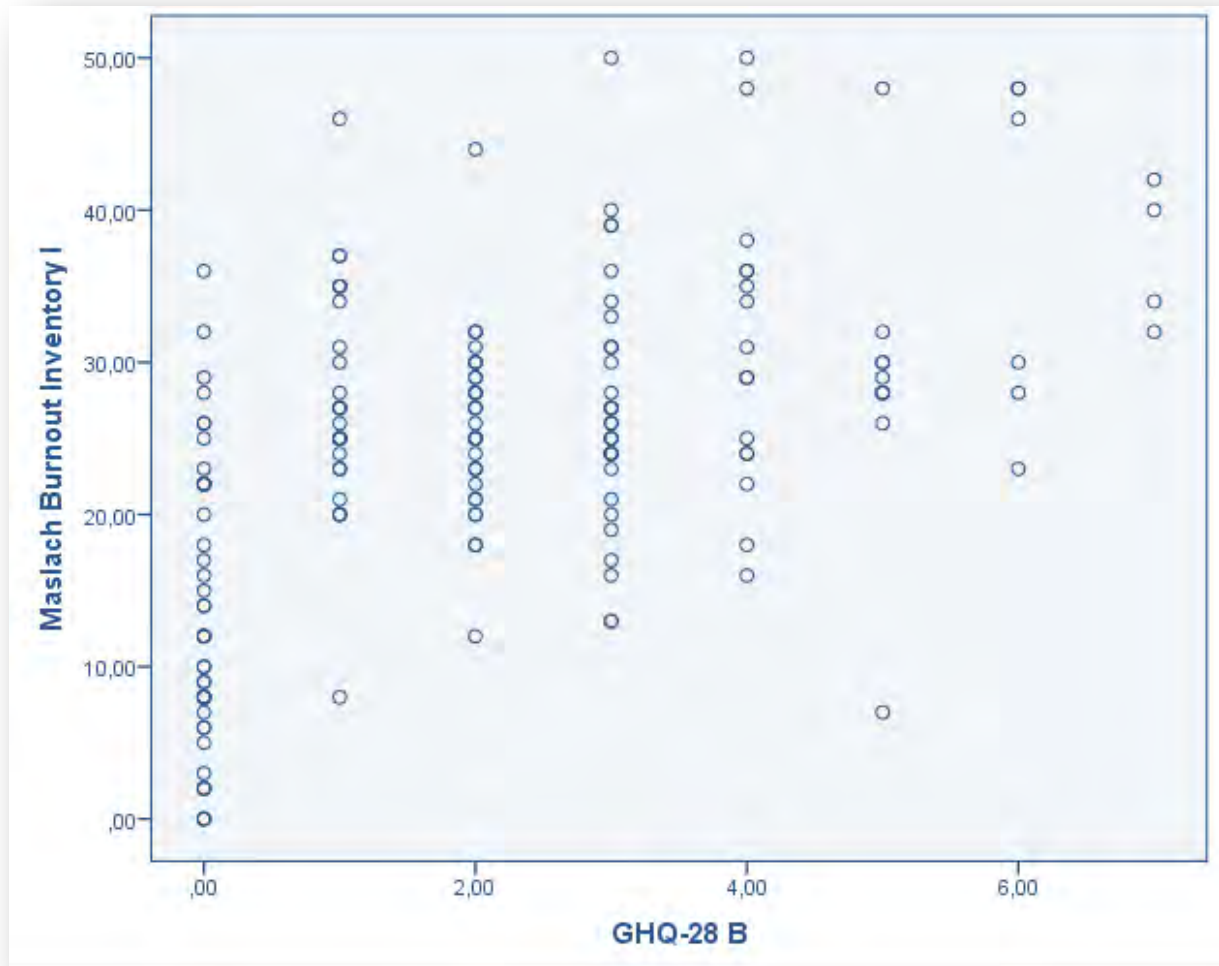
- «GHQ-28 A» με «Maslach Burnout Inventory II». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, και την Αποπροσωποποίηση. Δηλαδή, η αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου.



- «GHQ-28 A» με «Maslach Burnout Inventory III». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, και τα Προσωπικά Επιτεύγματα. Δηλαδή, η αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου.



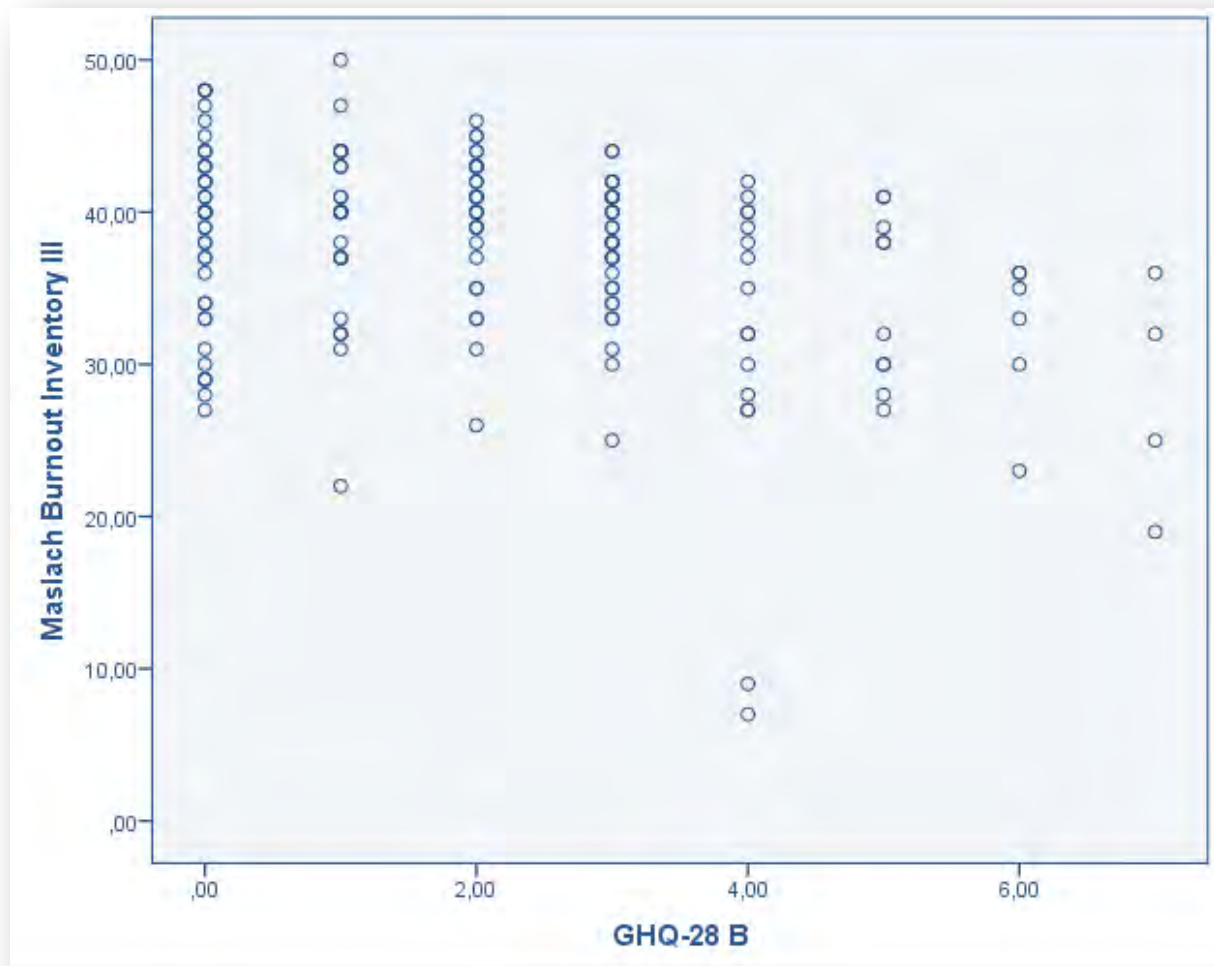
- «GHQ-28 B» με «Maslach Burnout Inventory I». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο άγχος και την αϋπνία, και την Συναισθηματική Εξάντληση. Δηλαδή, η αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου.



