



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΜΣ «Μεθοδολογία Βιοϊατρικής Έρευνας, Βιοστατιστική και Κλινική Βιοπληροφορική

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕ ΘΕΜΑ:

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ:ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ(BURNOUT) ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
ΣΤΟΥΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥΣ- ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΩΝ.**

**PROTOCOL: BURNOUT AND SATISFACTION IN ANESTHESIOLOGISTS – COMPARATIVE
STUDY OF PSYCHOLOGICAL PROFILE AND PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS OF GREEK
ANESTHESIOLOGISTS**

ΛΑΣΔΑ Γ. ΕΛΕΝΗ

Ιατρός, Αναισθησιολόγος Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Επιμ.Ά ΠΓΝΛάρισας

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δοξάνη Χρυσούλα (doxani@med.uth.gr)

Στεφανίδης Ιωάννης

Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας

Ζιντζαράς Ηλίας

Καθηγητής Βιομετρίας-Βιομαθηματικών

ΛΑΡΙΣΑ2020

Περίληψη: Η αναισθησιολογία είναι μία από τις πιο αγχωτικές και απαιτητικές ιατρικές ειδικότητες. Έχει συγκεκριμένους στρεσογόνους παράγοντες, όπως την ανάγκη να ενεργεί γρήγορα και χωρίς λάθος, την έντονη φύση της δουλειάς, την αντιμετώπιση ασθενών που βρίσκονται σε ζωτικό κίνδυνο και τις πολλές και ακανόνιστες ώρες εργασίας. Αυτή η ευθύνη αυξάνει το εργασιακό άγχος το οποίο, αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες όπως το Burnout.

Όμως η Αναισθησιολογία συνοδεύεται και με πηγές ικανοποίησης, όπως το να λύνει προκλητικά προβλήματα, να ανακουφίζει τον πόνο, ενώ το να λαμβάνει ο αναισθησιολόγος αναγνώριση από την εργασία του, το να έχει καλή σχέση με τους συναδέλφους, τους ασθενείς, και τις οικογένειες των ασθενών είναι σημαντικοί λόγοι του γιατί οι γιατροί αυτής της ειδικότητας αγαπούν τη δουλειά τους.

Αν και όλοι οι αναισθησιολόγοι αντιμετωπίζουν παρόμοιες προκλήσεις –προβλήματα και λαμβάνουν παρόμοια ικανοποίηση μόνο μερικοί από αυτούς αναπτύσσουν διανοητικά προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την εργασία. Είναι πιθανό αυτή η διαφορά να βασίζεται στη διαφορά προσωπικότητας.

Σκοπός: Η μελέτη της Εργασιακής Εξουθένωσης και της επαγγελματικής Ικανοποίησης των Αναισθησιολόγων στην Ελλάδα σε σχέση με τα προφίλ προσωπικότητας, καθώς και την καταγραφή των παραγόντων που συμβάλλουν θετικά ή αρνητικά στις παραπάνω καταστάσεις.

Μεθοδολογία: Το Ερωτηματολόγιο (αποτελούμενο από ενότητες) θα διανεμηθεί σε όλους τους Ιατρούς Αναισθησιολόγους (ειδικευμένους και ειδικευόμενους) σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές της Ελλάδας.

Συμπέρασμα: Απαιτείται μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη βελτίωση της συνολικής κατάστασης καθώς και μέτρα για την πρόληψη του Burnout στους αναισθησιολόγους.

Summary -Introduction: Anesthesiology is one of the most stressful and demanding medical specialties. Anesthetists are exposed to stress, being responsible for the wellbeing of patients, and having to function under changing critical conditions in scheduled and emergency situations. This responsibility increases occupational stress which if not properly managed, can lead to negative psychological consequences such as Burnout.

However, anesthesiology is also accompanied with sources of satisfaction, as solving challenging problems, relieving pain, while receiving recognition for their work, maintaining good relations with their colleagues, the patients and their families are some important reasons showing why the doctors of this specialty love their job.

Although all the anesthesiologists face the similar challenges-problems and receive similar satisfaction, only some of them develop mental health problems, which relate to their job. It is possible that this difference is based on personality differences.

Purpose: The study of Occupational Exhaustion and professional Satisfaction of Anesthesiologists in Greece in relation to personality profiles, as well as the recording of factors that contribute positively or negatively to the above situations.

Methodology: The Questionnaire (consisting of modules) will be distributed to all Anesthesiologists (specialists and trainees) in public hospitals and private clinics in Greece.

Conclusion: A comprehensive approach is required to improve the overall situation as well as measures to prevent burnout in Anesthesiologists

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

A. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ
- 1.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ
- 1.3 ΤΑ 12 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ
- 1.4 ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

- 2.1 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ – ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΣ

3. ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

- 4.1 ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ
- 4.2 ΠΡΩΤΕΥΩΝ ΣΤΟΧΟΣ
- 4.3 ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΕΣ ΣΤΟΧΟΙ

5. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

- 5.1 MBI (Maslach Burnout Inventory)
- 5.2 EPQ (Eysenck Personality Questionnaire)
- 5.3 CAQ (Cardiac Anxiety Questionnaire)
- 5.4 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

- 6.1 Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ
- 6.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

7. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- 7.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ
- 7.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Burnout μελετήθηκε για πρώτη φορά ως ψυχολογικό σύνδρομο στις αρχές της δεκαετίας του 1970 και σήμερα αποτελεί τη «μάστιγα του αιώνα» αφού συνεχίζει να απασχολεί τους ειδικούς ακόμη και στις μέρες μας. Είναι μια κατάσταση που παρατηρείται στους επαγγελματίες και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και συναισθήματα αναποτελεσματικότητας. Ηγέτες στη μελέτη του συνδρόμου είναι ο Αμερικανός ψυχίατρος Herbert Freudenberger (1974) και η κοινωνικός ψυχολόγος Christina Maslach (1976). Οι έρευνές τους ξεκίνησαν από την παρατήρηση ότι μετά από ένα χρονικό διάστημα οι εργαζόμενοι «άδειαζαν» από συναισθήματα και έχαναν τα κίνητρα και την αφοσίωσή τους. Οι μελέτες τους βασίστηκαν σε εργαζόμενους στην υγεία. Τότε, διατυπώθηκαν οι πρώτοι ορισμοί για το σύνδρομο.

