



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

### **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

*Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout) στους νέους επαγγελματίες υγείας: Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ ειδικευομένων ιατρών χειρουργικών ειδικοτήτων του Ελληνικού και του Βελγικού Συστήματος Υγείας.*

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: Θεοφύλακτος Α. Κυριακίδης**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Αθανάσιος Νικολέντζος

ΙΟΥΝΙΟΣ, 2016

## Ευχαριστίες

Αρχικά, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Θανάση Νικολέντζο για την εμπιστοσύνη και την αμέριστη συμπαράσταση που μου έδειξε καθόλη τη διάρκεια της φοίτησής μου. Υπήρξε πάντοτε δίπλα μου και με καθοδήγησε σε όλες τις δυσκολίες που ανέκυψαν κατά την διάρκεια της ολοκλήρωσης αυτής της εργασίας.

Η μελέτη αυτή δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς τη βοήθεια του κ. Πέτρου Γαλάνη. Ανέλαβε το δύσκολο έργο της στατιστική ανάλυσης ενώ η προθυμία, η ταχύτητα και η διαθεσιμότητά του σε κάθε μου κάλεσμα εκτιμήθηκαν ιδιαίτερα.

Από βάθος καρδιάς, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην οικογένεια και τους φίλους μου για τη στήριξη και την εμπιστοσύνη που δείχνουν σε κάθε μου βήμα όλα αυτά τα χρόνια.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ αξίζει στην Νόνικα, την Ιφιγένεια και τον Βασίλη. Τους αφιερώνω αυτή την προσπάθεια για τη διαχρονική αγάπη τους, την κατανόηση που δείχνουν και για το χρόνο που αν και ήθελα δεν μπορούσα πάντοτε να τους διαθέσω.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη διερεύνησε το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευόμενων ιατρών που ασκούνται σε χειρουργικές ειδικότητες του Ελληνικού και του Βελγικού Συστήματος Υγείας. Επιπλέον, διερευνήθηκαν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και η ικανοποίηση των ειδικευομένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες τόσο των ίδιων όσο των νοσοκομείων στα οποία εργάζονται. Τέλος, διερευνήθηκαν τα βασικότερα προβλήματα που συναντώνται στα δύο συστήματα υγείας και σχετίζονται με τις παρεχόμενες από αυτά υπηρεσίες.

**Μέθοδος:** Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη με 50 ειδικευόμενους από το κάθε σύστημα υγείας και εθελοντική συμμετοχή. Για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο με δύο σκέλη. Το πρώτο σκέλος περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και πληροφορίες σχετικά με τα συστήματα υγείας, ενώ το δεύτερο περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης επαγγελματικής εξουθένωσης Maslach Burnout Inventory.

**Αποτελέσματα:** Τόσο στους Έλληνες όσο και στους Βέλγους ειδικευόμενους παρατηρήθηκαν στοιχεία επαγγελματικής εξουθένωσης. Το 54% των πρώτων και το 50% των δευτέρων βίωσαν μέτρια επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης ( $p=0,7$ ), το 92% και το 80% αντίστοιχα υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης ( $p=0,046$ ) ενώ το 88% των μεν και το 58% των δε ( $p=0,002$ ) χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων ( $p=0,002$ ). Αναφορικά με τις συσχετίσεις, καμία ανεξάρτητη μεταβλητή δεν σχετίζονταν με την συναισθηματική εξάντληση, ενώ βρέθηκε ότι οι ιατροί στην Ελλάδα παρουσίαζαν υψηλότερη εξουθένωση για την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα σε σχέση με τους Βέλγους καθώς και ότι οι γενικοί χειρουργοί ήταν περισσότερο εξουθενωμένοι σε σχέση με τους γυναικολόγους αναφορικά με τα προσωπικά επιτεύγματα. Δηλώσαν ακόμα πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις παροχές των δημόσιων νοσοκομείων σε ποσοστό 46% και οι δύο ομάδες, ενώ από τις παροχές των ίδιων απέναντι στους ασθενείς σε ποσοστά 46% και 52% αντίστοιχα. Τέλος, θεώρησαν ως βασικότερο πρόβλημα στο σύστημα υγείας οι μεν Έλληνες τις μεγάλες λίστες αναμονής για τα εξωτερικά ιατρεία (36%) και τα χειρουργεία

(24%) καθώς και την έλλειψη υλικών (12%), ενώ οι Βέλγοι την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών (60%) και την απουσία συστηματικής παρακολούθησης (8%).

**Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζεται στους ειδικευόμενους και των δύο συστημάτων επηρεάζοντας την εργασιακή τους απόδοση. Κρίνεται σκόπιμη η πρόωγη αναγνώριση του φαινομένου και η ταυτόχρονη θέσπιση μοντέλων πρόληψης των εκλυτικών παραγόντων. Τέλος, είναι αναγκαίες παρεμβάσεις που θα βελτιώσουν τόσο τις εργασιακές συνθήκες όσο και την ποιότητα ζωής των εργαζομένων και κατ' επέκταση τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

**Λέξεις Κλειδιά:** Επαγγελματική εξουθένωση – ειδικευόμενοι ιατροί – χειρουργικές ειδικότητες – συναισθηματική εξάντληση – αποπροσωποποίηση – προσωπικά επιτεύγματα - Ελλάδα - Βέλγιο.

## ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study was to investigate and compare the level of burnout between the residents of surgical specialisations in Greece and Belgium and its correlation to demographic factors. In addition, the secondary outcomes were the residents' satisfaction from the healthcare system and from their own professional performance. Finally, the identification of the main disadvantages of these healthcare systems was observed.

**Method:** An anonymous questionnaire, separated in two parts, was given to 50 volunteer residents from each system. The first part included the demographic characteristics of the populations, as well as information about the healthcare systems and the second part the Maslach Burnout Inventory questionnaire.

**Results:** Elements of burnout were found in both Greek and Belgian residents. In the first group the 54% of the participants was found with medium levels of emotional exhaustion in addition to the 50% in the second ( $p=0.07$ ). Additionally, the 92% and the 80% respectively were found with high levels of depersonalization ( $p=0.046$ ). Finally 88% and 58% from each group were observed with reduced personal accomplishment ( $p=0.002$ ). No correlation was found between the independent variables and the emotional exhaustion. In the contrary a correlation between the country and the levels of depersonalization and personal accomplishment was found, with the Greek residents to present higher levels. Moreover the general surgeons presented higher level of burnout regarding the personal accomplishment compared to the gynecologists. The 46% in both groups described high and very high satisfaction from the services of hospitals and the 46% and 52% respectively from the own services. Finally Greek residents described that the most important disadvantages of the Greek healthcare system were the waiting lists in outpatient clinic (36%) and in the operating theatre (24%) as well as the lack of material (12%). In addition, the Belgian residents defined as main disadvantages of the Belgian healthcare system the management of the emergency cases (60%) and the continuity of care (8%).

**Conclusion:** Burnout was found among residents of both healthcare systems with direct influence in their professional performance. An early investigation of the syndrome is

necessary, as well as measures to avoid its expression have to be taken. Changes are needed in order to improve the quality of life of the medical practitioners and of the healthcare services.

Key words: Burnout – Residents – Surgical Specialties – Emotional Exhaustion – Depersonalization – Personal accomplishment – Greece – Belgium.

## **Κατάλογος Περιεχομένων**

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>9</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....</b>	<b>12</b>
<b>1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ..</b>	<b>12</b>
<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>12</b>
<b>2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ .....</b>	<b>13</b>
2.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach .....	13
2.2 Το μοντέλο των Edelwich και Brodsky .....	14
2.3 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss.....	14
2.4 Το μοντέλο της Pines .....	15
2.5 Επιλογή Θεωρητικού Μοντέλου.....	15
<b>3. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ</b>	<b>16</b>
<b>4. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ .....</b>	<b>16</b>
<b>5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ .....</b>	<b>18</b>
<b>6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ .....</b>	<b>21</b>
<b>2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>23</b>
<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>23</b>
<b>2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ .....</b>	<b>24</b>
<b>3. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....</b>	<b>27</b>
<b>3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΟΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΑΙ ΒΕΛΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>29</b>
<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>29</b>
<b>2. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ.....</b>	<b>30</b>
<b>3. ΒΕΛΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ .....</b>	<b>31</b>
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....</b>	<b>34</b>
<b>1<sup>ο</sup>ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>34</b>
<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>34</b>

2. ΣΚΟΠΟΣ-ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ.....	34
2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ – ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ.....	35
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	36
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	38
<b>2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....</b>	<b>39</b>
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	39
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	39
2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	39
2.2 Χαρακτηριστικά που αφορούν στο σύστημα υγείας.....	40
2.3 Ερωτηματολόγιο εξουθένωσης της Maslach .....	42
<b>2.3.1. Συναισθηματική εξάντληση .....</b>	<b>42</b>
<b>2.3.2. Αποπροσωποποίηση .....</b>	<b>45</b>
<b>2.3.3. Προσωπικά επιτεύγματα .....</b>	<b>48</b>
<b>2.3.4. Επίπεδα Εξουθένωσης .....</b>	<b>51</b>
3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ .....	52
3.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: συναισθηματική εξάντληση.....	52
3.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: αποπροσωποποίηση .....	53
3.3 Εξαρτημένη μεταβλητή: προσωπικά επιτεύγματα .....	54
<b>3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>56</b>
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>62</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>63</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>67</b>



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (professional burnout), αποτελεί μία ψυχοσωματική κατάσταση στην οποία βαθμιαία εισέρχεται ένας αριθμός εργαζομένων κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του πορείας. Παρουσιάζει αυξητικούς ρυθμούς τα τελευταία χρόνια και αφορά σε όλους τους επαγγελματικούς κλάδους. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν σε μία από τις πιο ευάλωτες ομάδες εργαζομένων, για την ανάπτυξη του φαινομένου, καθώς εργάζονται σε ένα περιβάλλον υψηλού στρες αλλά και απαιτήσεων ενώ βρίσκονται αντιμέτωποι και με τον ανθρώπινο πόνο (Jaracz et al., 2005, De Martino and Misko, 2004, Tremolada et al., 2015).

Όπως είναι φυσικό, συγκεντρώνει το ενδιαφέρον μεγάλης μερίδας επιστημόνων σχετικούς με το θέμα. Απασχολεί ιδιαίτερα ψυχιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνιολόγους καθώς οι συνέπειες του φαινομένου επηρεάζουν αρνητικά την ισορροπία του ατόμου επιδρώντας τελικά στην ψυχική του υγεία. Κατά συνέπεια προκαλείται αλλοίωση του δομικού συστατικού της κοινωνίας. Ταυτόχρονα παρατηρούνται δυσμενείς εκδηλώσεις όπως μειωμένη επαγγελματική απόδοση, οικονομική και παραγωγική ύφεση καθώς και αναποτελεσματικές εργασιακές σχέσεις (Yang et al., 2015, Smith et al., 1986).

Πρόκειται δηλαδή για μία πνευματική, ψυχική και συναισθηματική σύγκρουση η οποία παρουσιάζεται ανάμεσα στον εργαζόμενο και στο αντικείμενο της εργασίας του. Ολοένα και πιο ανταγωνιστικός ρυθμός εργασιακής απόδοσης και οι υψηλές πολλές φορές προσδοκίες που θέτονται τόσο από το εργασιακό περιβάλλον όσο και από τον ίδιο τον εργαζόμενο, τον ωθούν, μέσα από την μείωση των εσωτερικών του αμυντικών μηχανισμών, στην εμφάνιση συμπτωμάτων που άπτονται των ψυχικών διαταραχών και του στρες (Maslach et al., 2001).

Ιδιαίτερα τις τελευταίες δύο με τρεις δεκαετίες η παγκόσμια βιβλιογραφία έχει να επιδείξει πλήθος επιστημονικών μελετών που εστιάζουν και προσεγγίζουν το θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το μεγαλύτερο κομμάτι αυτών επικεντρώνεται στους επαγγελματίες υγείας και πιο συγκεκριμένα στους ιατρούς και στους νοσηλευτές οι οποίοι και κυριεύονται ευκολότερα από το φαινόμενο μιας και έρχονται αντιμέτωποι με την ιδιαίτερη σχέση που συνδέει την φροντίδα, την υπευθυνότητα και την ανάληψη της ευθύνης για τρίτους. Η πίεση αυτή που τους ασκείται προκαλεί ορισμένες φορές ακόμα και αρνητικές επιπτώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Δημητροπουλος and Φιλίππου, 2008, Παππά

et al., 2008, Δημητρόπουλος and Φιλίππου, 2008).

Από τα πρώιμα κιάλας στάδια της επαγγελματικής τους πορείας οι δύο αυτές εργασιακές ομάδες παρουσιάζουν έντονα τα στοιχεία του συνδρόμου. Παρατηρούνται έντονα φαινόμενα σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία τους ενώ αναφέρονται και υψηλά ποσοστά αυτοκτονικών τάσεων (Smith et al., 1986, Cushway, 1992, Samuelsson et al., 1997, Martins et al., 2014, Rios Riquez et al., 2008).

Για τους παραπάνω λόγους κρίθηκε ενδιαφέρον και σκόπιμο από την επιστημονική κοινότητα να προσδιοριστούν οι αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου καθώς και οι εκδηλώσεις του. Επιπλέον μελετήθηκε το αν και κατά πόσο επηρεάζει την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας καθώς και την ίδια την υγεία των εργαζομένων σε αυτά (Jackson et al., 1986, Maslach and Leiter, 2008, Griffith et al., 1999, Παππά et al., 2008).

Μολονότι ο αριθμός των μελετών που ασχολήθηκαν και προσπάθησαν να δώσουν απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα είναι μεγάλος, η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν έχει να επιδείξει ικανό αριθμό εργασιών που να επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στους νέους ιατρούς και ειδικότερα στους ειδικευόμενους ώστε να εξαχθούν αξιόπιστα συμπεράσματα. Το δεδομένο αυτό αποτέλεσε και το έναυσμα για τη σύλληψη και την εκπόνηση της παρούσας διατριβής.

Θεωρήθηκε επίσης ενδιαφέρον και πρωτότυπο να υλοποιηθεί μία συγκριτική μελέτη μεταξύ των ειδικευόμενων ιατρών εκείνων των ειδικοτήτων που παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά ιατρικών σφαλμάτων και που στη συγκεκριμένη διατριβή ασκούνται σε δύο διαφορετικής δομής ευρωπαϊκά συστήματα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.

Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διαπιστώσει και να συγκρίνει το βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευόμενων ιατρών χειρουργικών ειδικοτήτων, που υπηρετούν είτε στο Ελληνικό είτε στο Βελγικό Σύστημα Υγείας.

Αναλυτικότερα, στο γενικό μέρος της παρούσας εργασίας θα επιχειρηθεί μία προσέγγιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, δίνοντας όμως έμφαση και διακρίνοντας τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν τους ειδικευόμενους ιατρούς.