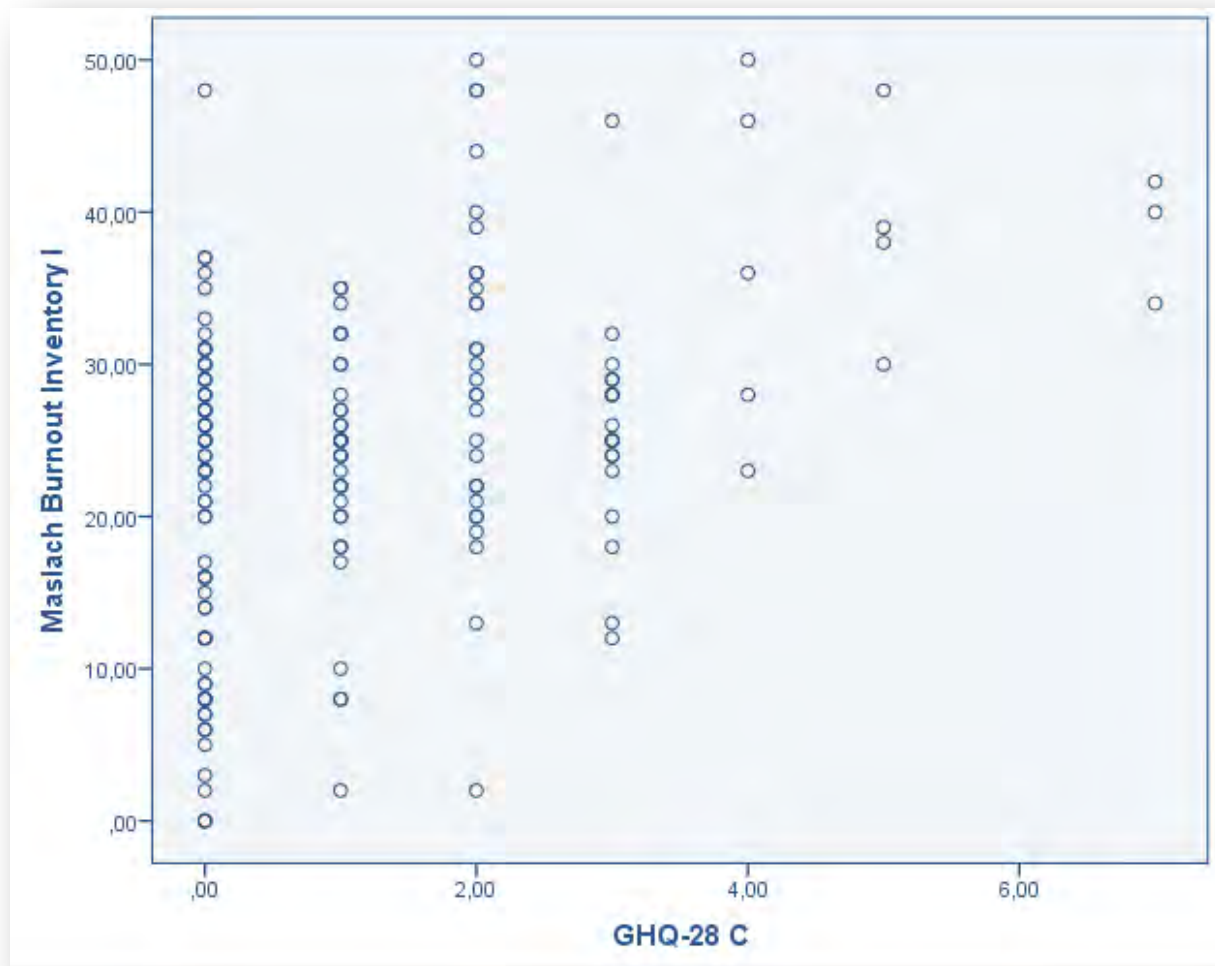
- «GHQ-28 B» με «Maslach Burnout Inventory II». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο άγχος και την αϋπνία, και την Αποπροσωποποίηση. Δηλαδή, η αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου.



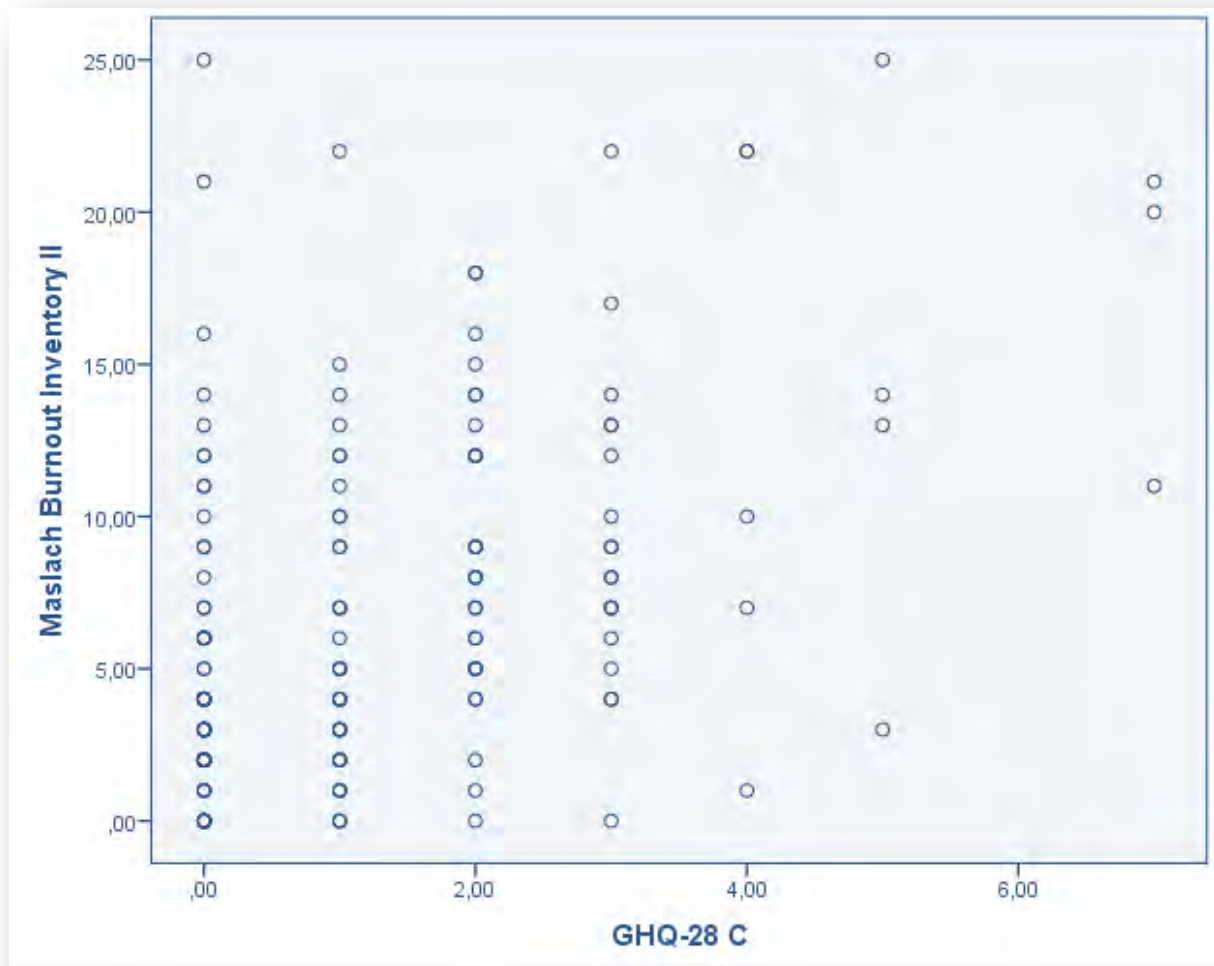
- «GHQ-28 B» με «Maslach Burnout Inventory III». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο άγχος και την αϋπνία, και τα Προσωπικά Επιτεύγματα. Δηλαδή, η αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου.