Ο Freudenberger (1975), τον ορίζει ως: «μια κατάσταση κόπωσης ή εξουθένωσης που προκαλείται από την αφοσίωση σε μια αιτία, έναν τρόπο ζωής ή μια σχέση που αποτυγχάνει να αποδώσει μία αναμενόμενη επιβράβευση. Το σύνδρομο συνδέεται άμεσα με το βαθμό αφοσίωσης που έχει το άτομο στο αντικείμενο του και τη ματαίωση που βιώνει από τη μη επίτευξη των στόχων του. Η έλλειψη της ποικιλίας και η μη επαρκής ανατροφοδότηση που συχνά αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι συνεισφέρουν στην εμφάνιση και ανάπτυξη του συνδρόμου».

Ο πιο διαδεδομένος ορισμός είναι της ψυχολόγου Maslach (1982), της οποίας το όνομα έχει συνδεθεί με το σύνδρομο burnout: «Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής και της συναισθηματικής εξάντλησης, όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς».

Ωστόσο και ο όρος «σβησμένο σπύρτο» χρησιμοποιήθηκε πολλές φορές και από τον Pines (1993) προκειμένου να χαρακτηριστεί το άτομο που έχει καταβληθεί από την επαγγελματική εξουθένωση. Και αυτό διότι, το άτομο αυτό, είναι εξουθενωμένο από όλες τις όψεις της προσωπικής και κοινωνικής του ύπαρξης. Είναι συναισθηματικά και σωματικά εξαντλημένο και δεν μπορεί πλέον να λειτουργήσει 'φυσιολογικά' και να αποδώσει σε κανέναν τομέα.

Σύμφωνα με μία συστηματική έρευνα του 2018 (*Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review* Lisa S Rotenstein , Matthew Torre), από 182 μελέτες που αξιολογήθηκαν φάνηκε ότι χρησιμοποιήθηκαν τουλάχιστον 142 μοναδικοί ορισμοί για το burnout και τα συνολικά κριτήρια του, υποδεικνύοντας ουσιαστική διαφωνία στη βιβλιογραφία.

1.1 Ιστορική αναδρομή

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger για την περιγραφή των συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους. (Freudenberger, 1974) Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση όλων των προσωπικών και

ψυχικών αποθεμάτων του, στην προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες, που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα.

Σύμφωνα με τους Maslach και Jackson (1986), πρόκειται για σύνδρομο που αποτελείται από τρεις επιμέρους διαστάσεις. α) Συναισθηματική εξάντληση, που εκδηλώνεται με μια αρνητική αποστασιοποίηση από τους άλλους και την εργασία, β) την αποπροσωποποίηση του άλλου αλλά και του εαυτού και γ) το αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, δηλαδή την πτώση της ικανότητας και παραγωγικότητας στη δουλειά. Αυτό οδηγεί το άτομο να έχει την αίσθηση της αποτυχίας δημιουργώντας δυσχέρειες και επιπτώσεις σε τομείς της καθημερινότητας του, όπως είναι η εργασία, η οικογένεια, η σωματική και ψυχική ευεξία (Maslach και Jackson, 1986).

Κατά τη δεκαετία του 1980 η μελέτη του συνδρόμου έγινε πιο συστηματική και πιο εμπειρική. Δημιουργήθηκαν και διαδόθηκαν κλίμακες μέτρησης για την αξιολόγηση του βαθμού εξουθένωσης των ατόμων με επαγγελματική κόπωση, με κυρίαρχη αυτή της Maslach, όπου σύμφωνα με την ίδια, η μετάφραση του όρου burn out είναι «αναλώνομαι εκ των ένδον μέχρι το σημείο της απανθράκωσης», δηλαδή ο εργαζόμενος χάνει σταδιακά το ενδιαφέρον του και τα θετικά συναισθήματα που είχε για το αντικείμενο της εργασίας του, δεν αισθάνεται πλέον ικανοποιημένος από την απόδοση και την δουλειά του και αρχίζει να αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. (Maslach και Jackson, 1986).

Επίσης, στην ανάπτυξη των ερευνών για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης συνέβαλε ο κλάδος της βιομηχανικής ψυχολογίας που θεώρησε ότι το σύνδρομο αντιπροσωπεύει το εργασιακό στρες που σχετίζεται με την ικανοποίηση, την αφοσίωση στην εργασία και τις απογοητεύσεις που πηγάζουν από τις εργασιακές και διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, αλλά και τις γενικότερες συνθήκες εργασίας (Pines, 1993).

Στην δεκαετία του 1990, προστέθηκαν και άλλες κατευθύνσεις σχετικά με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Η έννοια του συνδρόμου διευρύνθηκε και άρχισε να αφορά και σε άλλα επαγγέλματα (στρατιωτικούς, διοικητές, ιερείς, κτλ). Τα εργαλεία μέτρησής του εξελίχθηκαν μεθοδολογικά και στατιστικά και ξεκίνησαν μελέτες με στόχο την διερεύνηση των μακροπρόθεσμων συνεπειών του εργασιακού στρες, ώστε να καταγράψουν την αποτελεσματικότητα των μεθόδων καταπολέμησής του.

Από τον Ιανουάριο του 2022 θα αποτελεί και επίσημα μια ιατρική κατάσταση με σοβαρές επιπτώσεις σε αυτούς που τη βιώνουν αφού η Γενική Συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ενέκρινε πρόσφατα τη νέα αναβαθμισμένη κατάταξη νοσημάτων International Classification of Diseases (ICD-11). Είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιούν οι ειδικοί σε όλον τον κόσμο, που πλέον περιλαμβάνει μια νέα διάγνωση, αυτή του ευρέως γνωστού Burnout - Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

1.2 Κλινικά συμπτώματα του Burnout:

Αυτά είναι μη ειδικά και περιλαμβάνουν κόπωση, πονοκεφάλους, προβλήματα στο φαγητό, αϋπνία, ευερεθιστότητα, συναισθηματική αστάθεια και άκαμπτες διαπροσωπικές σχέσεις. Μπορεί να υπάρχουν όλα, ή μερικά και εμφανίζονται συνήθως με συγκεκριμένη σειρά.

1.3 Τα 12 στάδια του Burnout. *Stated by Freudenberger and North (Kraft 2006, 31)*

1. Εξαναγκασμός αποδοχής - Το πρώτο στάδιο χαρακτηρίζεται ως μια κατάσταση στην οποία η φιλοδοξία παίζει τον κύριο ρόλο. Οι άνθρωποι όχι μόνο πρέπει να αποδείξουν στον εαυτό τους ότι κάνουν εξαιρετική δουλειά, αλλά πρέπει επίσης να το αποδείξουν και στους συναδέλφους τους. Τελικά, η ανάγκη αποδείξεως μετατρέπεται σε αποφασιστικότητα και καταναγκασμό με συναισθήματα δυστυχίας.