Ειδικότερα θα αναλυθούν έννοιες και ορισμοί όπως αυτοί της επαγγελματικής εξουθένωσης, του στρες και της ψυχολογικής πίεσης. Επιπλέον, θα αναλυθούν οι βασικότερες θεωρητικές προσεγγίσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και το προφίλ των

εργαζομένων που βάζονται συχνότερα. Ταυτόχρονα θα εξεταστούν οι αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου και ποιες είναι οι επιπτώσεις τους στον εργασιακό χώρο. Στη συνέχεια, θα ακολουθήσει μία εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών που αφορούν στους ειδικευόμενους ιατρούς και τέλος θα αναλυθούν οι διαφορές που διέπουν τα δύο συστήματα υγείας.

Στο ειδικό μέρος από την άλλη, θα αναλυθεί η σκοπιμότητα και η πρωτοτυπία της διατριβής ενώ θα αναπτυχθεί εκτενώς η μεθοδολογία μαζί με τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν. Τέλος, θα παρουσιαστεί η στατιστική ανάλυση και θα σχολιαστούν τα αποτελέσματα.

Η συγγραφή της παρούσας διατριβής βασίστηκε σε πηγές από την ελληνική και διεθνή, έντυπη και ηλεκτρονική, βιβλιογραφία. Αφορούν στην πλειοψηφία τους δημοσιευμένα άρθρα ιατρικών και νοσηλευτικών περιοδικών καθώς και εκδόσεις βιβλίων που σχετίζονται με τη θεματολογία των υπηρεσιών υγείας.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

#### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης εισήχθη στις αρχές της δεκαετίας του 1970 από τον Freudenberger, πρωτοπόρο στην κλινική έρευνα του φαινομένου. Με τον όρο burnout προσπάθησε να περιγράψει τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ο ορισμός του όμως, επεκτάθηκε γρήγορα, σχεδόν σε όλους τους εργασιακούς χώρους όπου δημιουργούνται σχέσεις εξάρτησης μεταξύ των επαγγελματιών και των ατόμων που έχουν την ανάγκη τους.

Μέχρι και σήμερα δεν έχει προκύψει ένας ορισμός που να είναι απόλυτα αποδεκτός από όλους τους επιστήμονες του χώρου. Εκείνος όμως που συγκεντρώνει τις περισσότερες θετικές κριτικές αποτυπώθηκε από την ψυχολόγο Christine Maslach. Σύμφωνα με τη Maslach, η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως μία σωματική και ψυχική εξάντληση του επαγγελματία υγείας, με ταυτόχρονη απώλεια του ενδιαφέροντός του και των θετικών συναισθημάτων του απέναντι στους ασθενείς. Επιπλέον ο εργαζόμενος παρουσιάζει έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία και καταβάλλεται από αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται συνήθως, σε μία μερίδα εργαζόμενων έπειτα από επανειλημμένες αποτυχίες στην αντιμετώπιση των αγχογόνων συνθηκών που επικρατούν στο εργασιακό τους περιβάλλον (Maslach, 1982).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση διαφοροποιείται ως έννοια από το εργασιακό στρες καθώς είναι μεν συναφείς διαδικασίες αλλά όχι ταυτόσημες. Πιο συγκεκριμένα το εργασιακό στρες παρουσιάζεται όταν οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες που προκύπτουν από την εργασία είναι υψηλές και υπερβαίνουν τη δυνατότητα του ατόμου να τις εκπληρώσει (Lazarus and Folkman, 1984).

Στην επαγγελματική εξουθένωση πάλι, η προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου διαταράσσεται από την μακροχρόνια έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στις απαιτήσεις και στις πηγές. Δηλαδή, πρόκειται για το επονομαζόμενο χρόνιο επαγγελματικό στρες (Brill, 1984). Κατά συνέπεια εμφανίζεται κυρίως σε νέους που ξεκινούν τον επαγγελματικό τους βίο με ενθουσιασμό, υψηλούς στόχους και προσδοκίες (Pines, 1993)

## 2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Πολλά θεωρητικά μοντέλα προτάθηκαν ώστε να περιγράψουν και να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και όλα έχουν ως βάση την παρουσία μίας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Vachon, 1987). Τα σημαντικότερα από αυτά τα μοντέλα είναι: των τριών διαστάσεων της Maslach (Maslach, 1982), των Edelwich και Brodsky (Edelwich and Brodsky, 1980), το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (Cherniss, 1980), και το μοντέλο της Pines και του Aronson (Pines and Aronson, 1988).

### 2.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach

Σύμφωνα με τη Maslach, τρεις είναι οι βασικές αλληλένδετες αλλά ταυτόχρονα και διακριτές διαστάσεις οι οποίες αντικατοπτρίζουν και τις διαφορετικές πτυχές των συμπτωμάτων της εργασιακής εξουθένωσης. Η πρώτη διάσταση, δηλαδή η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται σε αισθήματα τόσο ψυχικής όσο και σωματικής κόπωσης καθώς και στην έλλειψη ενέργειας και διάθεσης. Παρουσιάζεται ως ανικανότητα προσφοράς, απουσία ενέργειας και ανανεώσιμων πηγών καθώς και ύπαρξη ανεκπλήρωτων προσδοκιών. Στη συνέχεια, και σαν αποτέλεσμα της παραπάνω κατάστασης οδηγούμαστε στη δεύτερη διάσταση του μοντέλου την αποπροσωποποίηση. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από την αποστασιοποίηση, την απομάκρυνση και την αποξένωση του ιατρού από τον ασθενή του καθώς και από τη δημιουργία κυνικών ή ακόμα και επιθετικών τάσεων προς αυτούς. Η τρίτη διάσταση αναφέρεται στην έλλειψη προσωπικής επίτευξης και περιγράφει την αίσθηση που βιώνει ο εργαζόμενος ότι δεν είναι ικανός να προσφέρει στον εργασιακό του χώρο οδηγώντας τον σε προβλήματα εργασιακής απόδοσης. Οι απαιτητικές και ταυτόχρονα αντίξοες συνθήκες εργασίας μαζί με την μακροχρόνια και συνεχή πίεση που υφίσταται ο επαγγελματίας υγείας, έχουν ως αποτέλεσμα αρχικά να οδηγείται σε υπερκόπωση και στη συνέχεια στην εξάντληση και στην εξουθένωσή του (Leiter and Maslach, 2005).

## 2.2 Το μοντέλο των Edelwich και Brodsky

Στο συγκεκριμένο μοντέλο έχουν περιγραφεί τέσσερα στάδια τα οποία διανύει ο εργαζόμενος από την αρχή της επαγγελματικής του πορείας. Πιο αναλυτικά, ο εργαζόμενος ξεκινάει τον επαγγελματικό του στίβο από το στάδιο του ενθουσιασμού. Θέτει υψηλούς στόχους και προσδοκίες που πολλές φορές δεν είναι πραγματοποιήσιμοι. Επιπλέον, επενδύει τόσο στην εργασία του όσο και στις σχέσεις που αναπτύσσει μέσα από το εργασιακό του περιβάλλον. Διαπιστώνει όμως ότι το παραγόμενο έργο δεν ανταποκρίνεται στις αρχικές του εκτιμήσεις και απογοητεύεται. Σε αυτό το σημείο μεταπίπτει στο δεύτερο στάδιο εκείνο της αμφιβολίας και της αδράνειας. Η στασιμότητα που επικρατεί και η δυσκολία να καλυφθούν οι ανάγκες του εργαζομένου μέσα από την εργασία του τον ωθούν στο να κατηγορεί τον ίδιο του τον εαυτό για την αποτυχία. Παράλληλα, θεωρώντας ότι ευθύνεται αποκλειστικά εκείνος προσπαθεί όλο και περισσότερο χωρίς όμως τελικό αντίκρισμα. Αποτέλεσμα της προσπάθειάς του είναι να απομυθοποιήσει την εργασία του χωρίς όμως ταυτόχρονα να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του. Έτσι μεταβαίνει στο τρίτο στάδιο όπου διακατέχεται από τα αισθήματα της απογοήτευσης και της ματαιώσης. Σε αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος έρχεται αντιμέτωπος με το δίλημμα της αναθεώρησης των προσδοκιών του ή της απομάκρυνσης του από την πηγή του στρες δηλαδή από την ίδια του την εργασία. Με αυτό τον τρόπο οδηγείται στο στάδιο της απάθειας, κατά το οποίο αποφεύγει κάθε είδους υπευθυνότητα ενώ ταυτόχρονα αγνοεί τις ανάγκες των άλλων θέλοντας με αυτό τον τρόπο να καλύψει την ανεπάρκεια που εκείνος αισθάνεται απέναντί τους (Edelwich and Brodsky, 1980).

## 2.3 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, που θεωρεί την εργασιακή εξουθένωση περισσότερο ως μία αθροιστική παρά μεμονωμένη διαδικασία, παρατηρούνται τα ακόλουθα στάδια. Αρχικά, το στάδιο του εργασιακού στρες. Ο εργαζόμενος αισθάνεται μία αναντιστοιχία ανάμεσα στους διαθέσιμους εργασιακούς πόρους από την μία, και στις προσωπικές προσδοκίες καθώς και στις εργασιακές απαιτήσεις από την άλλη. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι η παραπάνω συνθήκη δεν αποτελεί από μόνη της ικανή προϋπόθεση για την ανάπτυξη του φαινομένου, συνεπώς δεν είναι απαραίτητο ότι όλοι οι

εργαζόμενοι που την βιώνουν θα οδηγηθούν απαραίτητα στην επαγγελματική εξουθένωση. Στη συνέχεια, ακολουθεί το στάδιο της εξάντλησης όπου ο εργαζόμενος αδυνατώντας να διαχειριστεί το εργασιακό στρες οδηγείται στην απογοήτευση από την εργασία του ή ακόμα και στην παραίτησή του από αυτή. Στο τελευταίο στάδιο του μοντέλου, εκείνο της αμυντικής κατάληξης, ο εργαζόμενος απεμπλέκεται συναισθηματικά από την εργασία του και γίνεται κυνικός και απαθής. Μέσα από αυτές τις αλλαγές ελπίζει στην επαγγελματική του επιβίωση (Cherniss, 1980).

#### 2.4 Το μοντέλο της Pines

Στο μοντέλο της Pines και του Aronson, η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως μία κατάσταση σωματικής, ψυχικής και συναισθηματικής εξάντλησης που προκαλείται από τη χρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines and Aronson, 1988). Σύμφωνα με την προσέγγισή τους, η εξουθένωση προέρχεται από την απο-ιδανικοποίηση της εργασίας και εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να αντλεί ευχαρίστηση και ικανοποίηση από τις επαγγελματικές του εμπειρίες (Pines, 1993). Αν και η αρχική θεώρηση του μοντέλου αφορούσε στους επαγγελματίες υγείας επεκτάθηκε γρήγορα στις οικογενειακές (Pines, 1996) αλλά και στις πολιτικές σχέσεις (Pines, 1993).

#### 2.5 Επιλογή Θεωρητικού Μοντέλου

Από τα παραπάνω θεωρητικά μοντέλα που περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση, επιλέχθηκε για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας η θεωρητική και μεθοδολογική προσέγγιση που προτείνεται στο μοντέλο της Maslach. Το συγκεκριμένο μοντέλο, χρησιμοποιεί για την ποσοτικοποίηση και την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης την κλίμακα Maslach Burnout Inventory που αξιολογείται από ένα ερωτηματολόγιο. Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο ερευνητικό εργαλείο που εφαρμόζεται ευρέως στην παγκόσμια βιβλιογραφία σε μελέτες αντίστοιχου ενδιαφέροντος (Ishak et al., 2009).

### 3. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που εργάζονται σε ιδιαίτερα απαιτητικούς και ψυχοφθόρους επαγγελματικούς κλάδους. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας καθώς και οι εκπαιδευτικοί. Προσβάλλει πρωτίστως, φιλόδοξα άτομα στα οποία η εργασία αποτελεί σημαντικό μέρος της καθημερινότητάς τους και τα οποία παραμελούν τις προσωπικές τους ανάγκες. Επιπλέον, συναντάται σε άτομα που αναλαμβάνουν την ευθύνη πολλαπλών υποχρεώσεων καθώς και σε εκείνα που ενδιαφέρονται να επιβεβαιώνονται μέσα από την εργασία τους. Τέλος, παρατηρείται επίσης σε άτομα που έχουν εμμονή με την τελειότητα και υψηλές απαιτήσεις από τον εαυτό τους.

Αν και η αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου θα αναλυθεί διεξοδικά παρακάτω, σε αυτό το σημείο θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι σχετίζεται κυρίως με το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας. Ειδικότερα, χαρακτηριστικά όπως η απουσία ελέγχου και αυτονομίας, η συστηματική και άμεση συναναστροφή με ασθενείς ή ο υψηλός φόρτος εργασίας δείχνουν να σχετίζονται περισσότερο με την παρουσία του συνδρόμου. Σε αντίθεση με τα παραπάνω χαρακτηριστικά, έρευνες έχουν δείξει ότι οι προσωπικοί παράγοντες των νοσούντων δεν καθορίζουν την παρουσία του συνδρόμου (Visser et al., 2003, Stansfeld et al., 1999).

### 4. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Οι εκλυτικοί παράγοντες που συνδράμουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την διαχείριση του στρες που καταβάλει τον εργαζόμενο. Ταυτόχρονα ενισχύονται από τις συνθήκες ζωής, την οικογενειακή εμπειρία, την προσωπικότητα, ενώ έντονη θεωρείται και η επίδραση που ασκείται από το εργασιακό περιβάλλον.