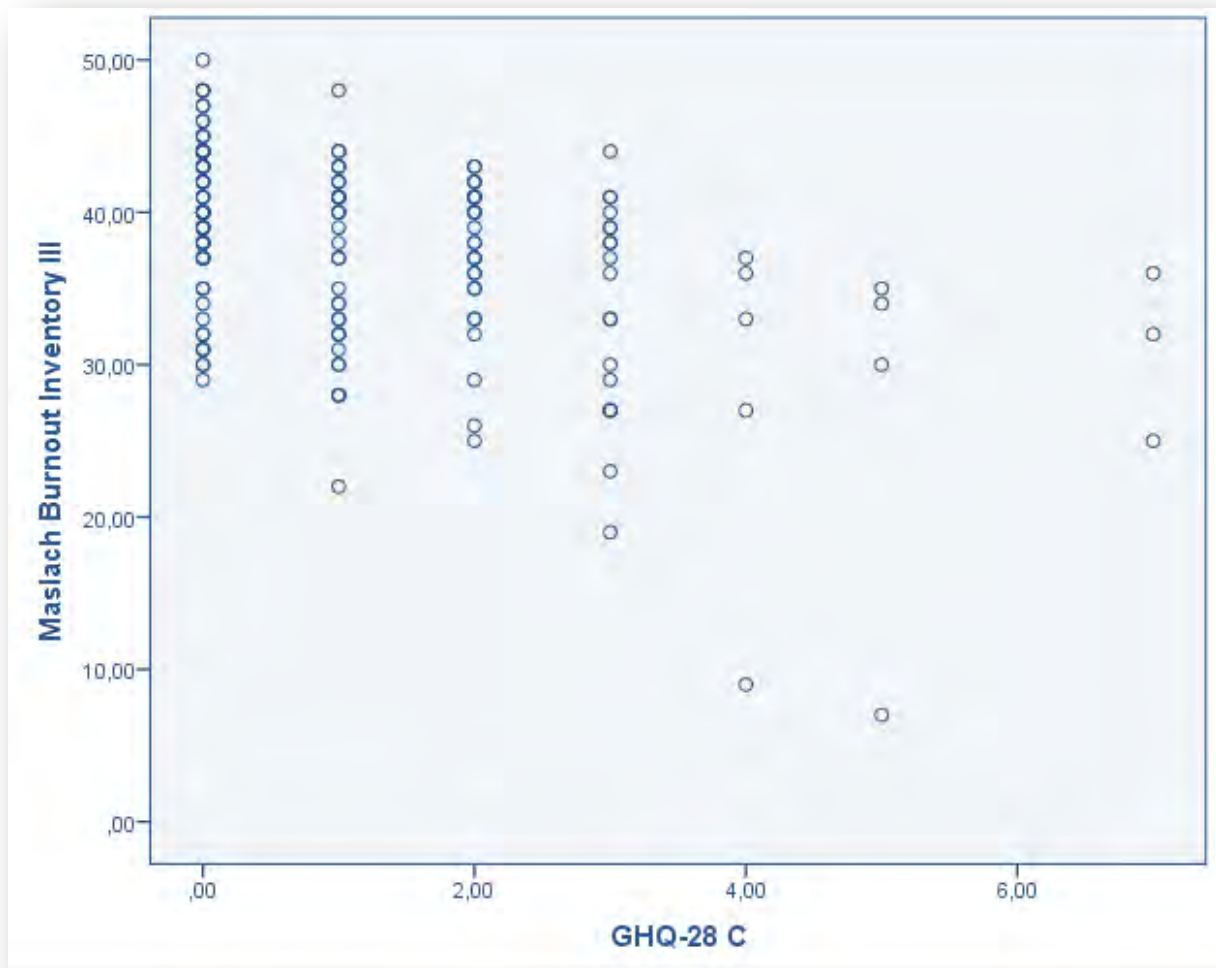
- «GHQ-28 C» με «Maslach Burnout Inventory I». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην κοινωνική δυσλειτουργία, και την Συναισθηματική Εξάντληση. Δηλαδή, η αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου.



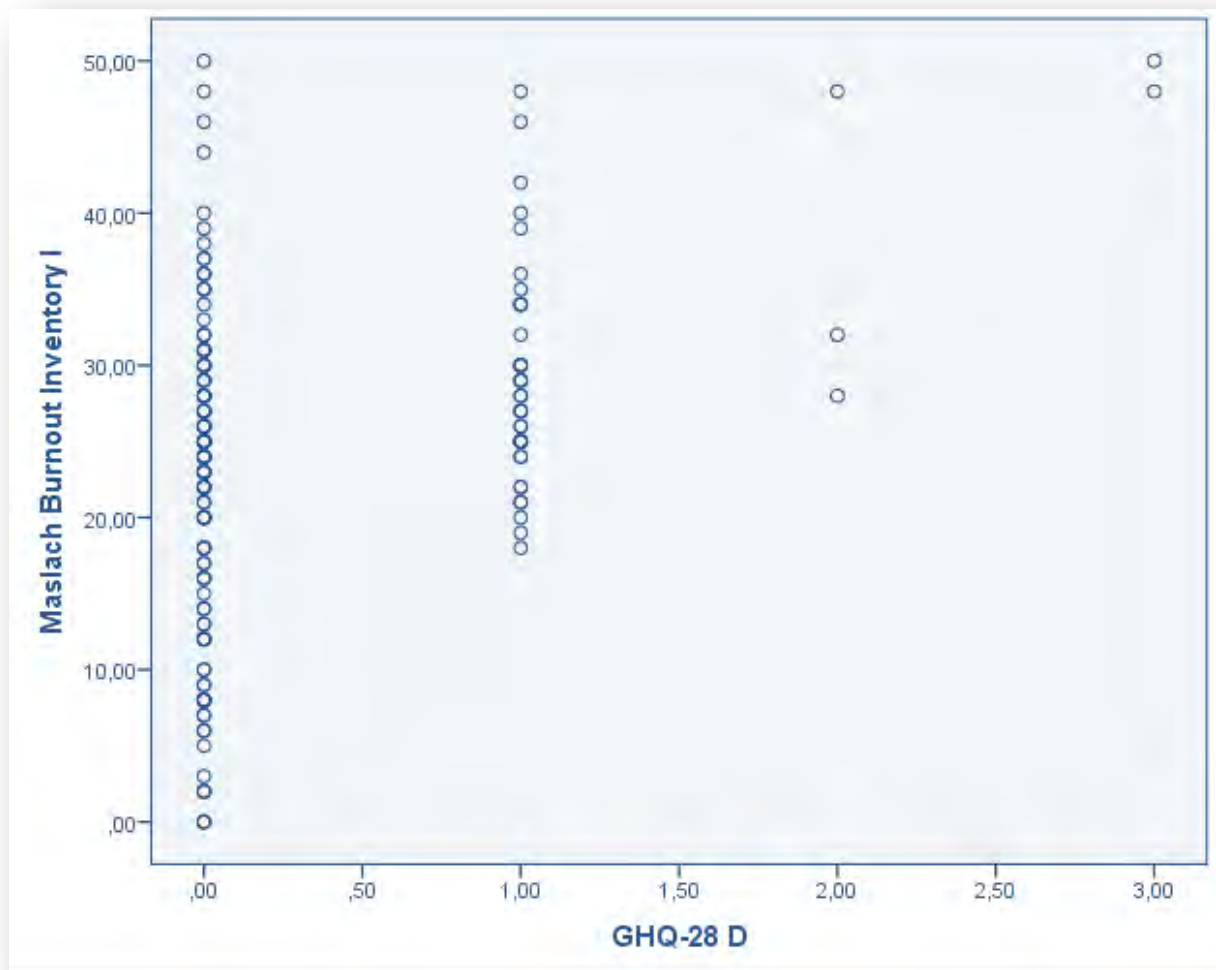
- «GHQ-28 C» με «Maslach Burnout Inventory II». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην κοινωνική δυσλειτουργία, και την Αποπροσωποποίηση. Δηλαδή, η αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου.