2. Σκληρή Δουλειά - Υψηλές προσωπικές προσδοκίες, ανάληψη περισσότερης δουλειάς και εμμονή με τον χειρισμό όλων των καταστάσεων χωρίς βοήθεια, κάτι που με τη σειρά του αποδεικνύει την αντίληψή τους ότι είναι αναντικατάστατοι.

3. Παραμέληση των αναγκών - Εργασία όλη την ημέρα παραμελώντας βασικές ανάγκες, όπως ο ύπνος ή το φαγητό. Έλλειψη επιθυμίας για διατήρηση σχέσεων με άλλα άτομα, ειδικά με μέλη της οικογένειας, συναδέλφους και φίλους.

4. Μετατόπιση συγκρούσεων - Οι άνθρωποι γνωρίζουν το γεγονός ότι κάτι είναι λάθος, αλλά δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τι είναι. Επιπλέον, δεν μπορούν να δουν τις αιτίες του άγχους και της δυσφορίας στη ζωή τους. Τα πρώτα φυσικά συμπτώματα του συνδρόμου εξουθένωσης εμφανίζονται σε αυτό το στάδιο.

5. Αναθεώρηση των αξιών - Μόλις απορριφθούν οι βασικές ανάγκες και οι σχέσεις, πρέπει να δηλωθούν άλλες αξίες, και αυτές συνδέονται μόνο με την εργασία. Η εκτίμηση γίνεται μόνο σύμφωνα με τα επιτεύγματά τους στο επάγγελμα, επομένως εξαντλούνται συναισθηματικά.

6. Άρνηση βασικών προβλημάτων - Οι άνθρωποι γίνονται πιο επιθετικοί και κυνικοί στην εργασία τους και αντιλαμβάνονται τους συναδέλφους τους ως ηλίθιους, τεμπέληδες ή απείθαρχους. Όμως, χειρότερος εχθρός τους είναι ο εαυτός τους. Ωστόσο, αποδίδουν τα αυξανόμενα προβλήματα στην πίεση του χρόνου και στην ποσότητα εργασίας.

7. Απόσυρση - Η μείωση των κοινωνικών επαφών και η απομόνωση είναι τα τυπικά χαρακτηριστικά στην κατάσταση της απόσυρσης στην εξάντληση. Οι άνθρωποι αισθάνονται απελπισμένοι και συμβαδίζουν με την κατάχρηση ναρκωτικών και άλλους εθισμούς.

8. Προφανείς αλλαγές συμπεριφοράς - Οι άνθρωποι, κυρίως στην οικογένεια και συχνά στον εργασιακό χώρο, μπορούν να δουν αλλαγές στη συμπεριφορά του συναδέλφου, του συζύγου, του πατέρα τους, ενώ το θύμα της εξάντλησης μπορεί να τα παραλείψει εντελώς και να γίνει ξαφνικά απαθής, φοβισμένος, ντροπαλός και άχρηστος.

9. Αποπροσωποποίηση - Όχι μόνο χάνεται η επαφή με άλλους, αλλά σε αυτό το στάδιο το άτομο χάνει την επαφή με τον εαυτό του. Αντιλαμβάνεται τη ζωή ως μια διαδικασία μηχανικών λειτουργιών και δεν θεωρεί τον εαυτό του πολύτιμο μέλος της ανθρώπινης κοινωνίας.

10. Εσωτερικό κενό - Το εσωτερικό κενό αυξάνεται ασταμάτητα. Για να ξεπεραστεί αυτό το συναίσθημα, γίνεται αναζήτηση κάποιας δραστηριότητας. Υπερβολικές αντιδράσεις όπως υπερβολική σεξουαλικότητα, υπερκατανάλωση τροφής και χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ

εμφανίζονται. Ο ελεύθερος χρόνος είναι για αυτούς νεκρός και επομένως δεν του δίνουν σημασία.

11. Κατάθλιψη - Σύμφωνα με το όνομα αυτού του σταδίου, είναι προφανές η σχέση του με την κατάθλιψη. Οι άνθρωποι γίνονται εξαντλημένοι, λυπημένοι, χωρίς ελπίδες για το μέλλον και αδιάφοροι. Συνήθως η ζωή δεν έχει νόημα γι' αυτούς.

12. Σύνδρομο Burnout - Όλα τα στάδια που αναφέρθηκαν προηγουμένως οδηγούν ασταμάτητα σε κατάσταση εξάντλησης, η οποία συνοδεύεται από αυτοκτονικές σκέψεις ως αποτέλεσμα της διαφυγής της κατάστασης. Μερικοί πραγματικά τους πραγματοποιούν. Τελικά, υποφέρουν από πλήρη πνευματική και σωματική κατάρρευση. Οι ασθενείς σε αυτήν τη φάση χρειάζονται άμεση ιατρική βοήθεια.

1.4 Αίτια εμφάνισης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Όσων αφορά συγκεκριμένα την Αναισθησιολογία έχουν βρεθεί διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών αυτής της ειδικότητας. Αυτοί περιλαμβάνουν:

Έλλειψη ύπνου: Η φυσιολογική ομοιόσταση απαιτεί επαρκή ποσότητα ύπνου. Ο ανεπαρκής ύπνος μπορεί να οδηγήσει σε υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και μειωμένη απόδοση που μπορεί να έχουν οι αναισθησιολόγοι εκτελώντας καθήκοντα με βάρδιες, με ακανόνιστες ώρες εργασίας και ακανόνιστα πρότυπα ύπνου. Η συσσωρευμένη απώλεια ύπνου μπορεί να μειώσει την ικανότητα του ατόμου να εκτελεί συνεχή εργασία. Μπορεί να προκαλέσει μειωμένη προσοχή, παρατεταμένους χρόνους αντίδρασης και μειωμένη ικανότητα μνήμης και λήψης αποφάσεων. Αυτό μπορεί να συμβάλει σε μη ασφαλή πρακτική αναισθησίας και να οδηγήσει σε σφάλματα, κρίσιμα περιστατικά και ατυχήματα.