Σύμφωνα με την Micklevitz (2001) οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου χωρίζονται στους προσωπικούς και στους εργασιακούς. Η πιο πάνω ερευνήτρια αναφέρει επιπλέον ότι πρόκειται για ένα διαταραγμένο ισοζύγιο προσφοράς και ζήτησης. Δηλαδή, ο εργαζόμενος από τη μία, προσφέρει στο εργασιακό του περιβάλλον τις γνώσεις που έχει αποκτήσει, πιθανά τις δεξιότητές του αλλά και την προσωπική του



διάθεση, ενώ από την άλλη, καταβάλλεται από συνειδητές ή και ασυνείδητες ανάγκες και απαιτήσεις από την εργασία του. Χαρακτηριστικά παραδείγματα, η ανάγκη για αναγνώριση, το κύρος, η επαγγελματική ανέλιξη ή ακόμα και οι οικονομικές απολαβές. Ταυτόχρονα, το εργασιακό περιβάλλον για να ικανοποιήσει τις παραπάνω προσδοκίες του εργαζομένου, επιζητά πρώτα από εκείνον να ανταποκριθεί στις δικές του απαιτήσεις. Όταν υπάρχει απόσταση μεταξύ των δύο πλευρών σε σχέση πάντα με τις απαιτήσεις και την προσφορά, παρατηρείται αύξηση των στρεσογόνων καταστάσεων που οδηγούν προοδευτικά στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στους εργασιακούς παράγοντες συγκαταλέγονται ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η μακροχρόνια έλλειψη επαρκούς προσωπικού, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, η σύγκρουση ρόλων ή αξιών, το εξαντλητικό ωράριο εργασίας, η ασάφεια επαγγελματικών στόχων, η έντονη παρεμβατικότητα των ιεραρχικά ανώτερων, οι δύσκαμπτες πρακτικές, η έλλειψη καινοτομιών και ανατροφοδότησης, η διάψευση των προσδοκιών, η έλλειψη συμμετοχής στις αποφάσεις. Επιπλέον, ο ανταγωνισμός και η εργασιακή ρουτίνα αποτελούν παράγοντες που μετατρέπουν τον εργασιακό ενθουσιασμό σε κόπωση. Η επαναληψιμότητα και η απουσία δημιουργικής συμμετοχής προοδευτικά αποστασιοποιεί τον εργαζόμενο από το αντικείμενό του με αποτέλεσμα να μην βρίσκει πλέον νόημα σε αυτό. Τέλος, φαινόμενα οικονομικής αστάθειας στον εργασιακό χώρο, αδυναμίας επίτευξης του στόχου, ο θόρυβος ή ακόμα και η εργασία σε τμήματα υψηλών αναγκών (Μ.Ε.Θ., Τ.Ε.Π. κ.α.) έχουν επίσης ενοχοποιηθεί ως εκλυτικοί παράγοντες του συνδρόμου καθώς ενισχύουν την κόπωση του εργαζομένου (Αδάλη and Λεμονίδου, 2001, Micklevitz, 2001, Δούκα, 2003, Boyle et al., 1991).

Η εμφάνιση όμως του συνδρόμου δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την έκθεση στους παραπάνω προδιαθεσικούς παράγοντες. Σημαντικό ρόλο επίσης διαδραματίζουν, η έντασή τους, η συχνότητά τους, όπως επίσης και τα ατομικά χαρακτηριστικά που διακρίνουν τον εργαζόμενο. Στα ενδογενή χαρακτηριστικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε την απολυταρχικότητα, τη ματαιοδοξία, τον αρνητικό δυναμισμό, την απουσία διαπραγματευτικής ικανότητας, την επιθετικότητα και τον ανταγωνισμό. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την απουσία ρεαλιστικών στόχων και τις υπερβολικές προσδοκίες εντείνουν την ψυχολογική πίεση. Επιπλέον, χαρακτηριστικά όπως η συναισθηματική ανωριμότητα, η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, η ανθεκτικότητα, ο φόβος της αποτυχίας και η συναισθηματική φόρτιση φαίνεται επίσης να

να επηρεάζουν την εκδήλωση του φαινομένου (Δημητρόπουλος and Φιλίππου, 2008, Ishak et al., 2009).

## 5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Οι συνέπειες της προαναφερθείσας εξάντλησης δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση του εργαζομένου αλλά επεκτείνονται και στη συμπεριφορά του εργαζομένου τόσο στον εργασιακό όσο και στον προσωπικό τομέα (Cushway, 1992).

Οι Tyler and Cushway (1998) κατέταξαν τα συμπτώματα σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά. Στα πρώτα συμπεριέλαβαν όλες τις σωματικές εκδηλώσεις που πηγάζουν από το στρες όπως, πονοκέφαλοι, γαστρεντερολογικές διαταραχές, υπερένταση, αϋπνίες, διατροφικές διαταραχές, μυοσκελετικοί πόνοι ή ακόμη και σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Η εύθραυστη αυτή σωματική ισορροπία εγείρει έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις όπως στρες, καταβεβλημένο ηθικό, απουσία εργασιακής ικανοποίησης και συγκρουσιακές συμπεριφορές. Επιπρόσθετα, επηρεάζεται η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζομένου, μιας και ο εργαζόμενος εμφανίζει δυσκολίες στο να θέσει όρια και εν τέλει μεταφέρει τις οξύνσεις του εργασιακού του χώρου στο οικογενειακό του περιβάλλον και στις κοινωνικές του συναναστροφές.

Ο Potter (1998) θέλησε επίσης να κατηγοριοποιήσει τα συμπτώματα του συνδρόμου και κατέληξε στις ακόλουθες κατηγορίες: Αρνητικά συναισθήματα (π.χ. αγωνία, κατάθλιψη, θυμός), διαπροσωπικά προβλήματα (παρατηρείται μία γενικευμένη δυσκολία επικοινωνίας λόγω των παραπάνω συναισθημάτων), προβλήματα υγείας (πονοκέφαλοι, αϋπνίες, κόπωση κ.α), μειωμένη απόδοση, κατάχρηση ουσιών (κάπνισμα, αλκοόλ, ουσίες), αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, αίσθημα κατωτερότητας (μετατροπή του ενθουσιασμού σε κυνισμό), οικογενειακό στρες (μεταφορά των εργασιακών προβλημάτων στο οικογενειακό περιβάλλον), άρνηση δημιουργίας σχέσεων και εκφυλισμός εργασιακών σχέσεων (αντιζηλία, εχθρική συμπεριφορά).

Για τους Griffith et al. (1999), η ευαίσθητη σωματική υγεία του εργαζομένου έχει άμεση επίπτωση και στην ψυχολογική του κατάσταση. Επηρεάζει την συμπεριφορά του και προάγει συμπτώματα όπως, στρες, ανία, χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση, τάσεις φυγής και συγκρουσιακές συμπεριφορές. Επιπρόσθετα, η ψυχολογική αυτή επιβάρυνση έχει επιπτώσεις και στην προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζομένου. Ο

εργαζόμενος μεταφέρει την εργασιακή ένταση στον κοινωνικό του κύκλο με αποτέλεσμα να απομακρύνεται από τα άτομα που τον περιβάλλουν και να χάνει το ενδιαφέρον του για κοινωνικές συναναστροφές.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι όταν τα προαναφερθέντα συμπτώματα εξελιχθούν αρκετά οδηγούν σε καταθλιπτικές εκδηλώσεις που χρίζουν ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης και φαρμακευτικής αγωγής. Για το λόγο αυτό, συνιστάται η έγκαιρη διάγνωση του φαινομένου και η άμεση παραπομπή του ασθενούς για τη λήψη βοήθειας με στόχο τη μείωση των αρνητικών συνεπειών του συνδρόμου και των συννοσηροτήτων που πηγάζουν από αυτό.

Στον Πίνακα 1. που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα συμπτώματα που εκδηλώνονται κατά την επαγγελματική εξουθένωση.

Πίνακας 1. Συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Σωματικά	Ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική Εξάντληση	Δυσκαμψία στις Αλλαγές/ Έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή Εργασιακή Απόδοση/Ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Απάθεια	Μειωμένη Επικοινωνία/Παραίτηση
Αϋπνία ή Υπερβολικός Ύπνος	Κυνισμός /Αρνητική Διάθεση	Υψηλά Επίπεδα Παραίτησης
Πονοκέφαλος	Συναισθηματική Εξάντληση/Έλλειψη Συναισθηματικού Ελέγχου	Αδυναμία Συγκέντρωσης/Καθορισμού Στόχων και Προτεραιοτήτων
Γαστρεντερικά Προβλήματα/Έλκος	Χαμηλό Ηθικό/Αίσθημα Ματαιότητας	Έλλειψη Ενθουσιασμού για την Εργασία
Παρατεταμένη Ασθένεια/Κρυολογήματα	Έλλειψη Υπομονής/Ευερεθιστικότητα	ΑυξημέναΠαράπονα για την Εργασία
Αυξομείωση Βάρους	Αδυναμία Αντιμετώπισης Ανεπιθύμητων Καταστάσεων	Αυξημένες Οικογενειακές Συγκρούσεις
Αναπνευστικά Προβλήματα	Στρες	Κατάχρηση Αλκοόλ
Υπερένταση	Ανία	Ροπή σε Ατυχήματα
Υπερχοληστερολαιμία	Μειωμένη Αυτοπεποίθηση	Αυξημένη Χρήση Φαρμάκων
Στεφανιαία Νόσος	Αποπροσωποποίηση Ασθενών	Εργασιομανία
Διαταραχές Ομιλίας	Εκνευρισμός	Αυξημένα Επίπεδα Απουσιασμού
Σεξουαλική Δυσλειτουργία	Αδυναμία Λήψης Αποφάσεων	
	Αισθήματα Αδυναμίας	
	Καχυποψία	
	Αισθήματα Ενοχής/Αποτυχίας	
	Κατάθλιψη/ Αποξένωση	
	Αυξημένη Ανησυχία	
	Υπερβολική Αυτοπεποίθηση	
	Αποτελμάτωση	
Προσαρμογήαπότον Don Unger, “Superintendent Burnout: Myth or Reality” (1980)		

## 6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Οι αρνητικές συνέπειες του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι αρκετές. Η παγκόσμια όμως βιβλιογραφία δεν έχει επιδείξει ικανό αριθμό μελετών που αφορούν στην παρουσίαση μεθόδων ή ενεργειών που να αποσκοπούν στην καταπολέμησή τους (Maslach et al., 2001). Παρόλαυτά, έχουν καταγραφεί δύο κύριες προσεγγίσεις για τη μείωση της εμφάνισης του φαινομένου. Από την μία πλευρά, έχει διατυπωθεί η αποκαλούμενη προσωποκεντρική προσέγγιση, δηλαδή η προσπάθεια για αλλαγή από μέρους των ίδιων των εργαζομένων ώστε μέσα από τις νέες αποκτηθείσες δεξιότητες να αντιμετωπιστεί το συνεχές εργασιακό στρες και κατ' επέκταση η εξουθένωση. Από την άλλη πλευρά, πολλές αναφορές έχουν γίνει και στην λεγόμενη εργασιοκεντρική προσέγγιση, κατά την οποία ενσωματώνεται η προσπάθεια του οργανισμού για αλλαγή με στόχο την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Η πρώτη προσέγγιση βιβλιογραφικά δείχνει να είναι περισσότερο διαδεδομένη καθώς έχει στερεοτυπικά εγκαθιδρυθεί η άποψη ότι ευκολότερα αλλάζει ένα άτομο παρά ένας ολόκληρος οργανισμός. Επίσης, η εξουθένωση εμφανίζεται περισσότερο ως αποτέλεσμα προσωπικών κυρίως ζητημάτων παρά θεμάτων που αφορούν συνολικά τον οργανισμό (Maslach and Goldberg, 1998).

Σχετικά με την πρώτη προσέγγιση θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ενδεικτικά τις παρακάτω αλλαγές που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην μείωση του φαινομένου. Αρχικά προτείνεται η αλλαγή του τρόπου εργασίας με μείωση του ωραρίου, περισσότερα διαλείμματα ή ακόμα και πιο αργούς ρυθμούς εργασίας. Παράλληλα θα πρέπει να αναπτυχθούν προληπτικές δεξιότητες για την αντιμετώπιση του φαινομένου, όπως για παράδειγμα, μειωμένες προσδοκίες και οραματισμός νέων πιο ρεαλιστικών στόχων καθώς και καλύτερη διαχείριση του χρόνου αλλά και επίλυση των όποιων συγκρουσιακών καταστάσεων. Επιπλέον, η αξιοποίηση φορέων υπεύθυνων για τη χορήγηση ψυχολογικής υποστήριξης τόσο από τον κοινωνικό όσο και τον εργασιακό κύκλο καθώς και η ξεκάθαρη καθοδήγηση των ιεραρχικά ιστάμενων μπορούν να επιλύσουν ένα μέρος του φαινομένου. Τέλος, ενέργειες όπως η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου με νέες δραστηριότητες, η ενασχόληση με την οικογένεια, η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες και η καλύτερη σωματική υγεία, η προσπάθεια για αυτογνωσία και για αυτοαξιολόγηση κινούνται προς την θετική κατεύθυνση (Farrington, 1997, Bretland and Thorsteinnsson, 2015, Gunasingam et al.,

2015, Layman and Guyden, 1997, LaGrand, 1980, Holland and Neimeyer, 2005, Lee et al., 2008).

Αναφορικά με την δεύτερη προσέγγιση, και την προσπάθεια για αλλαγή από την πλευρά του οργανισμού θα ήταν παράλειψη αν δεν αναφερόταν ότι μία μερίδα επιστημόνων θεωρούν ότι το εργασιακό περιβάλλον οφείλει να αλλάξει ώστε να υπάρξει μία ταχύτερη και πιο επιτυχημένη μείωση του φαινομένου της εξασθένησης. Με βάση αυτή την προσέγγιση προτείνονται οι παρακάτω ενέργειες ως οι πιο ενδεδειγμένες: Συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων, ενίσχυση των δεξιοτήτων των εργαζομένων μέσα από την αλλαγή θέσεων εργασίας καθώς και εκπαίδευση. Παράλληλα, ενέργειες όπως η ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη του εργασιακού δυναμικού, η εφαρμογή ενός ελαστικότερου μοντέλου εργασίας, η αξιοκρατία, η αναγνώριση και η επιβράβευση θεωρούνται απαραίτητες για θετικά αποτελέσματα (Lewis, 1999, Layman and Guyden, 1997, Stewart and Terry, 2014, Firth-Cozens and Payne, 1999, Fox et al., 1993, Girdin and Needham Heights).

## 2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μολονότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να παρουσιαστεί σε όλα τα επαγγέλματα, εμφανίζεται κυρίως σε εργασιακούς τομείς με επίκεντρο τον άνθρωπο, όπως για παράδειγμα οι κοινωνικές υπηρεσίες, η εκπαίδευση και βεβαίως η υγεία (Weber and Jaekel-Reinhard, 2000). Η παραπάνω διαπίστωση θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι τα προαναφερθέντα επαγγέλματα χαρακτηρίζονται από απαιτητικές συναισθηματικές και νοητικές προσεγγίσεις όπως συνδυαστική σκέψη και εγρήγορση καθώς και υψηλό φόρτο εργασίας. Επιπλέον παρατηρούνται φαινόμενα ελλείψεως ελέγχου και αυτονομίας, ανισομερής συμμετοχή στις αποφάσεις, ασύμμετρη πληροφόρηση, καθώς και διαπροσωπικές συγκρούσεις (de Lange et al., 2002, Leiter and Maslach, Maslach and Goldberg, 1998).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν εκτενώς περιγραφεί στην βιβλιογραφία. Οι κυριότερες αφορούν στη μειωμένη επαγγελματική απόδοση, στην απουσία από την εργασία ή ακόμα και στην αλλαγή του επαγγέλματος. Ενδιαφέρουσα είναι και η διαπίστωση για ισχυρότερη αρνητική συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εργασιακής απόδοσης όταν η αξιολόγηση υπολογίζεται με αντικειμενικά κριτήρια και όχι με βάση τις αναφορές των ίδιων των επαγγελματιών (Swider and Zimmerman, 2010).