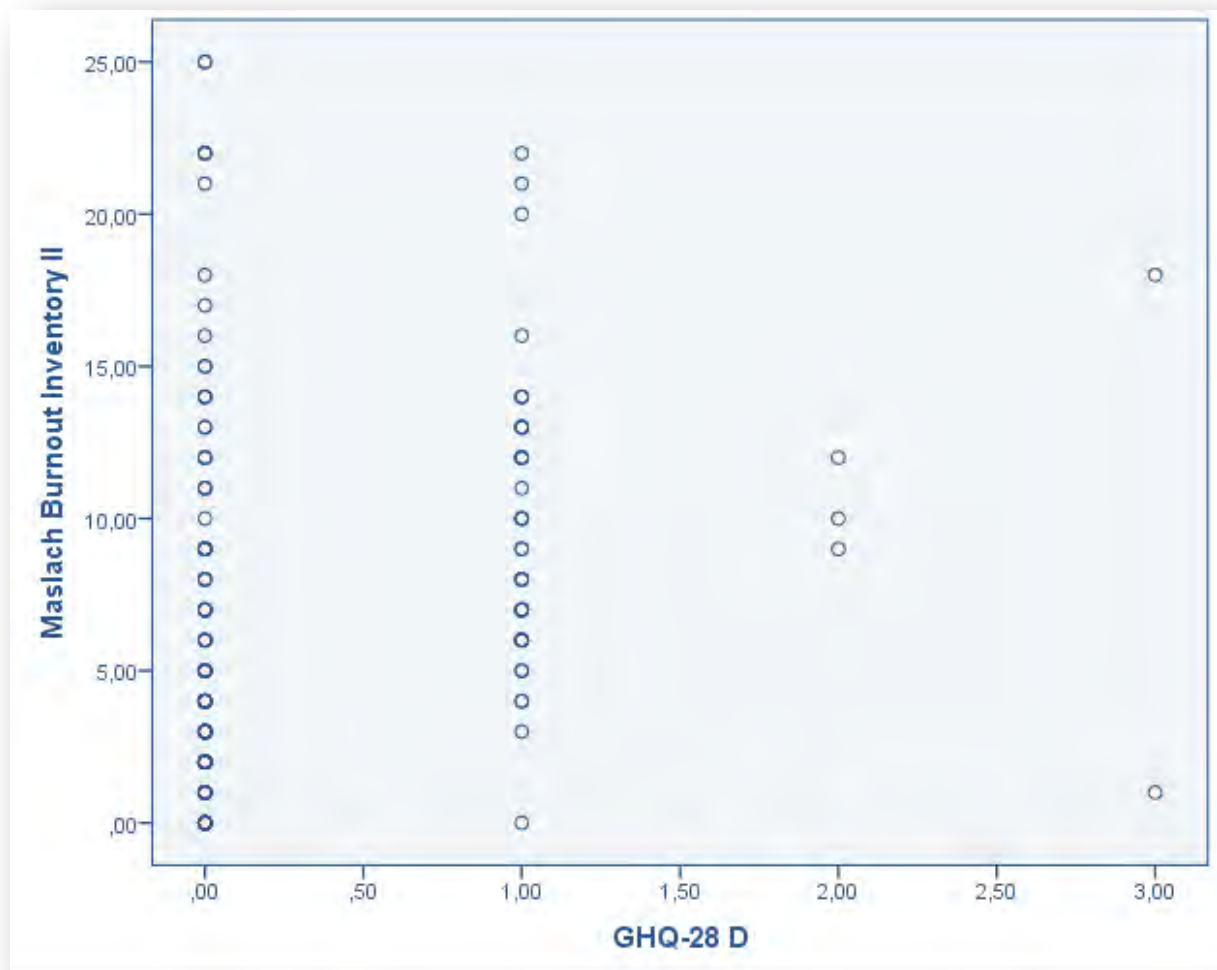
- «GHQ-28 C» με «Maslach Burnout Inventory III». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην κοινωνική δυσλειτουργία, και τα Προσωπικά Επιτεύγματα. Δηλαδή, η αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου.



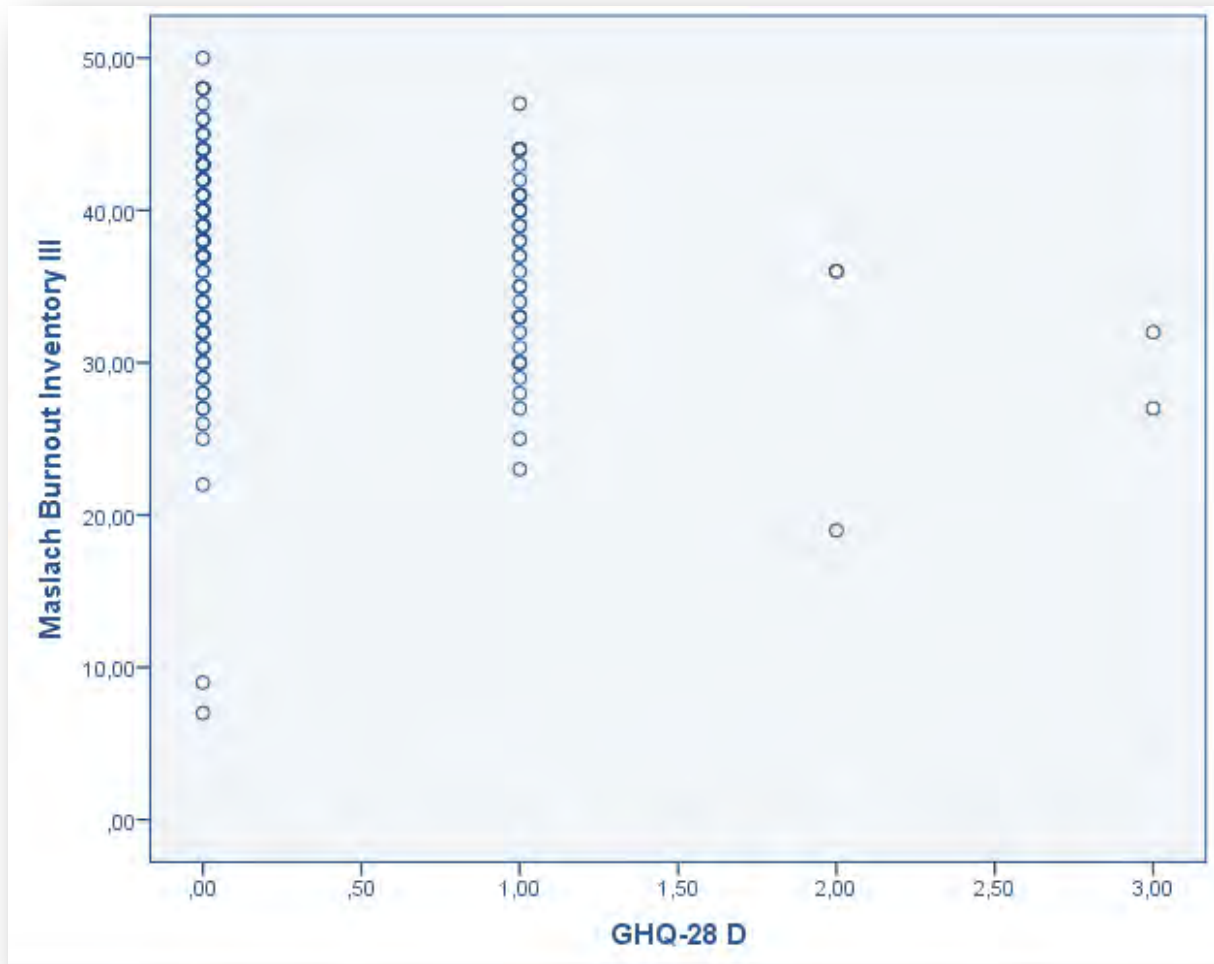
- «GHQ-28 D» με «Maslach Burnout Inventory I». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο καταθλιπτικό συναίσθημα, και την Συναισθηματική Εξάντληση. Δηλαδή, η αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου.



- «GHQ-28 D» με «Maslach Burnout Inventory II». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο καταθλιπτικό συναίσθημα, και την Αποπροσωποποίηση. Δηλαδή, η αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου.