Κόπωση: Ένα αγχωμένο άτομο θα νιώσει κόπωση νωρίτερα από ένα χαλαρό άτομο. Σε διάφορες μελέτες διαπιστώθηκε ότι η κόπωση ήταν σημαντική αιτία σφάλματος στην ιατρική κρίση. Ένας αναισθησιολόγος με κόπωση δεν μπορεί να διατηρήσει τα πρότυπα απόδοσης για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Μία μελέτη ανέφερε αυξημένη συχνότητα ακούσιας παρακέντησης κατά τη διάρκεια επισκληρίδιας αναισθησίας μεταξύ των ωρών 12 (μεσάνυχτα) και 6. Στην αναφορά κρίσιμων περιστατικών σε μία Αυστραλιανή Μελέτη Παρακολούθησης Περιστατικών από το 1987 έως το 1997, η κόπωση καταγράφηκε ως συμβάλλοντας παράγοντας σε 152 αναφορές συμβάντων (3%). Επιπρόσθετα, τα αντιφατικά προγράμματα αλλαγής βάρδιας και οι πολλές ώρες εργασίας χωρίς επαρκή διαστήματα ανάπαυσης είναι γνωστό ότι αυξάνουν τη συχνότητα εμφάνισης αναισθησιολογικών ατυχημάτων.

Άγχος: Κάποιο άγχος μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της παραγωγικότητας σε μερικούς ανθρώπους. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι το υπερβολικό άγχος επηρεάζει τόσο τις τεχνικές όσο και τις μη τεχνικές δεξιότητες στην απόδοση της αναισθησίας. Η μείωση του στρες φαίνεται έτσι να είναι ο κατάλληλος στόχος. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μειώνοντας:

1) το φυσικό στρες, λόγω περιορισμένου χώρου ή ακραίων θερμοκρασιών

2)το ψυχολογικό άγχος, λόγω των απαιτήσεων καλών σχέσεων με τους χειρουργούς συναδέλφους, τη πρόβλεψη τεχνικών δυσκολιών όπως δύσκολη διασωλήνωση, την εργασία εκτός χώρου με διαφορετικές ομάδες και εξοπλισμό ή τους φόβους επιπλοκών και θανάτου ασθενών.

3)το ψυχικό άγχος, στην αντιμετώπιση δύσκολων ασθενών, σύνθετων ιατρικών παθήσεων και αίσθηση αδυναμίας ενημέρωσης για τις θεωρητικές γνώσεις και τις νέες τεχνολογίες.

4)το φυσιολογικό στρες, που είναι δευτερογενές από τη σωματική ασθένεια, με αποτέλεσμα το σώμα να χρησιμοποιεί περισσότερη ενέργεια για την καταπολέμηση της ασθένειας και, συνεπώς, λιγότερη ενέργεια να είναι διαθέσιμη για την εκτέλεση ζωτικών εργασιών. Τα ανεπαρκή γεύματα οδηγούν επίσης σε έλλειψη ενέργειας, προκαλώντας συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, τρόμο και έλλειψη ύπνου.

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Για πολλούς ιατρούς, η επιλογή της Ιατρικής αντιπροσωπεύει μια επιτυχημένη καριέρα και για κάποιους άλλους ένα αλτρουιστικό ταξίδι. Όπως και να έχει όμως η επιλογή της εργασίας είναι ένα σημείο αναφοράς στην ζωή του κάθε ανθρώπου. Οι περισσότερες έρευνες για το θέμα επικεντρώνονται στις περιβαλλοντικές συσχετίσεις ή «stressors» που είναι τελικά η αιτία του εργασιακού στρες και της εξάντλησης. Πολλοί ψυχολόγοι προσπάθησαν να εξηγήσουν τις επαγγελματικές επιλογές με βάση τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Μια ενημερωτική περιγραφή είναι αυτή των Larsen και Buss: «Η προσωπικότητα είναι το σύνολο των ψυχολογικών χαρακτηριστικών και μηχανισμών μέσα στο άτομο που είναι οργανωμένα και σχετικά ανθεκτικά, και που επηρεάζουν τις αλληλεπιδράσεις του με προσαρμογές στο ενδοψυχικό, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον».

Πρώτον, η προσωπικότητα ενός ατόμου επηρεάζεται από στρεσογόνους παράγοντες που μπορεί να αναζητήσει. Μερικοί άνθρωποι θα επιλέξουν μόνοι τους τα επαγγέλματα όπως η αναισθησιολογία, που πιθανότατα θα τους φέρει αντιμέτωπους με αγχωτικές καταστάσεις. Έχει υποστηριχθεί ότι ορισμένες προσωπικότητες θα προσελκύονται σε ορισμένες ειδικότητες. Πράγματι, υπάρχουν διαφορές στην προσωπικότητα σε πέντε ιατρικές ειδικότητες, μία εκ των οποίων είναι η αναισθησιολογία.

Δεύτερον, η προσωπικότητα αναμένεται να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο κάποιος βιώνει το άγχος. Το μοντέλο συναλλαγών του στρες, που αναπτύχθηκε από τους Lazarus και Folkman το 1984, δίνει έμφαση στην ενεργό ψυχολογική αλληλεπίδραση μεταξύ του στρες και του ατόμου. Κατά τη διάρκεια της αρχικής εκτίμησης, με βάση τις αντιληπτές απαιτήσεις, ένα άτομο προσδιορίζει εάν ο στρεσογόνος παράγοντας είναι μια απειλή, μια ουδέτερη ή μια θετική πρόκληση. Μια cross-sectional survey σε ένα μεγάλο δείγμα αναισθησιολόγων βρήκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προσωπικότητας και του τρόπου αξιολόγησης των στεσογόνων παραγόντων στην εργασία. Άτομα με την τάση να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα και να έχουν χαμηλή κοινωνική δέσμευση εκτιμούν το εργασιακό άγχος ως πιο σημαντικό από τα άτομα χωρίς αυτήν την τάση.

Τρίτον, η προσωπικότητα μπορεί να επηρεάσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης που εφαρμόζονται για τη διαχείριση του άγχους. Σύμφωνα με το μοντέλο συναλλαγής του άγχους, κατά τη δευτερογενή αξιολόγηση, το άτομο επιλέγει εάν οι πόροι του είναι επαρκείς για να αντιμετωπίσουν τις αντιληπτές απαιτήσεις. Η βιβλιογραφία προτείνει μια σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των στρατηγικών αντιμετώπισης που μετριάζουν την ανάπτυξη του στρες σε burnout. Όταν τα άτομα έχουν χαρακτηριστικά προσωπικότητας που τα καθιστούν ανθεκτικά και εξοπλισμένα με επαρκείς πόρους για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων που σχετίζονται με την εργασία, είναι απίθανο να εκδηλώσουν συμπτώματα εξάντλησης. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι δεν παρουσιάζουν όλοι οι αναισθησιολόγοι από τον ίδιο χώρο εργασίας συμπτώματα άγχους και επαγγελματικής εξάντλησης.