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, ένας από τους επαγγελματικούς κλάδους που έχει απασχολήσει τους ειδικούς και έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στη βιβλιογραφία της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι εκείνος των ιατρών. Αυτό συμβαίνει για τον επιπρόσθετο λόγο ότι η επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών έχει και κοινωνικό αντίκτυπο μιας και είναι άμεσα συνδεδεμένη με την υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Στο συμπέρασμα αυτό έχει καταλήξει πλήθος μελετών που αναφέρουν ότι τα περισσότερα ιατρικά λάθη δεν αποδίδονται σε έλλειψη ιατρικών γνώσεων και εμπειρίας αλλά κυρίως σε διαταραχές κρίσης και συγκέντρωσης (Shanafelt et al., 2010, Prins et al., 2009, Klein et al., 2010, Fahrenkopf et al., 2008, West et al., 2009, Shanafelt et al., 2002, Visser et al., 2003).

Παρακάτω, ακολουθεί μία βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών με επίκεντρο τους ειδικευόμενους ιατρούς.

## 2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νέους ιατρούς και ειδικότερα στους ειδικευόμενους έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον της σύγχρονης βιβλιογραφίας και μελετάται ολοένα και περισσότερο. Λαμβάνοντας υπόψη τις έντονες συναισθηματικές απαιτήσεις του εργασιακού τους περιβάλλοντος, γίνεται αντιληπτό ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην εμφάνιση τόσο του εργασιακού στρες όσο και του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Άλλα χαρακτηριστικά της εργασίας των ειδικευόμενων ιατρών αφορούν στη μειωμένη αποδοτικότητα στον εργασιακό χώρο και στη φροντίδα που προσφέρουν στους ασθενείς. Αμφισβητείται δε έντονα η ικανότητά τους να ταξινομήσουν τα διαγνωστικά διλήμματα που προκύπτουν και να λάβουν την κατάλληλη απόφαση θεραπευτικής προσέγγισης. Ως αποτέλεσμα των αρνητικών αυτών συνεπειών παρατηρείται αύξηση των ιατρικών λαθών και των δυσμενών επιπτώσεων που αυτά προκαλούν στην ασφάλεια των ασθενών.

Οι περισσότερες από τις μελέτες που ασχολούνται με την επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας, χρησιμοποιούν για την ποσοτικοποίησή της το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI), για το οποίο αφού αναφερθούν πλείστες μελέτες στις οποίες χρησιμοποιείται θα αναλυθεί εκτενώς (Maslach and Jackson, 1981).

Για παράδειγμα στην μελέτη των Rosen et al. (2006) διερευνήθηκαν τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε ειδικευόμενους παθολογίας. Έπειτα από ενδελεχή μελέτη οι πιο πάνω ερευνητές διαπίστωσαν ότι στην αρχή του πρώτου έτους της ειδικότητας των ειδικευόμενων παθολόγων, μόνο το 4,3% εξ' αυτών πληρούσαν τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο MBI. Το ποσοστό αυτό όμως, αυξήθηκε κατά περίπου 55% στο τέλος του έτους παρουσιάζοντας μία στατιστικά σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες της αποπροσωποποίησης και της συναισθηματικές εξάντλησης.

Η μελέτη των Becker et al. (2006) αφορούσε στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης που παρουσίαζαν οι ειδικευόμενοι ιατροί στην μαιευτική-γυναικολογία. Έλαβε δε χώρα σε κλινικές νοσοκομείων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής πιστοποιημένες για τη χορήγηση ειδικότητας. Και σε αυτή τη μελέτη



χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MBI, ενώ σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, σε ποσοστό που αγγίζει ακόμα και το 90% των συμμετεχόντων, παρατηρήθηκαν στοιχεία μέτριας επαγγελματικής εξουθένωσης. Ταυτόχρονα η παραπάνω μελέτη καταλήγει ότι σχεδόν το 35% των ειδικευόμενων στη μαιευτική-γυναικολογία έπασχε από κάποια μορφή κατάθλιψης.

Οι Sargent et al. (2004) στην μελέτη τους, χρησιμοποιώντας και πάλι το ίδιο ερωτηματολόγιο, διαπίστωσαν ένα σημαντικό βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ορθοπαιδικής οι οποίοι παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και μέτρια επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων.

Σε μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Gelfand et al. (2004) μελετήθηκαν και πάλι τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης αυτή τη φορά σε ειδικευόμενους χειρουργικής. Η έρευνα συνέκρινε τα επίπεδα της εξουθένωσης πριν και μετά την εφαρμογή ενός νέου ωραρίου εργασίας. Παρότι οι ώρες εργασίες μειώθηκαν κατά είκοσι περίπου την εβδομάδα δεν παρατηρήθηκε αντίστοιχη μείωση στα επίπεδα της εξουθένωσης. Τα τελευταία παρέμειναν ιδιαίτερα υψηλά καθώς έξι μήνες μετά την εφαρμογή του νέου μειωμένου ωραρίου περίπου το 50% των ειδικευόμενων παρουσίαζε υψηλά ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης και το 70% αυτών υψηλά ποσοστά αποπροσωποποίησης.

Όσον αφορά στους ειδικευόμενους ωτορινολαρυγγολογίας οι Golub et al. (2007) διαπίστωσαν ότι το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ιδιαίτερο συχνό και σε αυτή την ειδικότητα ιατρικής μιας και το 10% των ειδικευόμενων παρουσίαζε υψηλά ποσοστά εξουθένωσης και το 76% μέτρια.

Σε μία συγκριτική αυτή τη φορά μελέτη, οι Martini et al. (2004) χρησιμοποιώντας πάντα το ερωτηματολόγιο της Maslach, συνέκριναν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα σε ειδικευόμενους ιατρούς οχτώ διαφορετικών ειδικοτήτων. Συμπεριέλαβαν τόσο παθολογικές όσο και χειρουργικές ειδικότητες και παρατήρησαν ότι το επίπεδο της εξουθένωσης διαφέρει ανάλογα με την ειδικότητα. Πιο αναλυτικά στην μελέτη τους εντάχθηκαν οι ειδικότητες της παθολογίας, γενικής ιατρικής, νευρολογίας, μαιευτικής-γυναικολογίας, οφθαλμολογίας, δερματολογίας, ψυχιατρικής και χειρουργικής. Κατέληξαν ότι το ποσοστό της επαγγελματικής εξουθένωσης κυμαίνονταν από 27% ως και 75% ανάλογα με την ειδικότητα, ενώ ο μέσος όρος άγγιζε το 50%. Τα υψηλότερα ποσοστά εξουθένωσης παρατηρήθηκαν στους ειδικευόμενους της μαιευτικής-γυναικολογίας και

ακολούθησαν εκείνοι της παθολογίας, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στους ειδικευόμενους γενικής ιατρικής.

Άξιο αναφοράς όμως είναι, ότι εκτός από το είδος της ειδικότητας που όπως διαπιστώθηκε σε αρκετές μελέτες, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, υπάρχουν και άλλοι εξωγενείς και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους ειδικευόμενους ιατρούς και ευνοούν την ανάπτυξη του φαινομένου.

Για παράδειγμα η επίδραση του φύλου στην ανάπτυξη του φαινομένου παρουσιάζει διαφορούμενα αποτελέσματα καθώς υπάρχουν μελέτες που παρουσιάζουν το γυναικείο φύλλο ως επιβαρυντικό παράγοντα (Shanafelt et al., 2015) και άλλες που παρουσιάζουν αντίθετα αποτελέσματα (Nyssen et al., 2003).

Πολλές είναι από την άλλη πλευρά οι μελέτες που έχουν δείξει σχέση μεταξύ της ηλικίας και των ποσοστών εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης, με τους νεότερους σε ηλικία συμμετέχοντες να παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με το σύνδρομο (Panagoroulou et al., 2006, Dyrbye et al., 2014, Lemkau et al., 1988).

Άλλος ένας περιβαλλοντικός παράγοντας σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση είναι ο γάμος ή η δέσμευση. Στην έρευνα τους οι Martini et al. (2004) διαπίστωσαν ότι περίπου το 65% των ανύπαντρων, διαζευγμένων ή ελεύθερων ειδικευομένων πληρούσαν τις προϋποθέσεις ώστε να διαγνωστούν με σύνδρομο εξουθένωσης, ενώ αντίθετα στους δεσμευμένους το παραπάνω ποσοστό ήταν μόλις 40%.

Επίσης, ένας άλλος παράγοντας ή χαρακτηριστικό που μελετήθηκε ήταν η γονική ιδιότητα και πως αυτή σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση. Σύμφωνα λοιπόν με πρόσφατες μελέτες διαπιστώθηκε ότι η ανατροφή των παιδιών λειτουργεί ακόμη και ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι στην εμφάνιση του φαινομένου. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι από την μία εξευγενίζει και από την άλλη συμβάλλει στην εξάλειψη φαινομένων αποπροσωποποίησης. Ταυτόχρονα έχει παρατηρηθεί ότι οι γονείς που συμμετέχουν σε τέτοιου είδους έρευνες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και κινισμού και αυξημένα ανθρωπιστικά συναισθήματα (Shanafelt et al., 2002, Collier et al., 2002).

Επιπλέον των παραπάνω, μελετήθηκαν και άλλοι παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως για παράδειγμα η εργασιακή ένταση ή ο φόρτος εργασίας (Thomas, 2004, Shapiro et al., 2005).

Και οι δυο αποδεικνύεται ότι έχουν θετική συσχέτιση ως προς την ανάπτυξη του φαινομένου. Από την άλλη το γέλιο ή η αθλητική δραστηριότητα και η θέσπιση ορίων ανάμεσα στην εργασία και την ιδιωτική ζωή, φαίνεται να έχουν αρνητική συσχέτιση με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Galantino et al., 2005, Maslach, 1976, Sherman and Thelen, 1998).

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικής προέλευσης σύνδρομο το οποίο προσβάλλει συχνά τους ειδικευόμενους ιατρούς. Μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες αποφάσεις δυνητικά επικίνδυνες για την υγεία των ασθενών. Η ιατρική κοινότητα οφείλει να αναπτύξει μεθόδους καταπολέμησης του φαινομένου ή ακόμα καλύτερα πρόληψής του.

### 3. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών, αφορά σχεδόν όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων η Ελλάδα και το Βέλγιο. Πέραν όλων των άλλων αρνητικών συνεπειών της, δείχνει να έχει σημαντικές επιπτώσεις και στη συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Norlund et al., 2015). Ειδικότερα παρουσιάζονται αυξητικές τάσεις σε όλους τους επαγγελματικούς κλάδους, ιδιαίτερα όμως στους κλάδους της παροχής υπηρεσιών κοινωνικής ή υγειονομικής φροντίδας.

Ταυτόχρονα η οικονομική κρίση επηρεάζει άμεσα τη σχέση εργοδότη και εργαζομένου. Στις περισσότερες δε περιπτώσεις ο δεύτερος είναι αυτός ο οποίος πλήττεται περισσότερο. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγουν πρόσφατες έρευνες σύμφωνα με τις οποίες σε μία εποχή ανασφάλειας, όπως η σημερινή, ο καθημερινός αγώνας για επιβίωση μαζί με την αγωνία για τη διασφάλιση καλύτερων συνθηκών ζωής γίνονται ολοένα και πιο ανταγωνιστικοί. Έτσι, τα ψυχικά αποθέματα του εργαζομένου εξαντλούνται, αδυνατεί να διαχειριστεί τις καθημερινές εργασιακές αντιξοότητες και έτσι οδηγείται σε εργασιακό άγχος και εξουθένωση. Επιπλέον επηρεάζεται τόσο η ψυχική όσο και η σωματική του υγεία ενώ συγχρόνως αυξάνεται ο αρνητισμός του (Mucci et al., 2016).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο τομέας της υγείας έχει πληγεί δραματικά από την οικονομική κρίση. Πολλές αλλαγές προέκυψαν τα τελευταία χρόνια αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες καθώς και την ποιότητα των υπηρεσιών τους. Η αύξηση της

νοσηρότητας που παρατηρείται λόγω χρόνιου άγχους και των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης σε συνδυασμό με την πίεση που ασκείται στον κρατικό προϋπολογισμό απειλούν βασικές παροχές (Κυριόπουλος and Τσιάντου, 2010).

Ειδικότερα στα δημόσια νοσοκομεία οι επιπτώσεις της κρίσης είναι περισσότερο από ποτέ εμφανείς. Ο μεγάλος αριθμός υγειονομικών που αποχώρησαν χωρίς να αντικατασταθούν οδήγησε στην υποστελέχωση των νοσοκομείων και στον αυξημένο φόρτο εργασίας των εναπομείναντων ιατρών. Επιπλέον, οι συνεχόμενες περικοπές των πόρων δημιουργούν ένα περιβάλλον αμφιβολίας που ταυτόχρονα με τις συγχωνεύσεις ή ακόμα και τις καταργήσεις πολλών δημοσίων οργανισμών οδηγούν τους εργαζόμενους σε αυξημένη ανασφάλεια και συνεπώς σε υψηλό στρες.

Παράλληλα, το πρόβλημα επιτείνεται και από τον αυξανόμενο αριθμό ασθενών που κατευθύνονται σε δημόσιες δομές για παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας καθώς πλέον αναζητούν οικονομικότερες λύσεις για την περίθαλψή τους. (Kondilis et al., 2013, WHO, 2009, Karanikolos et al., 2013).

Στα παραπάνω θα μπορούσαν να συνυπολογιστούν και οι ελλείψεις αναλώσιμων υλικών καθώς και εξοπλισμού που κάνουν αδύνατη την ορθολογική άσκηση των καθηκόντων των εργαζομένων.

Θα μπορούσε τέλος να αναφερθεί ότι και τα δημοσιονομικά μέτρα που λήφθηκαν από την έναρξη της κρίσης και μετά (μειώσεις μισθών, αύξηση φορολογίας, ασφαλιστικές και συνταξιοδοτικές περικοπές) υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής των εργαζομένων, δεν προάγουν την παραγωγικότητα και προκαλούν απογοήτευση (Φουντουκίδης, 2011).

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η επίδραση της οικονομικής κρίσης επηρεάζει έντονα με έμμεσους ή άμεσους τρόπους τους ιατρούς, οι οποίοι αδυνατώντας να ανταποκριθούν στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις, παρουσιάζουν αυξημένο άγχος και τελικά οδηγούνται σε εξουθένωση.

### 3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΟΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΑΙ ΒΕΛΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συστήματα υγείας και οι παρεχόμενες από αυτά υπηρεσίες κατέχουν σημαντική θέση στις εθνικές οικονομίες και στην στρατηγική πολιτική των χωρών. Αν και όλες οι υπηρεσίες επιδιώκουν τους ίδιους σκοπούς διαφέρουν δομικά ίσως λόγω ιστορικών και πολιτικών καταβολών καθώς και οικονομικών δυνατοτήτων (Bodenheimer and Grumbach, 2012).