- «GHQ-28 D» με «Maslach Burnout Inventory III». Παρατηρείται η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο καταθλιπτικό συναίσθημα, και τα Προσωπικά Επιτεύγματα. Δηλαδή, η αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα προσπαθεί να μελετήσει το βαθμό Επαγγελματικής Εξουθένωσης, των ειδικευόμενων ιατρών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, τα ποσοστά των συμμετεχόντων ειδικευομένων ιατρών στη μελέτη που εμφανίζονται θετικά, ανά ερωτηματολόγιο, στην εμφάνιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory) είναι:

- «Συναίσθηματική Εξάντληση»
 - χαμηλή ή καθόλου επαγγελματική εξουθένωση = 25%
 - μετρίου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση = 32%
 - υψηλή επαγγελματική εξουθένωση = 43%
- «Αποπροσωποποίηση»
 - χαμηλή ή καθόλου επαγγελματική εξουθένωση = 51%
 - μετρίου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση = 22%
 - υψηλή επαγγελματική εξουθένωση = 27%
- «Προσωπικά Επιτεύγματα»
 - χαμηλή ή καθόλου επαγγελματική εξουθένωση = 47%
 - μετρίου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση = 28%
 - υψηλή επαγγελματική εξουθένωση = 26%

Σε ότι αφορά την ψυχική υγεία των ειδικευομένων ιατρών της μελέτης, παρατηρήθηκαν τα εξής ποσοστά που δηλώνουν αυξημένες πιθανότητες ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου:

- «Σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης» = 5%
- «Άγχος και αϋπνία» = 6%
- «Κοινωνική δυσλειτουργία» = 2%
- «Καταθλιπτικό συναίσθημα» = 0%

Σχετικά με την σχέση ανάμεσα στο άγχος ως οξεία κατάσταση-καταστασιακό άγχος (STAI Y-1) και το άγχος ως μόνιμο χαρακτηριστικό-χαρακτηριολογικό άγχος (STAI Y-2), παρατηρήθηκαν ότι υπάρχει πολύ ισχυρή, στατιστικά, συσχέτιση ($\rho=0,314$, $p<0,001$). Ο μέσος όρος (και η τυπική απόκλιση) των ερωτηματολογίων «STAI Y-1» και «STAI Y-2», αντίστοιχα, είναι 45,07 (4,75) και 44,31 (4,89).Οπότε, βάση των περιγραφικών δεικτών, ο βαθμός έντασης του καταστασιακού άγχους (οξύ), είναι μεγαλύτερος από του χαρακτηριολογικού άγχους (χρόνιο), χωρίς όμως να υπάρχει, στατιστικά, σημαντική διαφορά.

Βάσει των ερευνητικών ερωτημάτων, επιπλέον, συμπεραίνουμε τα εξής:

- ✓ Η επαγγελματική κόπωση και η ψυχική υγεία, των ειδικευόμενων γιατρών, δεν παρουσιάζει διαφοροποίηση, σε σχέση με το φύλο. Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη των συσχετίσεων έδειξε τα εξής:
 - «Maslach Burnout Inventory I» και «Φύλο»: $\rho = -0,123$ ($p=0,115$)
 - «Maslach Burnout Inventory II» και «Φύλο»: $\rho = 0,045$ ($p=0,560$)
 - «Maslach Burnout Inventory II» και «Φύλο»: $\rho = 0,086$ ($p=0,269$)
 - «GHQ-28 A» και «Φύλο»: $\rho = -0,114$ ($p=0,141$)
 - «GHQ-28 B» και «Φύλο»: $\rho = -0,056$ ($p=0,475$)
 - «GHQ-28 C» και «Φύλο»: $\rho = 0,015$ ($p=0,845$)
 - «GHQ-28 D» και «Φύλο»: $\rho = 0,037$ ($p=0,632$)
- ✓ Η επαγγελματική κόπωση και η ψυχική υγεία, των ειδικευόμενων γιατρών, εμφανίζει διαφορές, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα:
 - Τα άγαμα άτομα, σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες, εμφανίζουν περισσότερο «χρόνιο» άγχος ($p=0,019$).
 - Τα άγαμα και έγγαμα άτομα, σε σύγκριση με τα διαζευγμένα και με αυτά που συμβιώνουν, εμφανίζουν μικρότερου βαθμού Επαγγελματική Εξουθένωση ($p=0,014$).
 - Τα άγαμα άτομα, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες, εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό Επαγγελματικής Εξουθένωσης ($p=0,010$).

- ✓ Η επαγγελματική κόπωση και η ψυχική υγεία, των ειδικευόμενων γιατρών, εμφανίζει διαφορές, ανάλογα με την καπνισματική συνήθεια. Πιο συγκεκριμένα:
 - Όσο αυξάνει το επίπεδο καπνισματικής συνήθειας, τόσο αυξάνει ο βαθμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης ($p=0,023$).
 - Η καπνισματική συνήθεια, ακόμη και η μικρή, αυξάνει το επίπεδο άγχους και αϋπνίας ($p=0,004$).
- ✓ Η επαγγελματική κόπωση και η ψυχική υγεία, των ειδικευόμενων γιατρών, εμφανίζει διαφορές, ανάλογα με το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ. Πιο συγκεκριμένα:
 - Όσο αυξάνει η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλης, μειώνεται η ένταση του «οξέος» άγχους ($p=0,046$).
 - Όσο αυξάνει η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλης, τόσο αυξάνει ο βαθμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης ($p=0,003$).
 - Η κατανάλωση αλκοόλης, αυξάνει το επίπεδο άγχους και αϋπνίας. Η περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλης, δεν φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση άγχους και αϋπνίας ($p=0,006$).
 - Η κατανάλωση αλκοόλης, αυξάνει το βαθμό κοινωνικής δυσλειτουργίας ($p=0,042$).
 - Η κατανάλωση αλκοόλης, αυξάνει το επίπεδο της κατάθλιψης. Παρατηρείται, επιπλέον, το φαινόμενο ο βαθμός κατάθλιψης να σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με την ποσότητα αλκοόλης που καταναλώνεται ($p=0,023$).
- ✓ Η επαγγελματική κόπωση και η ψυχική υγεία, των ειδικευόμενων γιατρών, εμφανίζει διαφορές, ανάλογα με τον τομέα της ειδικότητας (εργαστηριακός, παθολογικός, χειρουργικός). Πιο συγκεκριμένα:
 - Ο βαθμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης εμφανίζεται πιο έντονος στις χειρουργικές ειδικότητες, ακολουθούμενος από τις παθολογικές και εργαστηριακές, ανάλογα ($p=0,032$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο άγχος, ως χρόνια κατάσταση, και την Αποπροσωποποίηση. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση του επιπέδου χρόνιου άγχους ($p=0,015$).

- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, και το χρόνιο άγχος. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι η ύπαρξη χρόνιου άγχους σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p=0,020$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, και την Συναισθηματική Εξάντληση. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p<0,001$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, και την Αποπροσωποποίηση. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p<0,001$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, και τα Προσωπικά Επιτεύγματα. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p<0,001$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο άγχος και την αϋπνία, και την Συναισθηματική Εξάντληση. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p<0,001$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο άγχος και την αϋπνία, και την Αποπροσωποποίηση. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p<0,001$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο άγχος και την αϋπνία, και τα Προσωπικά Επιτεύγματα. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p=0,024$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην κοινωνική δυσλειτουργία, και την Συναισθηματική Εξάντληση. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το

δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p<0,001$).

- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην κοινωνική δυσλειτουργία, και την Αποπροσωποποίηση. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p<0,001$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην κοινωνική δυσλειτουργία, και τα Προσωπικά Επιτεύγματα. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p<0,001$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο καταθλιπτικό συναίσθημα, και την Συναισθηματική Εξάντληση. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p<0,001$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο καταθλιπτικό συναίσθημα, και την Αποπροσωποποίηση. Η στατιστική ανάλυση έδειξε, για το δείγμα μας, ότι αύξηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται, θετικά, με την αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ($p<0,001$).
- ✓ Παρατηρήθηκε η ύπαρξη, στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα στο καταθλιπτικό συναίσθημα, και τα Προσωπικά Επιτεύγματα ($p=0,032$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα χαρακτηριστικά του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (burn-out syndrome) περιλαμβάνουν τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται, κυρίως, σε άτομα που το επάγγελμά τους είναι ανθρωποκεντρικό, όπως σώματα ασφαλείας, εκπαιδευτικοί, κοινωνικοί λειτουργοί και επαγγελματίες υγείας [66].

Οι αιτιολογικές συνιστώσες του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης, αποτελούνται από το φύλο, την ηλικία, τα προσωπικά χαρακτηριστικά, και από τα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας [67]. Η έλλειψη αυτονομίας, οι εξειδικευμένες επαγγελματικές απαιτήσεις, καθώς και οι εξειδικευμένες απαιτήσεις για τη χρησιμοποίηση υψηλής τεχνολογικής υποστήριξης, είναι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης [68-69].