Οι Bordin (1963) και Segal (1961), αναφέρονται στο ότι, η επιλογή επαγγέλματος είναι επιβεβαίωση του τύπου της προσωπικότητας του ατόμου. Για τους δυο αυτούς θεωρητικούς, η επαγγελματική επιλογή είναι έκφραση των εσωτερικών παρορμήσεων. Τη σημασία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην επαγγελματική προτίμηση τονίζει και ο Horrocks (1976), αφού θεωρεί ότι, η επαγγελματική συμπεριφορά του ατόμου και η επαγγελματική του προτίμηση βρίσκονται σε άμεση σχέση με τις ανάγκες του. Ο Myers (1985, στο Apostol 1991) συσχέτισε την προσωπικότητα ενός ατόμου με τις εκπαιδευτικές και επαγγελματικές του επιλογές. Υποστήριξε ότι, η διάσταση εκείνη της προσωπικότητας, που σχετίζεται με τη λογική ή συναισθηματική αντιμετώπιση των καταστάσεων, επηρεάζει τα επαγγελματικά ενδιαφέροντα και τις επαγγελματικές επιλογές. Σύμφωνα με αυτόν, τα άτομα που λειτουργούν κυρίως με τη λογική, τείνουν να επιλέγουν επαγγέλματα που σχετίζονται με τα οικονομικά, το εμπόριο, την εκπαίδευση, τη νοσηλευτική, τις πωλήσεις, τα λογιστικά, ενώ τα άτομα που λειτουργούν με τη διαίσθηση, επιλέγουν κυρίως τις τέχνες, την ψυχολογία και τη συμβουλευτική.

3. ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η Ιατρική προϋποθέτει πιεστικές συνθήκες εργασίας και κάθε ειδικότητα έχει τους δικούς της παράγοντες stress. Η Αναισθησιολογία πιθανότατα θα φέρει τους ιατρούς της αντιμετώπους με πολύ αγχωτικές καταστάσεις και ίσως η φύση της ειδικότητας να επιβαρύνει περισσότερο τους Αναισθησιολόγους σε σχέση με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Η συχνότητα εμφάνισης του Burnout φαίνεται να αυξάνεται, και μας κάνει να αναρωτιόμαστε για τα ποσοστά στις μέρες μας.

Έχει υποστηριχθεί ότι ορισμένες προσωπικότητες, προσελκύονται από ορισμένες (συγκεκριμένες) ειδικότητες. Η προσωπικότητα αναμένεται να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν το άγχος και μπορεί να επηρεάσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης που εφαρμόζονται για τη διαχείρισή του.

Άραγε τί είδους προσωπικότητες επιλέγουν την ειδικότητα της Αναισθησιολογίας; Το ιδανικό θα ήταν να μπορούσε να δοθεί προσοχή στην επιλογή ατόμων με χαρακτηριστικά

προσωπικότητας που τα καθιστούν κατάλληλα για να χειριστούν το άγχος της εργασίας. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για τον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που βοηθούν στην πρόβλεψη της αξιολόγησης και της ανθεκτικότητας στο εργασιακό άγχος της αναισθησιολογίας, βελτιώνοντας έτσι την απόδοση και μειώνοντας τον κίνδυνο εργασιακής εξουθένωσης.

4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τον Φεβρουάριο του 2003, το European Forum of Medical Associations και ο Οργανισμός Παγκόσμιας Υγείας εξέδωσε δηλώσεις σχετικά με το σύνδρομο Burnout μεταξύ ιατρών. Η Δήλωση εξέφραζε σοβαρή ανησυχία για τα επίπεδα εξάντλησης και κάλεσε όλες τις εθνικές ιατρικές ενώσεις να δώσουν προσοχή στο πρόβλημα αφού οι αρνητικές συνέπειές του δεν αφορούσαν μόνο τους γιατρούς και τους ασθενείς αλλά και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η απουσία ερευνητικών δεδομένων τόσο από τον Διεθνή όσο και από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία να αφορούν στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των αναισθησιολόγων και τη διασύνδεσή τους με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των Ειδικευόμενων Αναισθησιολόγων και Ειδικευμένων Αναισθησιολόγων αλλά και τη σχέση τους τόσο με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές όσο και με ψυχολογικές-οικογενειακές παραμέτρους έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης. Ως εκ τούτου, γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η μελέτη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Εργασιακής Ικανοποίησης των Αναισθησιολόγων στην Ελλάδα σε σχέση με τα προφίλ προσωπικότητας, καθώς και την καταγραφή των παραγόντων που συμβάλλουν θετικά ή αρνητικά στις παραπάνω καταστάσεις. Πιο συγκεκριμένα πρωτεύων στόχος είναι η:

- Μέτρηση επιπέδου Burnout αναισθησιολόγων στην Ελλάδα.

Δευτερεύοντες στόχοι είναι:

- Συσχέτιση του Burnout με δημογραφικούς, κοινωνικούς παράγοντες
- Σύγκριση της ομάδας των ειδικευόμενων Αναισθησιολογίας και της ομάδας των ειδικευμένων Αναισθησιολογίας ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.
- Επισήμανση επιπρόσθετων συμπτωμάτων που αποτελούν ενδείξεις της εμφάνισης του συνδρόμου.
- Επισήμανση προτάσεων τέτοιων ώστε να βοηθήσουν ουσιαστικά στην υποστήριξη και αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των δυσκολιών που απορρέουν από την άσκηση της εργασίας.
- Να καταγραφεί και να ανευρεθεί το ψυχολογικό προφίλ των Ελλήνων Αναισθησιολόγων

5.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Τα Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν στη μελέτη είναι τα ακόλουθα:

5.1 -Maslach Burnout Inventory- MBI (Maslach& Jackson,1986)

Για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο «Απογραφικός Κατάλογος Επαγγελματικής Εξουθένωσης» (MaslachBurnoutInventory – MBI, Maslach&Jackson, 1986), σταθμισμένο από τους Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., &Μonos, D. (1994). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 προτάσεις και μετράει τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αναφέρθηκαν στο μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach: 1)Συναισθηματική Εξάντληση2)Αποπροσωποποίηση3)Έλλειψη Προσωπικής Εκπλήρωσης - Προσωπικών Επιτευγμάτων.