Για παράδειγμα, το Ελληνικό πρότυπο προτάσσει ως βασικό φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, ένα εθνικό σύστημα με μονάδες που λειτουργούν με ελεύθερη ή συμβολικού αντιτίμου πρόσβαση προς όλους και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Στα παραπάνω προστίθενται και άλλοι φορείς, όπως για παράδειγμα, οι ιδιώτες ιατροί για τους οποίους από την έναρξη της οικονομικής κρίσης και έπειτα παρατηρείται όλο και μικρότερη ζήτηση, τα πολυιατρεία του Ι.Κ.Α., ή τα αγροτικά ιατρεία (Mossialos et al., 2005, Οικονόμου, 2012, Κυριόπουλος and Τσιάντου, 2010).

Στο Βέλγιο από την άλλη πλευρά ισχύει ένα πλουραλιστικό σύστημα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, οι υπηρεσίες παρέχονται τόσο από ιδιωτικούς, συνήθως μη κερδοσκοπικούς, όσο και από δημόσιους οργανισμούς. Τόσο οι πρώτοι όσο και οι δεύτεροι χρηματοδοτούνται κυρίως από την υποχρεωτική ασφάλιση και την ασφάλεια νοσηλείας αλλά και από δωρεές (Vrijens et al., 2013).

Στο εσωτερικό αυτών των μεγάλων διαφοροποιήσεων, όπως είναι φυσικό, υπάρχουν και έντονες διαφορές στους ειδικευόμενους ιατρούς των δύο συστημάτων σε σχέση με τις εργασιακές τους σχέσεις. Επιπλέον παρατηρούνται διαφορές στον τρόπο έναρξης της ειδικότητας καθώς και στον τρόπο αξιολόγησης της εκπαίδευσης. Παρακάτω θα αναλυθούν επιγραμματικά οι συνθήκες που επικρατούν στα δύο αυτά συστήματα.

## 2. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

Στην Ελλάδα οι εργασιακές σχέσεις και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους ειδικευόμενους ιατρούς ορίζονται από τη νομοθεσία που διέπει το Ε.Σ.Υ. και εντάσσονται στις αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας. Σε γενικές γραμμές τα στάδια που πρέπει να ακολουθήσει ο ειδικευόμενος είναι τα ακόλουθα:

Η έναρξη της ειδίκευσης του γίνεται με σειρά προτεραιότητας. Με την ολοκλήρωση των υποχρεωτικών πτυχιακών σπουδών στην ιατρική και τη λήψη του πτυχίου του, ο νέος ιατρός πρέπει να επιλέξει ένα μόνο νοσοκομείο που είναι αναγνωρισμένο από το Κ.Ε.Σ.Υ. οτι χορηγεί ειδίκευση και στο οποίο επιθυμεί να ξεκινήσει την ειδικότητά του. Έπειτα παρουσιάζεται στην διεύθυνση υγείας της περιφέρειας στην οποία υπάγεται το συγκεκριμένο νοσοκομείο και συμπληρώνει την απαραίτητη αίτηση δηλώνοντας την ειδικότητα της επιλογής του. Αν πρόκειται για ειδικότητα με γενικό και ειδικό μέρος μπορεί να ζητήσει την τοποθέτησή του στη σειρά προτεραιότητας που αφορά μόνο στο γενικό κομμάτι. Μόλις λάβει την απόφαση διορισμού τότε μπορεί να εγγραφεί και για το ειδικό κομμάτι. Για το τελευταίο, μπορεί να επιλέξει δύο νοσοκομεία, ένα που να δίνει πλήρη και ένα που να δίνει μερική ειδίκευση.

Στη συνέχεια, και μόλις έρθει η σειρά του, η τοποθέτησή γίνεται με αποφάσεις των υπουργείων Υγείας και Οικονομικών. Συστήνεται προσωποπαγής θέση η οποία και καταργείται με τη λήξη της ειδίκευσης. Η χρονική στιγμή για την έναρξη της ειδικότητας εξαρτάται από την διαθεσιμότητα των κενών θέσεων και μπορεί να γίνει οποιαδήποτε στιγμή μέσα στο έτος.

Ο ειδικευόμενος αποζημιώνεται στη βάση του ειδικού μισθολογίου των ιατρών και αφορά στο σύνολο των συναδέλφων του. Επιπλέον λαμβάνει το λεγόμενο επίδομα νοσοκομειακής απασχόλησης, απόδοσης και ειδικών συνθηκών άσκησης ιατρικού έργου καθώς επίσης και το επίδομα για πάγια αποζημίωση για συμμετοχή σε σεμινάρια και ενημέρωση βιβλιοθήκης. Επίσης μέσω του μισθολογίου αναγνωρίζονται τα συνταξιοδοτικά του δικαιώματα και σε θεωρητική τουλάχιστον βάση κατοχυρώνονται οι συνθήκες εργασίας του.

Πιο συγκεκριμένα το ωράριο εργασίας του είναι επτάωρο, συνεχές, πρωινό και πενθήμερο. Στην πραγματικότητα, βέβαια είναι σχεδόν αδύνατη η τήρηση του συγκεκριμένου ωραρίου μιας και εκ των πραγμάτων ο ειδικευόμενος υποχρεώνεται σε πολύ

περισσότερες ώρες εργασίας εβδομαδιαίως. Προβλέπεται επίσης και εικοσιτετράωρη ανάπαυση μετά από γενική εφημερία η οποία δεν μεταφέρεται πέραν της εβδομάδας. Οι εφημερίες πληρώνονται επιπλέον του μηνιαίου μισθού, ενώ είθισται να καταβάλλονται τουλάχιστον με τρεις μήνες καθυστέρηση.

Σχετικά με την εκπαίδευσή του, υπεύθυνος είναι ο διευθυντής ή ο επιστημονικά υπεύθυνος της κλινικής. Επιπλέον, δεν υπάρχει βιβλιάριο ειδικευομένων με τις ελάχιστα απαιτούμενες ιατρικές πράξεις που οφείλει να εκτελέσει κατά τη διάρκεια της ειδικότητάς του. Η εκπαίδευσή του πραγματοποιείται μέσα από τις κλινικές και επιστημονικές δραστηριότητες της κλινικής στην οποία ασκεί το κλινικό του έργο. Μόλις ολοκληρώσει τον ελάχιστο απαιτούμενο χρόνο εκπαίδευσης ο ειδικευόμενος μπορεί να συμμετάσχει σε εξετάσεις για τη λήψη του τίτλου ειδικότητας. Οι αρμόδιες επιτροπές ορίζονται ανά περιφέρεια κατόπιν υπουργικής απόφασης (3754/2009).

Τέλος, πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση καταργεί την διάταξη που προέβλεπε την έναρξη της ειδικότητας μετά την ολοκλήρωση της υπηρεσίας υπαίθρου και την αντικαταστεί με διάταξη κατά την οποία οι ιατροί οφείλουν να εκπληρώσουν την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου πριν τη συμμετοχή τους στις απαιτούμενες για την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας εξετάσεις (4368/2016).

### 3. ΒΕΛΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

Στο Βέλγιο από την άλλη πλευρά, τόσο οι εργασιακές σχέσεις όσο και η διαδικασία εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών διαφέρει κατά πολύ σε σχέση με την Ελλάδα.

Αρχικά ο ειδικευόμενος ιατρός θεωρείται εκπαιδευόμενος εργαζόμενος και όχι εργαζόμενος εκπαιδευόμενος, γεγονός που έχει άμεσο αντίκρυσμα στο ύψος της μισθοδοσίας του αλλά και στα συνταξιοδοτικά του δικαιώματα καθώς δεν του αναγνωρίζονται τα έτη που εργάστηκε ως ειδικευόμενος. Επιπλέον δεν υπάρχει ενιαίο μισθολόγιο ειδικευομένων ιατρών αλλά η αμοιβή του ορίζεται από ατομικές συμβάσεις εργασίας με το εκάστοτε νοσοκομείο.

Σύμφωνα με πρόσφατο βασιλικό διάταγμα του 2014 εναρμονίζονται οι ώρες εργασίες ως προς τις αποφάσεις τις ευρωπαϊκής ένωσης. Πιο αναλυτικά ο ειδικευόμενος ιατρός μπορεί να δουλεύει ως 48 ώρες κατά μέσο όρο εβδομαδιαίως, συμπεριλαμβανομένων των εφημεριών, για διάστημα 13 εβδομάδων. Για την παραπάνω

απασχόλησή του λαμβάνει έναν ενιαίο μισθό, δηλαδή στις μηνιαίες του απολαβές συμπεριλαμβάνονται και οι εφημερίες.

Σε ενδεχόμενο που το επιθυμεί μπορεί να αυξήσει τις ώρες εργασίας του σε 60 κατά μέσο όρο εβδομαδιαίως επίσης για διάστημα 13 εβδομάδων χωρίς όμως ποτέ να ξεπερνάει τις 72 ώρες την εβδομάδα. Επίσης υπάρχει υποχρεωτικό ρεπό την επομένη της εφημερίας.

Η υπερωριακή του εργασία, δηλαδή πέραν των 48 ή 60 ωρών εβδομαδιαίως ανάλογα με το συμβόλαιο του καθενός, αμείβεται επιπλέον σύμφωνα με την ατομική σύμβαση του κάθε εργαζομένου. Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι, όπως και στο ελληνικό σύστημα, παρότι το ωράριο εργασίας είναι συγκεκριμένο δεν εφαρμόζεται σε όλες τις περιπτώσεις με αποτέλεσμα οι ειδικευόμενοι ιατροί να δουλεύουν πολύ περισσότερες ώρες και χωρίς να λαμβάνουν επιπλέον υπερωρίες.

Επιπλέον πάντα σε σχέση με τα εργασιακά του δικαιώματα ο ειδικευόμενος μπορεί να εργασθεί ακόμα και σε ιδιωτικού δικαίου ίδρυμα εφόσον αυτό είναι αναγνωρισμένο να παρέχει χρόνο εκπαίδευσης στην αντίστοιχη ειδικότητα.

Παράλληλα κάθε χρόνο, ο ειδικευόμενος ιατρός είναι υποχρεωμένος να αποστέλλει στο υπουργείο Υγείας το βιβλιάριο ειδικευομένου στο οποίο αναφέρονται όλες οι δραστηριότητες, κλινικές, και επιστημονικές στις οποίες συμμετείχε. Ειδική επιτροπή του Υπουργείου αναλύει και εξετάζει τον φάκελο και ενημερώνει τον ειδικευόμενο για τυχόν προβλήματα ή κενά εφόσον παρουσιάστηκαν με την προτροπή για κάλυψή τους την επόμενη χρονιά. Αν το υπουργείο διαπιστώσει ότι στο τέλος των υποχρεωτικών χρόνων ειδίκευσης, ο ειδικευόμενος δεν διαθέτει τον απαραίτητο αριθμό ιατρικών πράξεων μπορεί να προτείνει ακόμα και την παράταση της εκπαίδευσής του. Τέλος, συμμετέχει σε εξετάσεις που οργανώνονται από το υπουργείο και λαμβάνει τον τίτλο ειδικότητας, ενώ δεν προβλέπεται εργασιακή εμπειρία αντίστοιχης της υπηρεσίας υπαίθρου.

Όσον αφορά στην εκπαίδευσή του, συντονίζεται από το υπουργείο Παιδείας. Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, ο ειδικευόμενος ιατρός θεωρείται εκπαιδευόμενος, και για το λόγο αυτό η διαδικασία έναρξης της ειδικότητας συντονίζεται από τα ακαδημαϊκά ιδρύματα της χώρας. Με την ολοκλήρωσή βέβαια των απαιτούμενων χρόνων ειδίκευσης - φοίτησης παρέχεται και ο αντίστοιχος ακαδημαϊκός μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών. Για την έναρξη της ειδικότητας η οποία γίνεται με ενιαία τοποθέτηση τόσο για το γενικό όσο και το ειδικό μέρος της, το κάθε πανεπιστήμιο ορίζει την επιτροπή που θα επιλέξει μετά από εξετάσεις τους νέους ειδικευόμενους που θα φοιτήσουν στο πανεπιστήμιο. Η επιτροπή δεν



αποτελείται απαραίτητα μόνο από πανεπιστημιακούς ιατρούς, αλλά και από τους αναγνωρισμένους από το υπουργείο υγείας υπεύθυνους εκπαίδευσης και οι οποίοι ανήκουν στο δίκτυο των νοσοκομείων που υπάγονται και συνεργάζονται με το πανεπιστήμιο. Καθώς πρόκειται για ακαδημαϊκή χρονιά η εκπαίδευση ξεκινάει για όλους την ίδια χρονική στιγμή και η πρόσληψη στα νοσοκομεία γίνεται κάθε πρώτη Οκτωβρίου του τρέχοντος ακαδημαϊκού έτους. Ανάλογα με την ειδικότητα προβλέπονται υποχρεωτικά μαθήματα ειδικευομένων καθώς και ετήσιες συνεδρίες αξιολόγησης. Στο τελευταίο έτος της ειδικότητας ο ειδικευόμενος είναι υποχρεωμένος για να λάβει τον μεταπτυχιακό τίτλο να εκπονήσει και παρουσιάσει μία διπλωματική εργασία. Ο τίτλος βέβαια του απονέμεται μόνο εφόσον έχει επιτύχει στις εξετάσεις για την λήψη του τίτλου ειδικότητας (Arrêté ministériel 23 Avril 2014, ULB).

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο συγκεκριμένο μέρος της πτυχιακής διατριβής περιλαμβάνεται το εμπειρικό κομμάτι της έρευνας. Πιο αναλυτικά παρουσιάζονται ο σχεδιασμός της μελέτης ενώ ακολουθούν η περιγραφή του δείγματος των συμμετεχόντων, η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε και τέλος πραγματοποιείται λεπτομερής ερμηνεία των αποτελεσμάτων της ανάλυσης.

#### 2. ΣΚΟΠΟΣ-ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ

Σκοπός του ειδικού μέρους της παρούσας μελέτης και με αφορμή τα όσα αναλύθηκαν παραπάνω είναι να διερευνήσει και να συγκρίνει το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα ειδικευόμενων ιατρών που ασκούνται σε χειρουργικές ειδικότητες και υπηρετούν είτε στο Ελληνικό είτε στο Βελγικό Σύστημα Υγείας.

Το βασικό ερευνητικό ερώτημα που η μελέτη κλήθηκε να απαντήσει είναι το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι ειδικευόμενοι ιατροί που υπηρετούν στα δύο παραπάνω συστήματα. Επιπλέον μελετήθηκε το κατά πόσο η εμφάνιση του φαινομένου σχετίζεται με δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ή ακόμα και η χώρα εκπαίδευσής τους. Ελέγχθηκε ακόμη η ικανοποίηση των ειδικευομένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των νοσοκομείων στα οποία ασκούνται καθώς και από την προσωπική τους απόδοση. Τέλος, ερευνήθηκε ποιο είναι σύμφωνα με τους συμμετέχοντες στην μελέτη, το σημαντικότερο πρόβλημα που παρατηρείται στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία .

Σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία και τα ερευνητικά ερωτήματα, προέκυψαν οι ακόλουθες υποθέσεις. Αρχικά, αναμένονταν να βρεθούν αυξημένα επίπεδα εξουθένωσης για τις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης ενώ μέτρια

για εκείνη των προσωπικών επιτευγμάτων. Δεν αναμενόταν ωστόσο, να υπάρξει διαφοροποίηση ανάμεσα στους ειδικευόμενους που υπηρετούν στο Ελληνικό και σε εκείνους που υπηρετούν στο Βελγικό σύστημα υγείας αναφορικά με την παραπάνω υπόθεση. Επιπλέον δεν αναμενόταν να υπάρξει διαφοροποίηση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στα δύο φύλα, ενώ θεωρήθηκε πιθανό να υπάρξει θετική συσχέτιση με το είδος και έτος της ειδικότητας. Αναλυτικότερα, οι ειδικευόμενοι στα πρώτα έτη της εκπαίδευσής τους θεωρήθηκε πιθανότερο να εκδηλώσουν στοιχεία εξουθένωσης. Παράλληλα, αναμενόταν χαμηλότερα ποσοστά εξουθένωσης στους έγγαμους συμμετέχοντες σε σχέση με τους άγαμους λόγω της ενασχόλησής τους με τις οικογενειακές υποχρεώσεις, που εκ των πραγμάτων μειώνουν την τριβή και τις ώρες εργασίας, καθώς και εξαιτίας της εμπειρίας τους στην διαχείριση συναισθηματικών συγκρούσεων όπως και λόγω των διαφορετικών προτεραιοτήτων που θέτουν στη ζωή τους.

Η πρωτοτυπία της μελέτης έγκειται στο συγκριτικό της χαρακτήρα καθώς και στις ομάδες μελέτης αφού σύμφωνα με τις γνώσεις του συγγραφέα δεν υπάρχουν άλλες δημοσιευμένες μελέτες που να επικεντρώνονται αποκλειστικά στους ειδικευόμενους ιατρούς χειρουργικών ειδικοτήτων.

## 2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ – ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

Σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο και βάσει της μεθοδολογίας της έρευνας, θεωρήθηκε ικανό για την εξαγωγή συμπερασμάτων ένα δείγμα τουλάχιστον 50 συμμετεχόντων ανά κατηγορία ελέγχου. Τα κριτήρια επιλογής ήταν οι συμμετέχοντες να είναι ειδικευόμενοι χειρουργικής ειδικότητας και να υπηρετούν σε αναγνωρισμένες μονάδες για χορήγηση μερικής ή πλήρους ειδικότητας από το Ελληνικό ή το Βελγικό κράτος. Πρόκειται λοιπόν, για μία συγχρονική μελέτη του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης των παραπάνω ειδικευομένων. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο του 2015 ως τον Ιανουάριο του 2016 ενώ το ποσοστό συμμετοχής ήταν για τους μεν Έλληνες ειδικευόμενους 67% ενώ για τους Βέλγους ελαφρώς υψηλότερο και άγγιζε το 78%.

Αναφορικά με το δείγμα των ειδικευομένων που προέρχονται από την Ελλάδα, προήλθε από τα νοσοκομεία που ανήκουν στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας και πιο συγκεκριμένα στη Θεσσαλονίκη, όπου ο ερευνητής είχε πρόσβαση λόγω σπουδών, όπως για παράδειγμα τα νοσοκομεία: Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Γ.Ν.Θ. Παπανικολάου, Γ.Ν.Θ.

Ιπποκράτειο, Π.Γ.Ν.Θ. Α.Χ.Ε.Π.Α., Γ.Ν.Θ. Άγιος Παύλος. Σε ότι αφορά το δείγμα των ειδικευόμενων του Βελγίου, προέκυψε από τα νοσοκομεία που ανήκουν στο δίκτυο του γαλλόφωνου Ελεύθερου Πανεπιστήμιου των Βρυξελλών, στο οποίο φοίτησε ο ερευνητής, και πιο αναλυτικά πρόκειται για τα νοσοκομεία: Hôpital Universitaire Erasme, C.H.U. Tivoli, C.H.U. Saint-Pierre, C.H.U. Brugmann, C.H.I.R.E.C., C.H.U Ambroise Paré.

Είναι βασικό να αναφερθεί ότι ο περιορισμός του δείγματος των συμμετεχόντων μόνο σε ειδικευόμενους χειρουργικών ειδικοτήτων (π.χ. γενική χειρουργική, ορθοπαιδική, γυναικολογία, ουρολογία κ.α.) επιλέχθηκε με σκοπό να συγκεντρωθεί ένα πιο ομοιόμορφο και ομοιογενές δείγμα πληθυσμού συμμετεχόντων τόσο σε ποσοτικά όσο και σε ποιοτικά χαρακτηριστικά από το οποίο θα μπορούσαν να εξαχθούν αξιόπιστα αποτελέσματα που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση.

Η δειγματοληψία έγινε με δείγμα ευκολίας ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι η συμμετοχή των ειδικευόμενων ιατρών ήταν εθελοντική κατόπιν πληροφορημένης συγκατάθεσης ενώ οι συμμετέχοντες διατηρούσαν ακέραιο το δικαίωμα αποχώρησής τους ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της μελέτης χωρίς καμία επίπτωση ή υποχρέωση για αιτιολόγηση της απόφασής τους. Επίσης λήφθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων μέσα από διαδικασίες ανωνυμοποίησης των δεδομένων.

Ανεξάρτητες μεταβλητές στη μελέτη μας ήταν το φύλο, η χώρα εργασίας, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η ειδικότητα και έτος ειδικότητας ενώ εξαρτημένες μεταβλητές η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα.

### 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ανακύπτουν έπειτα από την επεξεργασία των πληροφοριών που λήφθηκαν από το ανώνυμο ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο ενότητες όπου η πρώτη περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ενώ στη δεύτερη χρησιμοποιήθηκε και ενσωματώθηκε για τη μέτρηση των μεταβλητών της επαγγελματικής εξουθένωσης το ευρέως διαδεδομένο και πολλάκις

χρησιμοποιημένο σε μελέτες αντίστοιχου ενδιαφέροντος ερωτηματολόγιο «Maslach Burnout Inventory».

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο είναι μεταφρασμένο και σταθμισμένο τόσο για τον ελληνικό όσο και το βελγικό πληθυσμό και καταγράφει το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο αναλυτικά, αποτελείται από 22 ερωτήσεις που αναφέρονται στα συναισθήματα των επαγγελματιών υγείας και είναι διαιρεμένο σε τρεις κατηγορίες αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης: α) την συναισθηματική εξάντληση που αξιολογείται από 7 ερωτήσεις, β) την αποπροσωποποίηση που εκτιμάται από 7 ερωτήσεις και γ) από τα προσωπικά επιτεύγματα που μετριοούνται από 8 ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν την απάντησή τους από μία κλίμακα Likert 7 στοιχείων που κυμαίνεται από το 0 έως το 6. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή εσωτερικής συνοχής alpha του Cronbach και για τις τρεις κλίμακες και ήταν 0,7 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Αναφορικά με την κλίμακα «συναισθηματική εξάντληση» περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις: 1, 2, 6, 8, 13, 14 και 16. Η κλίμακα λαμβάνει τιμές 0 έως 42 με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη εξουθένωση. Τιμές <18 δηλώνουν μικρή εξουθένωση, τιμές 18 έως 29 δηλώνουν μέτρια εξουθένωση και τιμές >29 δηλώνουν μεγάλη εξουθένωση. Στην κλίμακα «αποπροσωποποίηση» περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις: 3, 5, 10, 11, 15, 20 και 22. Η κλίμακα λαμβάνει τιμές 0 έως 42 με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη εξουθένωση. Τιμές <6 δηλώνουν μικρή εξουθένωση, τιμές 6 έως 11 δηλώνουν μέτρια εξουθένωση και τιμές >11 δηλώνουν μεγάλη εξουθένωση. Τέλος στην κλίμακα «προσωπικά επιτεύγματα» περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 και 21. Η κλίμακα λαμβάνει τιμές 0 έως 48 με τις μικρότερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη εξουθένωση. Τιμές <34 δηλώνουν μεγάλη εξουθένωση, τιμές 34 έως 39 δηλώνουν μέτρια εξουθένωση και τιμές >39 δηλώνουν μικρή εξουθένωση.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τον ίδιο τον ερευνητή, αφού προηγήθηκε ενημέρωση σχετικά με το είδος και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Παράλληλα, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στον εθελοντικό χαρακτήρα και την ανωνυμία των συμμετεχόντων.

#### 4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  (chi-square test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  για τάση (chi-square trend test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που  $>2$  ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

## 2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τα διανεμηθέντα ερωτηματολόγια τόσο σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά που αφορούν στα συστήματα υγείας όσο και στα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως αυτά απορρέουν από το ερωτηματολόγιο της Maslach. Θα παρουσιαστούν επίσης και οι συσχετίσεις που προέκυψαν.

### 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 100 ειδικευόμενους ιατρούς, εκ των οποίων οι 50 εργάζονται στην Ελλάδα και οι 50 στο Βέλγιο. Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών. Το 55% των ιατρών ήταν άντρες, η μέση ηλικία τους ήταν 31,2 έτη, το 56% ήταν έγγαμοι, ο μέσος αριθμός ετών ειδικότητας ήταν 3,4 και το 32% ήταν ειδικευόμενοι στη γυναικολογία, το 26% στην ορθοπαιδική, το 23% στη γενική χειρουργική και το 19% στην ουρολογία.

**Πίνακας 2.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών.

<b>Χαρακτηριστικά</b>	<b>N (%)</b>
Φύλο	
Γυναίκες	45 (45)
Άντρες	55 (55)
Χώρα εργασίας	
Βέλγιο	50 (50)
Ελλάδα	50 (50)
Ηλικία	31,2 (2,9) <sup>a</sup>
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμοι	56 (56)
Έγγαμοι	43 (43)
Διαζευγμένοι	1 (1)
Ειδικότητα	
Ορθοπαιδική	26 (26)
Γυναικολογία	32 (32)
Ουρολογία	19 (19)
Γενική χειρουργική	23 (23)
Έτος ειδικότητας	3,4 (1,4) <sup>a</sup>

<sup>a</sup> μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

## 2.2 Χαρακτηριστικά που αφορούν στο σύστημα υγείας

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τα χαρακτηριστικά που αφορούν στο σύστημα υγείας. Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου τέθηκαν στους συμμετέχοντες 3 ερωτήσεις σχετικά με το σύστημα υγείας στο οποίο υπηρετούν. Η πρώτη ερώτηση αφορούσε στο κατά πόσο είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες που το σύστημα υγείας προσφέρει στους χρήστες τους. Οι απαντήσεις τους δίνονται μέσα από μία κλίμακα Likert 5 στοιχείων που κυμαίνονται από το καθόλου ευχαριστημένοι ως το πολύευχαριστημένοι. Η δεύτερη ερώτηση αφορά στο βασικότερο πρόβλημα των παρεχόμενων υπηρεσιών όπως αυτό το αντιλαμβάνονται οι συμμετέχοντες μέσα από μία «κλειστή» ερώτηση με δυνατές



απαντήσεις τις λίστες αναμονής για τα Εξωτερικά Ιατρεία, τις λίστες αναμονής για το χειρουργείο, την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών στην εφημερία, την έλλειψη υλικών (Φάρμακα, αναλώσιμα), και την απουσία συστηματικής παρακολούθησης των ασθενών. Τέλος, η τρίτη ερώτηση αφορά στην ικανοποίηση που αισθάνονται από τις υπηρεσίες που οι ίδιοι παρέχουν στους ασθενείς. Οι απαντήσεις τους δίνονται επίσης μέσα από την ίδια κλίμακα Likert 5 των στοιχείων με διακυμάνσεις από το καθόλου ευχαριστημένος ως το πολύ ευχαριστημένος.

Στα αποτελέσματα, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στη χώρα εργασίας και στην ικανοποίηση από το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών από τα νοσοκομεία ( $p=0,9$ ), ούτε και στην ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρών στους ασθενείς τους ( $p=0,5$ ). Πιο αναλυτικά, το 10% των Βέλγων και το 14% των Ελλήνων ειδικευομένων δήλωσαν καθόλου ή λίγο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των νοσοκομείων, το 44% και 40% αντίστοιχα μέτρια ικανοποιημένοι και το 46% και των δύο ομάδων πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Αναφορικά με την ικανοποίηση που νιώθουν από την αποδοτικότητά τους, οι μεν Έλληνες ειδικευόμενοι δήλωσαν ότι αισθάνονται καθόλου ή λίγο ικανοποιημένοι σε ποσοστό 16%, μέτρια ικανοποιημένοι σε ποσοστό 38% και πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 46% ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά των Βέλγων ήταν 8%, 40% και 52%. Αντίθετα βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη χώρα εργασίας και στο σημαντικότερο πρόβλημα στις παρεχόμενες υπηρεσίες που προσφέρονται από τα νοσοκομεία ( $p=0,002$ ). Πιο συγκεκριμένα, τα σημαντικότερα προβλήματα στην Ελλάδα ήταν η λίστα αναμονής για τα εξωτερικά ιατρεία σε ποσοστό 36%, η λίστα αναμονής για το χειρουργείο σε ποσοστό 24% και η έλλειψη υλικών σε ποσοστό 12%, ενώ στο Βέλγιο ήταν η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών στην εφημερία σε ποσοστό 60% και η απουσία συστηματικής παρακολούθησης δηλαδή του επανελέγχου σε ποσοστό 8%.