Για τους ειδικευόμενους ιατρούς, ειδικότερα, το πλείστον των καθημερινών διαπροσωπικών τους σχέσεων αφορά με συναδέλφους ιατρούς, παραϊατρικό προσωπικό και ασθενείς. Ο εργασιακός χώρος της Υγείας χαρακτηρίζεται από πίεση χρόνου, σωματική καταπόνηση, άστατα και δύσκολα ωράρια, ανάγκη διαρκούς εκπαίδευσης, και δυσανάλογα μικρές αμοιβές. Επιπλέον, η διαρκής ενασχόλησή με βαριά πάσχοντες ασθενείς είναι μία ισχυρή ψυχολογική επιβάρυνση [70]. Όλο, λοιπόν, αυτό το σύμπλεγμα των παραγόντων αυξάνει, κατακόρυφα, τις πιθανότητες εμφάνισης Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Τέλος, όσον αφορά στη συσχέτιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης με δημογραφικούς παράγοντες, υπάρχουν αρκετές μεταβλητές που μπορεί να συσχετίζονται αρνητικά ή θετικά [71].

Σχετικά με τα ποσοστά εμφάνισης, του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης, σε μελέτη των Deckard, Meterko και Field (1994) βρέθηκε ότι υπάρχει μία διακύμανση που κινείται ανάμεσα στο 19% και στο 47% . Παρόλο το μέγεθος αυτής της ανομοιογένειας, ακόμη και το χαμηλότερο ποσοστό βρίσκεται υψηλότερα σε σχέση με το ανάλογο ποσοστό που έχει ανευρεθεί στον υπόλοιπο εργαζόμενο πληθυσμό [70]. Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση των ειδικευόμενων ιατρών, του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς», κυμαίνεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα. Η διερεύνηση, του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης, έγινε με την χρήση της κλίμακας MBI (Ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory), η οποία περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις («Συναισθηματική Εξάντληση», «Αποπροσωποποίηση», και «Προσωπικά Επιτεύγματα») [53]. Ως

προς τη διάσταση «Συναισθηματικής Εξάντλησης» παρατηρήθηκε μετρίου-υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση, με το συνολικό ποσοστό να ανέρχεται στο 75% των υπό μελέτη ατόμων.

Στην δεύτερη συνιστώσα, την «Αποπροσωποποίηση», παρατηρήθηκε μετρίου-υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση, με το συνολικό ποσοστό να ανέρχεται στο 49% των υπό μελέτη ατόμων. Ο τρίτος άξονας, τα «Προσωπικά Επιτεύγματα», εμφάνισε επίσης μέτριο προς υψηλό ποσοστό συναισθηματικής εξάντλησης (54%). Σε άλλες μελέτες που διερεύνησαν τη επαγγελματική εξουθένωση σε ειδικευόμενους ιατρούς έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια της ειδικότητά τους εμφάνισαν επαγγελματική εξουθένωση και αποπροσωποποίηση σε ποσοστό 76% [72] και [73]. Επίσης, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 1400 ειδικευόμενους γιατρούς σε 12 ευρωπαϊκές χώρες βρέθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα: 43% εμφάνισαν συναισθηματική εξάντληση, 35% αποπροσωποποίηση, 32% ότι έχουν λίγα προσωπικά επιτεύγματα και 12% έπασχαν από επαγγελματική εξουθένωση και στις τρεις διαστάσεις της [74].

Σε ότι αφορά τον δημογραφικό παράγοντα «φύλο», σύμφωνα με τα αποτελέσματα του δείγματος της παρούσας μελέτης, δεν υπήρξε συσχέτιση ούτε με το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης, ούτε και με το βαθμό εμφάνισης σωματικών συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους, αϋπνίας, κοινωνικής δυσλειτουργίας, και καταθλιπτικού συναισθήματος. Να σημειωθεί, μάλιστα, ότι το ποσοστό του καταθλιπτικού συναισθήματος στη μελέτη μας ήταν 0%.

Αντίθετα, ο αιτιολογικός παράγοντας «οικογενειακή κατάσταση», παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το βαθμό εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης και το επίπεδο ψυχικής υγείας. Παρατηρήθηκε ότι τα άγαμα άτομα, σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες, εμφανίζουν περισσότερο «χρόνιο» άγχος. Επίσης, τα άγαμα και έγγαμα άτομα, σε σύγκριση με τα διαζευγμένα και με αυτά που συμβιώνουν, εμφανίζουν μικρότερου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση. Τέλος, τα άγαμα άτομα, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες, εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης.

Άλλος ένας παράγοντας, που εμφάνισε υψηλού βαθμού συσχέτιση τόσο με την επαγγελματική εξουθένωση όσο και με την ψυχική υγεία, ήταν η καπνισματική συνήθεια. Η μελέτη του δείγματός μας έδειξε ότι όσο αυξάνει το επίπεδο καπνισματικής συνήθειας, τόσο αυξάνει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης. Αξιοσημείωτο, μάλιστα, είναι ότι παρατηρήθηκε πως η καπνισματική συνήθεια, ακόμη και η μικρή, σχετίζεται θετικά με το επίπεδο άγχους και αϋπνίας.

Το αλκοόλ, βάσει της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων της μελέτης, βρέθηκε ως ο πιο ισχυρός παράγοντας σε ότι αφορά τον αριθμό των συσχετίσεων. Παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνει η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλης, τόσο αυξάνει ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης, κοινωνικής δυσλειτουργίας, και το επίπεδο άγχους και αϋπνίας. Να σημειωθεί, σε αυτό το σημείο, ότι η

περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλης, δεν φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση άγχους και αϋπνίας. Η Rosta (2008) παρατήρησε σε νοσοκομειακούς γιατρούς στη Γερμανία έπειτα από έρευνα ότι το ποσοστό της κατανάλωσης αλκοόλ στους γιατρούς είναι σημαντικά αυξημένο και ανάμεσα στους κυριότερους παράγοντες της κατανάλωσης αυτής ευθύνεται η επαγγελματική εξουθένωση [45].

Σε συνάρτηση με την ειδικότητα, διαπιστώσαμε ότι η επαγγελματική κόπωση και η ψυχική υγεία, των ειδικευόμενων γιατρών, εμφανίζει διαφορές, ανάλογα με τον τομέα της ειδικότητας (εργαστηριακός, παθολογικός, χειρουργικός). Πιο συγκεκριμένα, ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται πιο έντονος στις χειρουργικές ειδικότητες, ακολουθούμενος από τις παθολογικές και εργαστηριακές, ανάλογα. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες από τους Stanafelt et al. (2012) παρατηρήθηκε ότι στις ειδικότητες με την μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση ανήκουν οι γιατροί τις επείγουσας ιατρικής και οι χειρουργοί. Ενώ, χαμηλά ποσοστά εμφάνισε η ειδικότητα της παιδιατρικής [19].

Η ανάπτυξη και η εξέλιξη του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης έχει μία πολυπαραγοντική αιτιολογική βάση, που αφορά τόσο τον επαγγελματικό χώρο όσο και το υπόλοιπο κοινωνικό περιβάλλον. Από την άλλη, γνώσεις, αντιλήψεις και πεποιθήσεις επηρεάζουν την έκφραση και το βαθμό της επαγγελματικής εξάντλησης καθώς και το επίπεδο της ψυχικής υγείας. Συνεπώς, θεωρούμε αυτονόητη την ανάγκη λήψης μέτρων, τόσο σε προληπτικό όσο και σε επίπεδο αντιμετώπισης του φαινομένου. Τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους αλλά και στους ειδικούς γιατρούς έδειξαν ότι μπορεί να οδηγήσουν σε κακή απόδοση στην εργασία, ιατρικά λάθη, μειωμένη ποιότητα ιατρικής περίθαλψης καθώς και έλλειψη εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες υγείας [75]. Επιβάλλεται, λοιπόν, να γίνουν παρεμβάσεις σε ατομικό, κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο ώστε να επιτευχθεί η άμεση αντιμετώπιση όσων πάσχουν από Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης, καθώς και να προληφθεί η εμφάνιση νέων περιστατικών.