Πρόκειται για το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο, εργαλείο διεθνώς για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ αρχικά αφορούσε σε επαγγέλματα που συνεπάγονται άμεση επαφή με ανθρώπους, αργότερα με τροποποιημένες εκδόσεις χρησιμοποιήθηκε σε περισσότερα εργασιακά περιβάλλοντα (Maslach, 2001). Χρησιμοποιεί μια κλίμακα 7 διαβαθμίσεων σχετικά με τις απαντήσεις (0=ποτέ, 6=κάθε μέρα) και η αξιολόγηση των συμπερασμάτων γίνεται με τη βοήθεια του καταλόγου επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI), που περιέχει τρεις υποκλίμακες. Με τον τρόπο αυτό αξιολογούνται οι διαφορετικές πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει το προσωπικό. Ο κατάλογος αυτός θεωρείται ότι είναι αξιόπιστος, έγκυρος, και εύκολος στη χρησιμοποίηση.

5.2 -EPQ (Eysenck Personality Questionnaire)

Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) (Eysenck 1975). The Eysenck personality questionnaire consists of 84 entries evaluated by the patient with a yes or no answer. The purpose of this questionnaire is to explore four dimensions of personality: psychoticism (P), neuroticism (N) extraversion (E) and lying (L). The scales N and L are of particular clinical interest. The N scale is the best studied and is associated with a clinical diagnosis of neurosis or oral personalities according to psychoanalytic terminology. The E scale corresponds roughly to histrionic personalities. The P scale corresponds to obsessive-compulsive personalities and is unrelated to psychosis. The L scale was introduced later in an attempt to measure the extent which subjects were deliberately attempting to control their scores (Dimitriou 1986).

2.2.10 Τεστ προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire)

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

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

Οι όροι νευρωτισμός και ψυχωτισμός ομοιάζουν με ψυχιατρικούς, οι Eysenck H. και Eysenck S. (1975) όμως τόνιζαν ότι “ασχολούνται αποκλειστικά με φυσιολογικές μορφές συμπεριφοράς, με μεταβλητές της προσωπικότητας που χαρακτηρίζουν μορφές συμπεριφοράς. Μόνο σε ακραίες περιπτώσεις οι μορφές αυτές γίνονται παθολογικές”.

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

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

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

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

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

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

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

Eysenck H.J., Eysenck S.B.G. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (FPQ). Hodder and Stoughton Educational. London, UK: 1975.

Dimitriou E. EPQ Personality Questionnaire. Greek Validation in the Greek Population. Engefalos. 1986;23:41–54.

Δημητρίου, Ε. (1986). Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας (EPQ) (Eysenck Personality Questionnaire): Στάθμιση στον Ελληνικό Πληθυσμό, ενήλικο και παιδικό. Εγκέφαλος 23, 41-54.

5.3 -CAQ -Cardiac Anxiety Questionnaire.

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) η οποία, αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2003). Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson et al., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο του Reiss (1986), για το φόβο του άγχους και της υπερευαίσθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss, 1986). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) ως "πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις). Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompson et al., 2000; Zvolensky et al., 2003). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson et al., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Ο δείκτης Cronbach's alpha του CAQ, για την ελληνική πραγματικότητα στο δείγμα μας είναι 0,825.

5.4 - Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος θα δοθεί ερωτηματολόγιο το οποίο θα περιλαμβάνει ερωτήσεις Κοινωνικοδημογραφικού χαρακτήρα:

ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος- άγαμος), αρ. τέκνων, βαθμίδα, χρόνια εργασίας, ώρες εργασίας /εβδομάδα, είδος νοσοκομείου, κάπνισμα-ποτό-καφές, ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου και αυτοάνοσου νοσήματος.

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που θα χρησιμοποιηθούν στην έρευνα θα επαληθευτεί με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

6.1 Ο αριθμός και τα χαρακτηριστικά της μελέτης

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί από την Αναισθησιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας αφού περάσει από το επιστημονικό συμβούλιο. Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη είναι οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ειδικευόμενοι και ειδικευμένοι της Αναισθησιολογίας.
2. Να εργάζονται όλοι σε Ελληνικά νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα παίρνει ο ερευνητής με τον επιβλέποντα καθηγητή της παρούσας εργασίας.

Τα άτομα που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας με ειδικό φυλλάδιο. Το κάθε άτομο θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώσει το ίδιο άτομο, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα. Το ερωτηματολόγιο θα διανεμηθεί σε όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας μετά από συνεννόηση με τους οικείους διευθυντές/ συντονιστές κατά τη διάρκεια ενός έτους.

Η ταυτοποίηση των άρθρων πραγματοποιήθηκε μέσω αναζήτησης βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων στο PUBMED, MEDLINE και SCOPUS, από το 1980 έως το 2020. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε την περίοδο από τον Αύγουστο έως τον Σεπτέμβριο 2020. Στη στρατηγική αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: «“burnout”, “burnout syndrome”, “physicians”, “occupational stress”, “occupational burnout”, “anesthesia”, “anaesthesia”, and “psychological profile”»

6.2 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Λαμβάνοντας υπόψη τα ακόλουθα κριτήρια συμπεριλαμβάνονται στην αναζήτηση: μελέτες που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία 40 χρόνια (από 01/01/1980 έως 31/12/2020), άρθρα στα

Αγγλικά ή Ελληνικά που εμπλέκουν ανθρώπους, κλινικές δοκιμές, επιστολές προς τον συντάκτη, σχόλια και συστηματικές ανασκοπήσεις.

Άρθρα που δημοσιεύονται σε άλλες γλώσσες και χωρίς πρόσβαση στο πλήρες κείμενο αποκλείστηκαν. Η επιλογή δημιουργήθηκε με βάση τη συμμόρφωση μεταξύ του θέματος και των στόχων της επισκόπησης της βιβλιογραφίας. Ως εκ τούτου, άρθρα που δεν είχαν σχέση ούτε με το burnout ούτε με ειδικούς στην αναισθησιολογία, εξαιρέθηκαν. Όπως και η επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με άλλες ειδικότητες. Αποκλείστηκαν επίσης τα άρθρα σύγκρισης μεταξύ Αναισθησιολόγων και νοσηλευτών ή άλλων ιατρών, ενώ τα επαναλαμβανόμενα άρθρα αποκλείστηκαν εξετάζοντας τους τίτλους.

7. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Κατόπιν θα γίνει σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες των συμμετεχόντων Αναισθησιολόγων. Για τη σύγκριση των μεταβλητών ως προς το φύλο και την εμπειρία (ειδικός ή ειδικευόμενος ιατρός) θα χρησιμοποιηθεί η δοκιμασία t-test, έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών σύμφωνα με τα tests Kolmogorov-Smirnov και των Shapiro-Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), για πιστοποίηση ότι η υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή.

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί η δοκιμασία χ^2

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

των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10

- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10

- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού. Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων θα χρησιμοποιηθεί ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) αν η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους είναι κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν θα θεωρηθούν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$). Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών θα γίνουν στα προγράμματα Excel και SPSS, ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών θα εφαρμοστούν στο στατιστικό πακέτο SPSS.

7.3 Προσδιορισμός μεγέθους του δείγματος

Η παρούσα μελέτη θα χρησιμοποιήσει σχεδιασμό δειγματοληψίας δύο σταδίων (two-stage cluster freedom survey). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ο επιπολασμός του burnout στους αναισθησιολόγους κυμαίνεται από 10%-50% [1,2]. Επομένως για τον υπολογισμό του δείγματος της μελέτης μας θέσαμε τον επιπολασμό της νόσου σε επίπεδο ατόμων στο 10% [2]. Αντίστοιχα υποθέσαμε ότι ο επιπολασμός σε επίπεδο ιδρυμάτων ήταν 50% [1].

Το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory αποτελεί ένα διεθνώς γνωστό και επικυρωμένο εργαλείο αξιολόγησης του Burnout. Σύμφωνα με πρόσφατες εργασίες η ευαισθησία του ερωτηματολογίου για τη διάγνωση της νόσου είναι 92.2% [3]. Το κόστος για την χρήση του ερωτηματολογίου ανά άτομο και ανά ομάδα, ανέρχεται στα 15 και 200 δολάρια αντίστοιχα [4].

Θέτοντας το επίπεδο εμπιστοσύνης στο 95%, προκύπτει ότι για την συγκεκριμένη μελέτη το δείγμα που απαιτείται για το ελάχιστο κόστος είναι 7 κέντρα και 13 άτομα ανά κέντρο. Το συνολικό δείγμα ανέρχεται στα 91 άτομα. Επιπρόσθετα η συνολική και η ανά κέντρο ευαισθησία υπολογίζεται στο 95.1% και 70%, αντίστοιχα.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αποτελέσματα μιας έρευνας (Maron et al., 2007) καταδεικνύει ότι οι φοιτητές της ιατρικής που αποφάσισαν να ειδικευτούν στην αναισθησιολογία εμφανίζονται να σημειώνουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα αποτελέσματα σε ότι αφορά την ανταγωνιστικότητά τους, την αυτοπειθαρχία, την οργανωτικότητα, την τάξη αλλά και το αίσθημα του καθήκοντος σε σχέση με τους συναδέλφους τους των άλλων ειδικοτήτων.

Μια Νορβηγική έρευνα (Kluger M. T. et al., 1999) συνέκρινε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας 222 ειδικών αναισθησιολόγων, 75 ειδικευόμενων αναισθησιολογίας και 67 ειδικών ιατρών άλλων ειδικοτήτων ενώ τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν και με αυτά της ευρύτερης κοινότητας. Οι ειδικοί αναισθησιολόγοι εμφανίζονται στην εν λόγω έρευνα να είναι περισσότερο συνεργάσιμοι, αποφευκτικοί, εσωστρεφείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ακόμη, εμφανίζονται λιγότερο πρωτοπόροι, επίμονοι και εξαρτημένοι από την επιβράβευση σε σχέση με την κοινότητα. Αλλά σε σχέση με τους υπόλοιπους γιατρούς οι λιγότερο συνεργάσιμοι. Οι ειδικευόμενοι αναισθησιολόγοι εμφανίζονται να δείχνουν μεγαλύτερη διάθεση για καινοτομία και φαίνεται να ενδιαφέρονται περισσότερο για την επιβράβευση από τους ειδικούς αναισθησιολόγους, χαρακτηριστικά τα οποία εμφανίζουν άμεση συσχέτιση με την ηλικία τους. Διαταραχές προσωπικότητας εντοπίστηκαν σε 9% των ειδικών Αναισθησιολόγων, 10% των ειδικευόμενων και 2% των άλλων ιατρών.

Μια άλλη μελέτη για το εργατικό άγχος και την ικανοποίηση σε σχέση με τα προφίλ προσωπικότητας (*European Journal of Anaesthesiology (EJA) 2016; 33: 800–806*) σε ένα δείγμα Ολλανδών αναισθησιολόγων έδειξε ότι ένα δύσκολο περιστατικό θα αγχώσει το 60% ενώ οι προβληματικές σχέσεις ανάμεσα στο προσωπικό το 53%. Οι καλές σχέσεις κυρίως με τους ασθενείς θα προσφέρουν ικανοποίηση στο 50% και το να έχουν να αντιμετωπίσουν οργανωτικά προβλήματα στο νοσοκομείο θα αγχώσει το 57% ενώ η έλλειψη υποστήριξης και εκτίμησης το 51%. Στην ίδια μελέτη βρέθηκαν δύο προφίλ προσωπικότητας : Το πρώτο (n = 215) δείχνει ένα συνδυασμό υψηλού νευρωτισμού, υψηλής ενδοσκόπησης και χαμηλής συμφωνίας. Αυτό σημαίνει ότι αυτό το προφίλ χαρακτηρίζεται από την τάση να βιώνει αρνητικά συναισθήματα, χαμηλή ανοχή στο άγχος, χαμηλή κοινωνική δέσμευση, μειωμένα επίπεδα ενέργειας και μικρή ανησυχία για την ευημερία των άλλων. Θα μπορούσε, επομένως, να χαρακτηριστεί ως το αγχωμένο. (Distressed). Στο δεύτερο προφίλ (n = 440) φαίνεται όλα τα χαρακτηριστικά να βρίσκονται στο φυσιολογικό εύρος, υποδεικνύοντας μια ανθεκτική προσωπικότητα. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στο φύλο, την ηλικία, την εργασιακή εμπειρία και τον τύπο του νοσοκομείου μεταξύ των δύο προφίλ. Βρέθηκε μια σημαντική διαφορά όσον αφορά τη θέση: το ποσοστό των ειδικευομένων είναι μικρότερο στο αγχωμένο προφίλ σε σύγκριση με το ανθεκτικό προφίλ.