**Πίνακας 3.** Οι απαντήσεις αναφορικά με τα χαρακτηριστικά που αφορούν το σύστημα υγείας.

Χώρα εργασίας	Ερώτηση					Τιμή p
	<b>Ικανοποίηση από το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών από τα νοσοκομεία</b>					0,9 <sup>α</sup>
	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Πάρα πολύ</b>	
Βέλγιο	2 (4)	3 (6)	22 (44)	21 (42)	2 (4)	
Ελλάδα	2 (4)	5 (10)	20 (40)	18 (36)	5 (10)	
	<b>Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρών στους ασθενείς τους</b>					0,5 <sup>α</sup>
	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Πάρα πολύ</b>	
Βέλγιο	0 (0)	4 (8)	20 (40)	24 (48)	2 (4)	
Ελλάδα	1 (2)	7 (14)	19 (38)	18 (36)	5 (10)	
	<b>Σημαντικότερο πρόβλημα στις παρεχόμενες υπηρεσίες από τα νοσοκομεία</b>					<b>0,002<sup>β</sup></b>
	<b>Λίστα αναμονής για τα εξωτερικά ιατρεία</b>	<b>Λίστα αναμονής για X/O</b>	<b>Αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών στην εφημερία</b>	<b>Έλλειψη υλικών</b>	<b>Απουσία συστηματικής παρακολούθησης</b>	
Βέλγιο	11 (22)	3 (6)	30 (60)	2 (4)	4 (8)	
Ελλάδα	18 (36)	12 (24)	12 (24)	6 (12)	2 (4)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) <sup>α</sup> έλεγχος  $\chi^2$  για τάση <sup>β</sup> έλεγχος  $\chi^2$

## 2.3 Ερωτηματολόγιο εξουθένωσης της Maslach

### 2.3.1. Συναισθηματική εξάντληση

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις 7 ερωτήσεις της κλίμακας «συναισθηματική εξάντληση» του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Maslach.

Το 42% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα συναισθηματικά εξαντλημένοι από την δουλειά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 38%.

Το 44% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα άδεια σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα τους, την ώρα που σχολάζει από την δουλειά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 12%.

Το 12% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα είναι πολύ κουραστικό να δουλεύουν με ανθρώπους όλη μέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 28%.

Το 22% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα εξουθενωμένοι από την δουλειά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 42%.

Το 26% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα απογοητευμένοι από τη δουλειά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 20%.

Το 32% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα ότι εργάζονται πολύ σκληρά στη δουλειά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 30%.

Το 14% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα τους δημιουργεί άγχος το να εργάζονται σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 22%.

Η μέση βαθμολογία συναισθηματικής εξάντλησης για τους ιατρούς στο Βέλγιο ήταν 17,1, η τυπική απόκλιση ήταν 6,8, η διάμεσος ήταν 18, η ελάχιστη τιμή ήταν 5 και η μέγιστη τιμή ήταν 28.

Η μέση βαθμολογία συναισθηματικής εξάντλησης για τους ιατρούς στην Ελλάδα ήταν 18,1, η τυπική απόκλιση ήταν 4,8, η διάμεσος ήταν 18, η ελάχιστη τιμή ήταν 5 και η μέγιστη τιμή ήταν 27.

Το 50% (n=25) των ιατρών στο Βέλγιο είχαν μικρή εξουθένωση και το 50% (n=25) είχαν μέτρια εξουθένωση. Το 46% (n=23) των ιατρών στην Ελλάδα είχαν μικρή εξουθένωση και το 54% (n=27) είχαν μέτρια εξουθένωση. Οι ιατροί στην Ελλάδα ήταν εξουθενωμένοι στον ίδιο βαθμό αναφορικά με την κλίμακα «συναισθηματική εξάντληση» σε σχέση με τους ιατρούς στο Βέλγιο ( $p=0,7$ ).

**Πίνακας 4.** Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις 7 ερωτήσεις της κλίμακας «συναισθηματικής εξάντλησης» του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Maslach.

Χώρα εργασίας	Ερώτηση						
	Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος/η από την δουλειά μου						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	2 (4)	14 (26)	4 (8)	10 (20)	10 (20)	9 (18)	2 (4)
Ελλάδα	2 (4)	8 (16)	7 (14)	14 (28)	7 (14)	5 (10)	7 (14)
	Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από την δουλειά						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	0 (0)	7 (14)	2 (4)	19 (38)	8 (16)	14 (28)	0 (0)
Ελλάδα	1 (2)	12 (24)	19 (38)	12 (24)	4 (8)	2 (4)	0 (0)
	Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη μέρα						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	14 (28)	12 (24)	10 (20)	8 (16)	4 (8)	1 (2)	1 (2)
Ελλάδα	3 (6)	4 (8)	11 (22)	18 (36)	7 (14)	3 (6)	4 (8)
	Αισθάνομαι εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	4 (8)	13 (26)	12 (24)	10 (20)	5 (10)	4 (8)	2 (4)
Ελλάδα	2 (4)	4 (8)	8 (16)	15 (30)	10 (20)	9 (18)	2 (4)
	Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	6 (12)	15 (30)	7 (14)	9 (18)	10 (20)	0 (0)	3 (6)
Ελλάδα	16 (32)	11 (22)	5 (10)	5 (10)	4 (8)	5 (10)	1 (2)
	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	3 (6)	8 (16)	12 (24)	11 (22)	5 (10)	9 (18)	2 (4)
Ελλάδα	3 (6)	7 (14)	13 (26)	12 (24)	9 (18)	6 (12)	0 (0)
	Μου δημιουργεί άγχος το να εργάζομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	17 (34)	11 (22)	9 (18)	6 (12)	5 (10)	1 (2)	1 (2)
Ελλάδα	9 (18)	16 (32)	7 (14)	7 (14)	9 (18)	0 (0)	2 (4)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

### 2.3.2. Αποπροσωποποίηση

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις 7 ερωτήσεις της κλίμακας «αποπροσωποποίηση» του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Maslach.

Το 34% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα κουρασμένοι όταν ξυπνούν το πρωί και έχουν να αντιμετωπίσουν ακόμα μια μέρα στη δουλειά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 36%.

Το 34% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα ότι συμπεριφέρονται απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς, σαν να ήταν αντικείμενα ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 32%

Το 18% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα λιγότερο ευαίσθητοι προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισαν αυτή τη δουλειά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 66%.

Το 40% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι ανησυχούν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα ότι αυτή η δουλειά τους κάνει συναισθηματικά πιο σκληρούς, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 60%.

Το 18% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι δεν ενδιαφέρονται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα πραγματικά για το τι συμβαίνει σε ορισμένους από τους ασθενείς τους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 72%.

Το 30% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα σαν να είναι στο τέλος και ότι δεν αντέχουν άλλο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 10%.

Το 20% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νομίζουν ότι τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα οι ασθενείς επιρρίπτουν σε αυτούς ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 54%.

Η μέση βαθμολογία αποπροσωποποίησης για τους ιατρούς στο Βέλγιο ήταν 17,4, η τυπική απόκλιση ήταν 7, η διάμεσος ήταν 18, η ελάχιστη τιμή ήταν 2 και η μέγιστη τιμή ήταν 36.

Η μέση βαθμολογία αποπροσωποποίησης για τους ιατρούς στην Ελλάδα ήταν 23,4, η τυπική απόκλιση ήταν 6,5, η διάμεσος ήταν 24, η ελάχιστη τιμή ήταν 8 και η μέγιστη τιμή ήταν 35.

Το 6% (n=3) των ιατρών στο Βέλγιο είχαν μικρή εξουθένωση, το 14% (n=7) είχαν μέτρια εξουθένωση και το 80% (n=40) είχαν μεγάλη εξουθένωση. Το 8% (n=4) των ιατρών στην Ελλάδα είχαν μέτρια εξουθένωση και το 92% (n=46) είχαν μεγάλη εξουθένωση. Οι ιατροί στην Ελλάδα ήταν εξουθενωμένοι σε μεγαλύτερο βαθμό αναφορικά με την κλίμακα «αποπροσωποποίηση» σε σχέση με τους ιατρούς στο Βέλγιο ( $p=0,046$ ).

**Πίνακας 5.** Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις 7 ερωτήσεις της κλίμακας «αποπροσωποποίηση» του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Maslach.

Χώρα εργασίας	Ερώτηση						
	<b>Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	1 (2)	5 (10)	6 (12)	14 (28)	10 (20)	7 (7)	7 (7)
Ελλάδα	1 (2)	1 (2)	11 (22)	19 (38)	9 (18)	6 (12)	3 (6)
	<b>Αισθάνομαι ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς, σαν να ήταν αντικείμενα</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	10 (20)	11 (22)	6 (12)	6 (12)	9 (18)	8 (16)	0 (0)
Ελλάδα	5 (10)	7 (14)	11 (22)	11 (22)	6 (12)	8 (16)	2 (4)
	<b>Αισθάνομαι λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	7 (14)	11 (22)	9 (18)	14 (28)	2 (4)	5 (10)	2 (4)
Ελλάδα	2 (4)	7 (14)	3 (6)	4 (8)	11 (22)	16 (32)	7 (14)
	<b>Ανησυχώ ότι αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	9 (18)	7 (14)	3 (6)	11 (22)	6 (12)	12 (24)	2 (4)
Ελλάδα	3 (6)	8 (16)	0 (0)	9 (18)	8 (16)	13 (26)	9 (18)
	<b>Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το τι συμβαίνει σε ορισμένους από τους ασθενείς μου</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	15 (30)	12 (24)	5 (10)	9 (18)	2 (4)	6 (12)	1 (2)
Ελλάδα	3 (6)	3 (6)	2 (4)	6 (12)	6 (12)	12 (24)	18 (36)
	<b>Νιώθω σαν να είμαι στο τέλος/δεν αντέχω άλλο</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	4 (8)	15 (30)	9 (18)	7 (14)	8 (16)	7 (14)	0 (0)
Ελλάδα	7 (14)	18 (36)	9 (18)	11 (22)	3 (6)	2 (4)	0 (0)
	<b>Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	7 (14)	16 (32)	8 (16)	9 (18)	6 (12)	4 (8)	0 (0)
Ελλάδα	3 (6)	5 (10)	4 (8)	11 (22)	7 (14)	12 (24)	8 (16)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

### 2.3.3. Προσωπικά επιτεύγματα

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις 8 ερωτήσεις της κλίμακας «προσωπικά επιτεύγματα» του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Maslach.

Το 66% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα ότι μπορούν εύκολα να καταλάβουν πώς αισθάνονται οι ασθενείς τους για όσα τους συμβαίνουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 52%.

Το 78% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα ότι αντιμετωπίζουν πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών τους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 54%.

Το 74% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι αισθάνονται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα ότι επηρεάζουν θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από την δουλειά τους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 22%.

Το 46% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα γεμάτοι δύναμη και ενεργητικότητα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 36%.

Το 70% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα ότι μπορούν να δημιουργούν μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς τους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 40%.

Το 64% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα στο τέλος της μέρας, νιώθουν αναζωογονημένοι που δούλεψαν στενά με τους ασθενείς τους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 76%.

Το 68% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι νιώθουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα ότι έχουν καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτήν τη δουλειά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 44%.

Το 46% των ιατρών στο Βέλγιο δήλωσαν ότι τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα αντιμετωπίζουν πολύ ήρεμα τα συναισθηματικά προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά τους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 30%.

Η μέση βαθμολογία προσωπικών επιτευγμάτων για τους ιατρούς στο Βέλγιο ήταν 32,4, η τυπική απόκλιση ήταν 6,5, η διάμεσος ήταν 32, η ελάχιστη τιμή ήταν 22 και η μέγιστη τιμή ήταν 36.



Η μέση βαθμολογία προσωπικών επιτευγμάτων για τους ιατρούς στην Ελλάδα ήταν 26,4, η τυπική απόκλιση ήταν 6,5, η διάμεσος ήταν 27, η ελάχιστη τιμή ήταν 13 και η μέγιστη τιμή ήταν 46.

Το 20% (n=10) των ιατρών στο Βέλγιο είχαν μικρή εξουθένωση, το 22% (n=11) είχαν μέτρια εξουθένωση και το 58% (n=29) είχαν μεγάλη εξουθένωση. Το 6% (n=3) των ιατρών στην Ελλάδα είχαν μικρή εξουθένωση, το 6% (n=3) είχαν μέτρια εξουθένωση και το 88% (n=44) είχαν μεγάλη εξουθένωση. Οι ιατροί στην Ελλάδα ήταν εξουθενωμένοι σε μεγαλύτερο βαθμό αναφορικά με την κλίμακα «προσωπικά επιτεύγματα» σε σχέση με τους ιατρούς στο Βέλγιο ( $p=0,002$ ).

**Πίνακας 6.** Οι απαντήσεις των ιατρών αναφορικά με τις 8 ερωτήσεις της κλίμακας «προσωπικά επιτεύγματα» του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Maslach.

Χώρα εργασίας	Ερώτηση						
	<b>Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς αισθάνονται οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	1 (2)	2 (4)	5 (10)	9 (18)	13 (26)	13 (26)	7 (14)
Ελλάδα	2 (4)	2 (4)	8 (16)	12 (24)	10 (20)	9 (18)	7 (14)
	<b>Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	0 (0)	1 (2)	1 (2)	9 (18)	11 (22)	11 (22)	17 (34)
Ελλάδα	0 (0)	1 (2)	5 (10)	17 (34)	8 (16)	8 (16)	11 (22)
	<b>Αισθάνομαι ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από την δουλειά μου</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	1 (2)	4 (8)	5 (10)	3 (6)	13 (26)	16 (32)	8 (16)
Ελλάδα	4 (8)	13 (26)	11 (22)	11 (22)	4 (8)	3 (6)	4 (8)
	<b>Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	3 (6)	5 (10)	11 (22)	8 (16)	8 (16)	14 (28)	1 (2)
Ελλάδα	4 (8)	7 (14)	11 (22)	10 (20)	5 (10)	10 (20)	3 (6)
	<b>Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	0 (0)	1 (2)	2 (4)	7 (14)	9 (18)	13 (26)	18 (26)
Ελλάδα	3 (6)	7 (14)	10 (20)	10 (20)	6 (12)	9 (18)	5 (10)
	<b>Στο τέλος της μέρας, νιώθω αναζωογονημένος που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	2 (4)	4 (8)	1 (2)	11 (22)	10 (20)	13 (26)	9 (18)
Ελλάδα	0 (0)	2 (4)	2 (4)	8 (16)	7 (14)	13 (26)	18 (36)
	<b>Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτήν τη δουλειά</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	1 (2)	3 (6)	3 (6)	9 (18)	8 (16)	16 (32)	10 (20)
Ελλάδα	2 (4)	11 (22)	4 (8)	11 (22)	7 (14)	11 (22)	4 (8)
	<b>Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα συναισθηματικά προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου</b>						
	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά
Βέλγιο	1 (2)	1 (2)	8 (16)	17 (34)	2 (4)	13 (26)	8 (16)
Ελλάδα	4 (8)	14 (28)	11 (22)	6 (12)	7 (14)	7 (14)	1 (2)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

#### **2.3.4. Επίπεδα Εξουθένωσης**

Για την τελική αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως φαίνεται και από τα παραπάνω στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένες οριακές τιμές. Υπενθυμίζεται ότι σύμφωνα με τους Maslach and Jackson (1981) τα υψηλά επίπεδα εξουθένωσης σημειώνονται για την κλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης από παρομοίως υψηλές τιμές σύμφωνα με τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιό τους, σε αντίθεση με την κλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων όπου τα υψηλά επίπεδα εξουθένωσης παρατηρούνται με χαμηλές τιμές.