Τέλος, από τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, φάνηκε ότι η μετρίου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση και στις τρεις συνιστώσες της Maslach (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, και προσωπικά επιτεύγματα) αγγίζει αξιοσημείωτα ποσοστά. Τα εν λόγω ποσοστά θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, για να αποφευχθεί η μετάπτωση της κατηγορία αυτής στην κατηγορία της υψηλής επαγγελματικής εξουθένωσης. Σκόπιμο θα ήταν, να ληφθούν και να εφαρμοστούν μέτρα για την πρόληψή του, με τη χρήση διαγνωστικών πρωτοκόλλων, υποστηρικτικών παρεμβάσεων και τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Montero- Marín J, García- Campayo J, Mosquera Mera D, López del Hoyo Y. A new definition of burnout syndrome based on Farber' s proposal. *J Occup Med Toxicol*. 2009, 4:31.
2. Maslach C. Burned- out. *Hum Behav*. 1976, 5:16-22.
3. Prins JT, Gazendam- Donofrio SM, Tubben BJ, van der Heijden FM, van der Wiel HB, Hoekstra- Weebers JE. Burnout in medical residents: a review. *Med Educ*. 2007, 41(8):788-800.
4. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981, 2:99-113.
5. Melchers MC, Plieger T, Meermann R, Reuter M. Differentiating Burnout from Depression: Personality matters!. *Front Psychiatry*. 2015, 6:113.
6. Martini S, Arfken CL, Churchill A, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry*. 2004, 28(3):240-2.
7. Bruke RJ, Greenglass ER. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Soc Sci Med*. 1995, 40(10):1357-63.
8. Richardsen A, Burke R. Models of burnout: Implications for interventions. *Intern J Stress Manag*. 1995, 2(1):31-43.
9. Edelwich J, Brodsky A. Burn- out: stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Services Press. 1980.
10. Winkel AF, Jakalow H, Benton L, Moss H, Mitchell L, Feldman N. Exploring resident reflections to understand burnout. *Clin Teach*. 2016, [Epub ahead of print].
11. Maslach C, Scaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psuchol*. 2001, 52:397-422.
12. Maslach . Burnout: the cost of caring. Prentice Hall Inc, New Jersey. 1982.
13. Pines AM. Who is to blame for helper' s burnout?. In: C.D. Scott &J Hawk (editors), *Heal Thyself: The health of health care professionals*. New York: Bruner/Mazel Publications, 1986.
14. Pines AM. Treating career burnout: a psychodynamic existential perspective. *J Clin Psychol*. 2000, 56(5):633-42.
15. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach Burnout and the Burnout Measure. *Psychol Health*. 2001, 16(5):565-82.
16. Kristensen T, Borritz M, Willadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*. 2005, 19(3):192-207.

17. Butterfield P. The Stress of Residency: A Review of the Literature. *JAMA Intern Med.* 1988, 148(6):1428-1435.
18. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele V, Sloan JA, Stanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc.* 2013, 88(12):1358-67.
19. Stanafelt TD, Boone S, Tan L, Dybre LN, Soltie D, West CPSloan J, Oreskovich MR. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012, 172(18):1377-85.
20. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Acad Psychiatry.* 2008, 32(1):13-9.
21. Ishak S, Lederer S, Mandili C, et al. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ.* 2009, 1(2):236-42.
22. Unger DN. Superintendent burn- out: Myth or Reality. In: Don Eugene Unger (Editor). Ohio State University. 1980.
23. Anagnostopoulos F, Liolios E, Persefonis G, Slater J, Kafetsios K, Niakas D. Physician burnout and patient satisfaction in primary healthcare settings: evidence of relationship from a one-with-many design. *J Clin Psychol Med Settings.* 2012, 19(4):401-10.
24. Fahrenkopf AM, Sechtish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burn out residents: prospective cohort study. *BMJ.* 2008, 336(7642):488-91.
25. WHO. Definition of health. Accessed [20/3/2016] από [<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>].
26. WHO. Mental health topic. Accessed [20/3/2016] in [http://www.who.int/topics/mental_health/en/].
27. WHO. Health topic: depression. Accessed [13/4/2016] in [<http://www.who.int/topics/depression/en/>].
28. Krishnan KR. Biological risk factors in late life depression. *Biol Psychiatri.* 2002, 52(3):185-92.
29. Lauber C, Falcato L, Nordt C, Rössler W. Lay beliefs about causes of depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2003, (418):96-9.
30. Leahy RL, Holland SF, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. Guilford Press, New York, 2012.
31. Spielberger CD, O' Neil HF Jr, Hansen DN. Anxiety, drive theory, and computer- assisted learning. *Proq Exp Pres Res.* 1972, 6:109-58
32. American psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth Edition. American psychiatric Association, U.S. 2013.

33. Elliott GR, Eisdorfer C. Stress and human health: analysis and implications of research. In: Springer Publishing Company (editor). 1982.
34. WHO. Suicide. Accessed [18/4/2015] in [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>].
35. Flynn S, Gask L, Appleby L, Shaw J. Homicide- suicide and the role of mental disorder: a national consecutive case series. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016, [Epub ahead of print].
36. WHO. Substance abuse health topic. Accessed [18/4/2015] in [http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/].
37. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl*. 1996, 20(3):191-203.
38. Jovanović N, Beezhold J, Mihai A, Andlauer A, Johnson S, Kastrup M. Mental health problems of early career psychiatrists: from diagnosis to treatment strategies. In: Andrea Fiorini, Iris Callies, Henning Sass (editors), *How to succeed in psychiatry: a guide to training and practice*, Wiley- blackwell, 2012:283-295.
39. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender- specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry*. 1996, 168(3):274-9.
40. Schernhammer ES, Golditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta- analysis). *Am J Psychiatr*. 2004, 161(12):2295-2302.
41. Hawton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. Doctors who killed themselves: a study of the methods used for suicide. *QJM*. 2000, 93(6):351-7.
42. Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergor A. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004, 39(6):502-6.
43. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry*. 1987, 144(12):1561-6.
44. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth- Cozens J, Shore S. Stress in UK care unit doctors. *Br J Anaesth*. 2002, 89(6):873-81.
45. Rosta J. Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol Alcohol*. 2008, 43(2):198-203.
46. McAuliffe WE, Rohman M, Breer P, Wyshak G, Santangelo S, Magnuson E. Alcohol use and abuse in random samples of physicians and medical students. *Am J Public Health*. 1991, 81(2):177-82.

47. Töyry S, Räsänen K, Kujala S, et al. Self- reported health, illness, and self- care among Finnish physicians: a national survey. *Arch Fam Med*. 2000, 9(10):1079-85.
48. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs*, 2005, 5(3):276-87
49. De Martino MM, Misko MD. Emotional states of nurses in professional performance at intensive care units. *Rev Esc Enferm USP*, 2004, 38(2):161-7
50. Smith JW, Denny WF, Witzke DB. *Emotional impairment in internal medicine house staff. Results of a national survey*. *JAMA*, 1986, 255(9):1155-8
51. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002, 136(5):358–367
52. Donchin Y, Seagull FJ. The hostile environment of the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2002, 8(4):316–320
53. Maslach C, Jackson ES, Leiter PM. *Maslach burnout inventory manual*. 3rd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1996
54. Halayem-Dhouib S, Zaghdoudi L, Zremdini R, Maalej I, Béchir MB, Labbène R. *Burnout among mental health professionals: A Tunisian experience*. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2010, 58(6):403-8
55. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. *Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents*. *Acad Psychiatry*. 2008, 32(1):13-9.
56. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London, Oxford University Press, 1972
57. Vieweg BW, and Hedlund JL . The General Health Questionnaire (GHQ): A comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry* 1983; 14(2), 74-81 Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychol Med* 1998, 28(4):915-21
58. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, Garyfallos A. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991, 84:371-378.
59. Willmott SA, Boardman JA, Henshaw CA, Jones PW. Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004, 39:613-7.
60. Moffat KJ, McConnachoe A, Ross S, Morrison JM. First-year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Educ* 2004, 38:482–91.

61. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press, 1970.
62. Liakos A, Giannitsi S. Reliability and validity of the Greek translation of the Spielberger's Anxiety Inventory. *Encefalos* 1984, 21:71–76
63. Royston P (1995) A Remark on Algorithm AS 181: The W-test for Normality. *Journal of the Royal Statistical Society. Series C (Applied Statistics)* 44: 547-551
64. Ghasemi A, Zahediasl S. Normality Tests for Statistical Analysis: A Guide for Non-Statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2012;10(2):486-489. doi:10.5812/ijem.3505.
65. Razali NM, Wah YB. Power comparison of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests *Journal of Statistical Modeling and Analytics* 2011;1:21-33.
66. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon .In: Paine WS, editor. *Job stress and burnout*. Beverly Hills,CA:Sage,1982 pp 29-40
67. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Acad Psychiatry*. 2008, 32(1):13-9.
68. Smith JW, Denny WF, Witzke DB. Emotional impairment in internal medicine house staff. Results of a national survey. *JAMA*, 1986, 255(9):1155-8
69. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002, 136(5):358–367
70. Deckard G, Meterko M.,Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional and organizational relationships. *Medical Care* 1994,32:745-754
71. Thomas NK: Resident burnout. *Jama* 2004, 292:2880-2889
72. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self- reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2012, 135(5):358-67.
73. Yao DC, Wright SM. National survey of internal medicine residency program directors regarding problem residents. *JAMA*. 2000, 284(9):1099-194.
74. Soler JK, Yaman H, Esteva M et all. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008, 25(4):245-65.

75. Msaouel P, Keramaris NC, Tasouis A et al. Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference?. *Hum Resour Health*. 2010, 8:16.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



A. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

A1. Ηλικία

A2. Φύλλο 1. Άνδρας
2. Γυναίκα

A3. Οικογενειακή κατάσταση 1. Έγγαμος/η
2. Άγαμος/η
3. Διαζευγμένος/η
4. Χήρος/α
5. Συμβίωση

A4. Αριθμός τέκνων

A5. Καπνίζετε; 1. Ναι 2. Όχι

Αν ναι πόσα τσιγάρα την ημέρα;

A6. Πίνετε αλκοόλ; 1. Ναι 2. Όχι

Αν ναι πόσο συχνά

B. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

B1. Ειδικότητα

B2. Έτος ειδικότητας

B3. Οικονομική κατάσταση

1. Χαμηλή

2. Μεσαία

3. Υψηλή

B4. Χρόνος αναμονής μέχρι την έναρξη της ειδικότητας

B5. Παίρνετε αναρρωτικές άδειες;

1. Ναι

2. Όχι

Αν ναι πόσο συχνά;

Πόσες ημέρες;

B7. Κάνετε λάθη στη δουλειά σας;

1. Ναι

2. Όχι

B8. Αισθάνεστε τον τελευταίο χρόνο η θέση εργασίας σας να είναι
επισηφαλής; (μη ασφαλής)

1. Ναι

2. Όχι

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY STAI

STAI-Ελληνική έκδοση, μορφή Y-1

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύεται πολλή ώρα για κάθε μία φράση αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε τώρα.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ
1	Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3	Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4	Αισθάνομαι σφιγμένος	1	2	3	4
5	Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6	Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4
7	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες	1	2	3	4
8	Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
9	Αισθάνομαι φοβισμένος	1	2	3	4
10	Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12	Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
13	Τρέμω από νευρικότητα	1	2	3	4
14	Είμαι αναποφάσιτος	1	2	3	4
15	Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16	Αισθάνομαι ευχαριστημένος	1	2	3	4
17	Ανησυχώ	1	2	3	4
18	Είμαι μπερδεμένος	1	2	3	4
19	Αισθάνομαι σταθερότητα	1	2	3	4
20	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY STAI

STAI-Ελληνική έκδοση, μορφή Y-2

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πως αισθάνεστε συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύεται πολλή ώρα για κάθε μία φράση αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε γενικά.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ
21	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
22	Αισθάνομαι νευρικός και ανήσυχος	1	2	3	4
23	Είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου	1	2	3	4
24	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	1	2	3	4
25	Αισθάνομαι αποτυχημένος	1	2	3	4
26	Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
27	Είμαι ήρεμος, ψυχραιμος και συγκεντρωμένος	1	2	3	4
28	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4
29	Ανησυχώ υπερβολικά πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	1	2	3	4
30	Είμαι χαρούμενος	1	2	3	4
31	Κάνω δυσάρεστες σκέψεις	1	2	3	4
32	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
33	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
34	Παίρνω εύκολα αποφάσεις	1	2	3	4
35	Αισθάνομαι ανεπαρκής	1	2	3	4
36	Είμαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
37	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	1	2	3	4
38	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δε μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου	1	2	3	4
39	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
40	Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες & τα ενδιαφέροντα μου	1	2	3	4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

(Maslach Burnout Inventory)

ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥΣ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ						
		0	1	2	3	4	5	6
I. Συναισθηματική εξουθένωση		Ποτέ ποτέ	λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο μηνιαία	Δύο- τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
1	Αισθάνομαι ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου							
2	Αισθάνομαι αδειωμένος/α, σα να μην έχω μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχαλίζω από τη δουλειά							
3	Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά							
4	Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ασθενείς όλη την ημέρα							
5	Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου							
6	Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου							
7	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου							
8	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους							
9	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια ... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι							

ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥΣ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ						
		0	1	2	3	4	5	6
II. Αποπροσωποποίηση		Ποτέ λίγες φορές το χρόνο	Λίγες φορές το μήνα ή λιγότερο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δύο- τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
10	Νιώθω ότι συμπεριφερόμαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου σαν να ήταν αντικείμενα							
11	Νιώθω λιγότερο ευάλωτος/ή προς τους ασθενείς μου από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά							
12	Με προβληματίζει ότι σιγά - σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή							
13	Στην ουσία δεν μ' ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου							
14	Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματα τους							

ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥΣ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ						
		0	1	2	3	4	5	6
III. Έλλειψη Προσωπικών Επιδειγμάτων		Ποτέ φωρές το χρόνο	Λίγες φορές το μήνα ή λιγότερο	Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	Δύο- τρεις φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
15	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν							
16	Διαχειρίζομαι πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου							
17	Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου							
18	Νιώθω γεμάτος/ή δύναμη και ενεργητικότητα							
19	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου							
20	Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δουλεύω στενά με τους ασθενείς μου							
21	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτή τη δουλειά							
22	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου							

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ – 28)

Παρακαλούμε, διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά:

Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις παρακάτω ερωτήσεις, υπογραμμίζοντας την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε μόνο, θα θέλαμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας, και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν.

Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ				
A1. Αισθανόσαστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως.	Το ίδιο όπως συνήθως.	Χειρότερα απ' ότι συνήθως.	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως.
A2. Νοιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
A3. Νοιώθατε εξαντλημένος και κακοδιάθετος;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
A4. Είχατε αισθανθεί πως είσαστε άρρωστος;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
A5. Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
A6. Νοιώθατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
A7. Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες; ή εξάψεις;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
B1. Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσασταν ανήσυχος;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.

B2. Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
B3. Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόμαστε συνεχώς σε υπερένταση;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
B4. Είσατε οξύθυμος και αρπαξόσατε εύκολα;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
B5. Νιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
B6. Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές ασχολίες;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
B7. Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
C1. Έχετε καταφέρει να είσατε δραστήριος και πάντα απασχολημένος;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Το ίδιο όπως συνήθως.	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως.
C2. Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	Γρηγορότερα απ' ότι συνήθως.	Το ίδιο όπως συνήθως.	Περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
C3. Αισθανόσαστε πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνατε καλά;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως.	Περίπου το ίδιο.	Χειρότερα απ' ότι συνήθως.	Πολύ χειρότερα.
C4. Είσατε ικανοποιημένος με τον τρόπο που κάνατε τις δουλειές σας;	Περισσότερο ικανοποιημένος.	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως.	Λιγότερο ικανοποιημένος απ' ότι συνήθως.	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος.
C5. Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σ' ότι συμβαίνει γύρω σας;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Το ίδιο όπως συνήθως.	Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως.	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως.
C6. Αισθανόσαστε ικανός να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Το ίδιο όπως συνήθως.	Λιγότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως.

C7.Μπορούσατε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Το ίδιο όπως συνήθως.	Λιγότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως.
D1. Σκεφτόσαστε πως δεν αξίζετε τίποτα;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
D2. Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
D3. Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
D4. Σας πέρασε απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	Σίγουρα όχι.	Δεν νομίζω.	Πέρασε απ' το μυαλό μου.	Σίγουρα το σκέφτηκα.
D5. Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
D6. Πιάνατε τον εαυτό σας να εύχεται να είσατε πεθαμένος και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;	Καθόλου.	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως.	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
D7. Βρίσκατε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωής σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;	Καθόλου.	Δεν νομίζω.	Πέρασε απ' το μυαλό μου.	Σίγουρα ναι.