Σύμφωνα με άλλη έρευνα σε αναισθησιολόγους (*Ward et al. 1983; Talbott et al., 1987; Alexander et al., 2000*) τα άτομα με αυξημένες τιμές ψυχωτισμού χαρακτηρίζονται ως μοναχικά, ψύχραιμα απρόσωπα, εχθρικά και επιθετικά, αγενή, ασεβή και απειθαρχα ενώ η ουσιοεξάρτηση είναι πολύ πιο συχνή ανάμεσα στους.

Σε μια μελέτη (*Anesth Analg. 2013 Jul;117(1):182-93. doi: 10.1213/ANE.0b013e3182917da9. Epub 2013 May 17.*) σε 1430 ειδικευόμενους Αναισθησιολογίας στην Αμερική για τον επιπολασμό του Burnout και της κατάθλιψης και τη συσχέτιση τους με την τήρηση των προτύπων ασφάλειας και πρακτικής, βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 41% ανήκαν στην κατηγορία υψηλού ρίσκου burnout. Ο κίνδυνος εξουθένωσης ήταν χαμηλότερος στους άνδρες και αυξημένος στους ειδικευόμενους που καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ. Παρατηρήθηκε επίσης υψηλή συχνότητα κινδύνου κατάθλιψης (22%) ενώ η οικογενειακή κατάσταση και η γονική κατάσταση μπορεί να είναι υποκατάστατα για ένα αποτελεσματικό σύστημα οικογενειακής υποστήριξης, το οποίο μπορεί να έχει προστατευτικά αποτελέσματα έναντι διαταραχών της διάθεσης. Στο ερωτηματολόγιο αυτοαναφερόμενου λάθους και ποιότητα φροντίδας ασθενών ήταν ξεκάθαρο ότι οι ειδικευόμενοι που ανήκαν στην κατηγορία υψηλού Burnout και κατάθλιψης κάνανε περισσότερα λάθη χωρίς αλλά και με συνέπιες για τους ασθενείς. Οι ειδικευόμενοι της αναισθησιολογίας είναι το μέλλον της ειδικότητάς μας, επομένως είναι επιτακτική ανάγκη τα μεμονωμένα προγράμματα καθώς και οι κοινότητες της αναισθησιολογίας να αναγνωρίζουν το Burnout ως ένα κοινό πρόβλημα στους εκπαιδευόμενους αναισθησιολογίας και να αναλάβουν άμεση δράση για την αντιμετώπισή του.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Andrews, B. (1998α). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39- 54.
- Gilbert, P. & McGuire M.T. (1998). Shame, Status, and Social Roles; Psychobiology and Evolution. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 99- 125
- Gilbert, P., Allan, S., Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 3, p. 23- 34.
- Liakos, A. (1977). *Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression*. Associate Professorship Thesis. University of Athens. Greece.
- *Occupational stress, burnout and personality in anesthesiologists* *Curr Opin Anesthesiol* 2018, 31:351–356
- *The Prevalence of Burnout and Depression and Their Association with Adherence to Safety and Practice Standards: A Survey of United States Anesthesiology Trainees* *Anesth Analg* 2013;117:182–93
- *Occupational stress and burnout in anaesthesia* *British Journal of Anaesthesia* 2003; 90 (3): 333±7
- *Professional Burnout in Anaesthesia and Critical Care - How to Decrease it* *J Anesth Crit Care Open Access* 2015, 2(3): 00056
- *Work-related stress: A survey of Indian anesthesiologists* *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2017;33:86-91.
- *Stressors in anaesthesiology: development and validation of a new questionnaire* *Eur J Anaesthesiol* 2016; 33:807–815
- *Work stress and satisfaction in relation to personality profiles in a sample of Dutch anaesthesiologists: A questionnaire survey* *European Journal of Anaesthesiology (EJA)* 2016; 33: 800–806
- Morris GP, Morris RW (2000) Anaesthesia and fatigue: an analysis of the first 10 years of the Australian Incident Monitoring Study 1987-1997. *Anaesth Intensive Care* 28(3): 300-304.
- Grau A, Suner R, Garcia MM (2005) Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gac Sanit* 19(6): 463-470.
- Lapa TA, Madeira FM, Viana JS, Pinto-Gouveia J. Burnout syndrome and wellbeing in anesthesiologists: the importance of emotion regulation strategies. *Minerva Anesthesiol* 2017; 83:191–199.
- **Ahlbom, A. & Norell S.** (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Liakos, A. (1977). *Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression*. Associate Professorship Thesis. University of Athens. Greece.
- Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C. (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety* (Vol. 4). Washington: Hemisphere.
- Σταλίκας, Α., Τριλιβας, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Shams T, El-Masry R. Job stress and burnout among Academic Career Anaesthesiologists at an Egyptian University Hospital. *Sultan Qaboos Uni Med J.* 2013;13:287---95.
- Ana Rafaela Campos Sousaa,*, Joana Irene de Barros Mourãoa,bReceived 13 April 2016; accepted 3 April 2018 Available online 24 May 2018
- Montero-Marín J, García-Campayo J. A newer and broader definition of burnout: validation of the “Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)”. *BMC Public Health.* 2010;10: 302.
- T.P. Reith, *Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review*, *Cureus.* 10 (2018). doi:10.7759/cureus.3681.

- F. Sanfilippo, A. Noto, G. Foresta, C. Santonocito, G.J. Palumbo, A. Arcadipane, D.M. Maybauer, M.O. Maybauer, Incidence and factors associated with burnout in anesthesiology: A systematic review, *Biomed Res. Int.* 2017 (2017). doi:10.1155/2017/8648925.
- J.M. Montiel-Company, C. Subirats-Roig, P. Flores-Martí, C. Bellot-Arcís, J.M. Almerich-Silla, Validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey for Estimating Burnout in Dental Students, *J. Dent. Educ.* 80 (2016) 1368–1375. doi:10.1002/j.0022-0337.2016.80.11.tb06222.x.
- Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) for Medical Personnel, *Natl. Acad. Med.* (n.d.). <https://nam.edu/valid-reliable-survey-instruments-measure-burnout-well-work-related-dimensions/> (accessed December 20, 2020).