### 3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

#### 3.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: συναισθηματική εξάντληση

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συναισθηματικής εξάντλησης.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας συναισθηματικής εξάντλησης και της οικογενειακής κατάστασης και του έτους ειδικότητας. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία καμία ανεξάρτητη μεταβλητή δεν σχετίζονταν με τη βαθμολογία συναισθηματικής εξάντλησης.

**Πίνακας 7.** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συναισθηματικής εξάντλησης.

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία συναισθηματικής εξάντλησης	Τιμή p
Φύλο		0,3 <sup>α</sup>
Γυναίκες	18,3 (6,1)	
Άντρες	17,0 (5,7)	
Χώρα εργασίας		0,4 <sup>α</sup>
Βέλγιο	17,1 (6,8)	
Ελλάδα	18,1 (4,9)	
Ηλικία	-0,12 <sup>β</sup>	0,24 <sup>β</sup>
Οικογενειακή κατάσταση		<b>0,2<sup>α</sup></b>
Άγαμοι/διαζευγμένοι	18,3 (5,6)	
Έγγαμοι	16,6 (6,2)	
Ειδικότητα		0,7 <sup>γ</sup>
Ορθοπαιδική	16,8 (6,0)	
Γυναικολογία	18,3 (6,6)	
Ουρολογία	18,2 (4,9)	
Γενική χειρουργική	17,0 (5,6)	
Έτος ειδικότητας	-0,15 <sup>β</sup>	<b>0,1<sup>β</sup></b>
Ικανοποίηση από το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών από τα νοσοκομεία	0,08 <sup>δ</sup>	0,3 <sup>δ</sup>
Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρών στους ασθενείς τους	-0,03 <sup>β</sup>	0,7 <sup>β</sup>

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> έλεγχος t <sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson <sup>γ</sup> ανάλυση διασποράς <sup>δ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

### 3.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: αποπροσωποποίηση

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αποπροσωποποίησης.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας αποπροσωποποίησης και της χώρας εργασίας, της ηλικίας και του έτους ειδικότητας. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 9.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ιατροί στην Ελλάδα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία αποπροσωποποίησης σε σχέση με τους ιατρούς στο Βέλγιο.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 16,1% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας αποπροσωποποίησης.

**Πίνακας 8.** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αποπροσωποποίησης.

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία αποπροσωποποίησης	Τιμή p
Φύλο		0,8 <sup>α</sup>
Γυναίκες	20,6 (7,6)	
Άντρες	20,2 (7,2)	
Χώρα εργασίας		<0,001 <sup>α</sup>
Βέλγιο	17,4 (7,0)	
Ελλάδα	23,4 (6,5)	
Ηλικία	0,18 <sup>β</sup>	0,07 <sup>β</sup>
Οικογενειακή κατάσταση		0,5 <sup>α</sup>
Αγαμιοι/διαζευγμένοι	20,8 (6,7)	
Έγγαμοι	19,8 (8,2)	
Ειδικότητα		0,8 <sup>γ</sup>
Ορθοπαιδική	19,8 (7,4)	
Γυναικολογία	21,5 (7,5)	
Ουρολογία	19,6 (7,6)	
Γενική χειρουργική	20,0 (7,3)	
Έτος ειδικότητας	-0,33 <sup>β</sup>	0,001 <sup>β</sup>
Ικανοποίηση από το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών από τα νοσοκομεία	0,03 <sup>δ</sup>	0,8 <sup>δ</sup>
Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρών στους ασθενείς τους	-0,06 <sup>β</sup>	0,5 <sup>β</sup>

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> έλεγχος t <sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson <sup>γ</sup> ανάλυση διασποράς <sup>δ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

**Πίνακας 9.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αποπροσωποποίησης.

	<b>Συντελεστής b</b>	<b>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b</b>	<b>Τιμή p</b>
Ιατροί στην Ελλάδα σε σχέση με το Βέλγιο	6,0	3,3 έως 8,7	<0,001

### 3.3 Εξαρτημένη μεταβλητή: προσωπικά επιτεύγματα

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσωπικών επιτευγμάτων.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας προσωπικών επιτευγμάτων και της χώρας εργασίας, της ηλικίας, της ειδικότητας και του έτους ειδικότητας. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 11.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ιατροί στο Βέλγιο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία προσωπικών επιτευγμάτων σε σχέση με τους ιατρούς στην Ελλάδα. Επομένως, οι ιατροί στην Ελλάδα ήταν περισσότερο εξουθενωμένοι σε σχέση με τους ιατρούς στο Βέλγιο.
- Οι γυναικολόγοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία προσωπικών επιτευγμάτων σε σχέση με τους γενικούς χειρουργούς. Επομένως, οι γενικοί χειρουργοί ήταν περισσότερο εξουθενωμένοι σε σχέση με τους γυναικολόγους.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 20% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας προσωπικών επιτευγμάτων.

**Πίνακας 10.** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσωπικών επιτευγμάτων.

Χαρακτηριστικό	Βαθμολογία προσωπικών επιτευγμάτων	Τιμή p
Φύλο		0,6 <sup>α</sup>
Γυναίκες	29,8 (7,0)	
Άντρες	29,1 (7,4)	
Χώρα εργασίας		<0,001 <sup>α</sup>
Βέλγιο	32,4 (6,5)	
Ελλάδα	26,4 (6,6)	
Ηλικία	-0,15 <sup>β</sup>	0,2 <sup>β</sup>
Οικογενειακή κατάσταση		0,5 <sup>α</sup>
Αγαμιο/διαζευγμένοι	28,5 (7,0)	
Έγγαμοι	30,6 (7,3)	
Ειδικότητα		0,03 <sup>γ</sup>
Ορθοπαιδική	29,3 (6,2)	
Γυναικολογία	31,4 (6,9)	
Ουρολογία	30,3 (6,9)	
Γενική χειρουργική	25,8 (7,9)	
Έτος ειδικότητας	0,33 <sup>β</sup>	0,001 <sup>β</sup>
Ικανοποίηση από το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών από τα νοσοκομεία	0,11 <sup>δ</sup>	0,3 <sup>δ</sup>
Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρών στους ασθενείς τους	-0,11 <sup>β</sup>	0,3 <sup>β</sup>

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> έλεγχος t <sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson<sup>γ</sup> ανάλυση διασποράς<sup>δ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

**Πίνακας 11.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία προσωπικών επιτευγμάτων.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ιατροί στο Βέλγιο σε σχέση με την Ελλάδα	6,0	3,5 έως 8,6	<0,001
Γυναικολόγοι σε σχέση με γενικούς χειρουργούς	3,2	0,4 έως 5,9	0,026

### 3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς χειρουργικών ειδικοτήτων που εκπαιδεύονται είτε στο Ελληνικό είτε στο Βελγικό σύστημα υγείας. Για την έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο πενήντα ειδικευόμενοι από το κάθε σύστημα. Σύμφωνα με τις γνώσεις του μελετητή αν και η βιβλιογραφία έχει να επιδείξει πλήθος μελετών που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση των ειδικευόμενων, είναι μία από τις πρώτες συγκριτικές μελέτες δύο διαφορετικών συστημάτων και η οποία επικεντρώνεται μόνο σε ειδικευόμενους χειρουργικών ειδικοτήτων. Τα βασικότερα συμπεράσματα που εξάχθηκαν από την μελέτη θα παρουσιαστούν αναλυτικά παρακάτω:

Τα αποτελέσματα της έρευνας αποδεικνύουν ότι στους ειδικευόμενους και των δύο συστημάτων υγείας παρατηρείται το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σχετικά με τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης, οι οποίες μας πληροφορούν για τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται από αυτούς η εξουθένωση, βρέθηκε ότι παρουσιάζουν μέτρια συναισθηματική εξάντληση περίπου οι μισοί ειδικευόμενοι και των δύο συστημάτων (50% των ερωτηθέντων Ελλήνων ειδικευόμενων και 54% των Βέλγων). Παρατηρήθηκαν επίσης υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και στις δύο ομάδες μελέτης (80% για τους Έλληνες ειδικευόμενους και 92% για τους Βέλγους), με στατιστικά σημαντική διαφορά, καθώς οι Έλληνες ειδικευόμενοι φαίνεται να είναι εξουθενωμένοι σε μεγαλύτερο βαθμό από τους αντίστοιχους Βέλγους. Τέλος, αναφορικά με τα προσωπικά επιτεύγματα παρατηρήθηκαν και πάλι υψηλά ποσοστά και στις δύο ομάδες με τους μεν ειδικευόμενους στην Ελλάδα να παρουσιάζουν κατά 88% υψηλή εξουθένωση τους δε ειδικευόμενους στο Βέλγιο κατά 58%, διαφορά που ήταν επίσης στατιστικά σημαντική.

Διαπιστώθηκε δηλαδή ότι οι ειδικευόμενοι των χειρουργικών ειδικοτήτων τόσο στην Ελλάδα όσο και στο Βέλγιο έχουν μέτρια συναισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, ενώ παρατηρείται υψηλή αίσθηση ανικανότητας, μειωμένη απόδοσης και αποξένωσης από τους ασθενείς τους.

Πιο αναλυτικά, φαίνεται οι ειδικευόμενοι να παρουσιάζουν μέτρια ενέργεια και διάθεση για τη δουλειά τους ενώ είναι απόμακροι, κυνικοί, αποξενωμένοι και με επιθετικές τάσεις απέναντι στους ασθενείς τους. Παράλληλα, αισθάνονται ανίκανοι να προσφέρουν στον εργασιακό τους χώρο και δεν είναι αποδοτικοί.



Τα αποτελέσματα της ανά χείρας έρευνας ταυτίζονται και με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών. Για παράδειγμα στην έρευνά τους οι Becker et al. (2006) μελέτησαν τη συσχέτιση της επαγγελματικής ικανοποίησης των ειδικευομένων στην μαιευτική-γυναικολογία και την επίδραση που έχει στην επαγγελματική εξουθένωση, την κατάθλιψη και τα ιατρικά λάθη και διαπίστωσαν ότι είναι αρνητική. Δηλαδή όσοι από τους ειδικευόμενους αισθάνονται ικανοποιημένοι από την εργασία τους παρουσιάζουν λιγότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν τα παραπάνω φαινόμενα. Επιπλέον, κατέληξαν ότι οι πλειονότητα των ειδικευομένων (89,8%) παρουσιάζει στοιχεία μέτριας συναισθηματικής εξάντλησης. Σε μία άλλη έρευνα οι Golub et al. (2007) διαπίστωσαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί συχνό φαινόμενο ανάμεσα στους ειδικευόμενους ωτορινολαρυγγολογίας με τους περισσότερους (76%) από αυτούς να παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα εξουθένωσης. Σε μία άλλη έρευνα οι Nyssen et al. (2003) μελέτησαν 151 αναισθησιολόγους και βρήκαν ότι η μέση τιμή της συναισθηματικής εξάντλησης των συμμετεχόντων ήταν 27 που δηλώνει μέτρια εξουθένωση. Άξιζει όμως να αναφερθεί, ότι το δείγμα δεν αφορούσε αποκλειστικά ειδικευόμενους παρότι ήταν η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (119) και ότι εξέτασαν μόνο τη μία διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης του ερωτηματολογίου της Maslach. Επίσης, διαπίστωσαν ότι οι ειδικευόμενοι κάτω των τριάντα ετών παρουσίαζαν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες.

Τα αποτελέσματά μας είναι αντίστοιχα και με αυτά άλλων μελετών που αφορούν σε ειδικευόμενους ιατρούς αναφορικά με τις διαστάσεις, συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση της κλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε σχέση με τη διάσταση όμως των προσωπικών επιτευγμάτων στην έρευνά μας παρατηρήσαμε υψηλά επίπεδα σε αντίθεση με τις άλλες μελέτες στις οποίες παρατηρήθηκαν μέτρια επίπεδα εξουθένωσης. Πρόκειται βέβαια για παλαιότερες μελέτες που επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους σε παθολογικές και όχι χειρουργικές ειδικότητες (Lemkau et al., 1988, McCue and Sachs, 1991, Purdy et al., 1987, Rafferty et al., 1986, Shanafelt et al., 2002) (Γενική Ιατρική και Παιδιατρική αντίστοιχα).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και μελέτες οι οποίες καταλήγουν σε διαφορετικά συμπεράσματα από τα δικά μας. Πιο συγκεκριμένα, οι Sargent et al. (2004) στην έρευνά τους, θέλησαν να μελετήσουν την ποιότητα ζωής των ειδικών και ειδικευομένων ορθοπαιδικών και να αναλύσουν τις αιτίες που τους οδηγούν σε εργασιακή ανεπάρκεια. Στη

μελέτη τους συμμετείχαν 46 ιατροί εκ των οποίων οι 21 ήταν ειδικευόμενοι και οι 25 ειδικοί. Όλοι οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στο ίδιο ερωτηματολόγιο με την δική μας μελέτη. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μία μεγάλη απόσταση και μία ανισότητα ανάμεσα στους ειδικούς και στους ειδικευόμενους αναφορικά με τα επίπεδα της εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα, στους ειδικευόμενους παρατηρούνται πολύ υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης. Αναλυτικότερα, βρέθηκαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης ενώ μέτρια ήταν τα επίπεδα εξουθένωσης στη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων. Από την άλλη πλευρά, οι ειδικοί παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης. Αναφορικά με τις τρεις διαστάσεις, βρέθηκαν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και μέτρια αποπροσωποποίησης. Ενδιαφέρον όμως είναι το γεγονός, ότι παρατηρούνται υψηλά επίπεδα εξουθένωσης στα προσωπικά επιτεύγματα. Αναφορικά με τους εκλυτικούς παράγοντες εργασιακής ανεπάρκειας αυτοί είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας και οι συγκρούσεις με τους ιεραρχικά ανώτερους.

Παρόμοια, οι Garza et al. (2004) μελέτησαν 136 ειδικευόμενους μαιευτικής-γυναικολογίας προερχόμενους από 17 εκπαιδευτικά κέντρα του Τέξας χρησιμοποιώντας επίσης το ερωτηματολόγιο της Maslach για την ποσοτικοποίηση της εξουθένωσης. Συμπέραναν ότι, σχεδόν το 20% το ειδικευομένων εκδηλώνουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης διαπίστωσαν ότι περίπου το 40% και το 50% των ειδικευομένων παρουσιάζει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης αντίστοιχα, ενώ μόλις το 20% παρουσιάζει συμπτώματα σχετικά με τα προσωπικά επιτεύγματα.

Τέλος, οι Gelfand et al. (2004) θέλησαν να μελετήσουν το κατά πόσο η μείωση του ωραρίου εργασίας των ειδικευόμενων γενικής χειρουργικής θα επηρεάσει τα επίπεδα της εξουθένωσής τους σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας αξιολόγησης. Για τις ανάγκες της έρευνάς τους οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο μία εβδομάδα πριν την εφαρμογή του μειωμένου ωραρίου και έξι εβδομάδες μετά την εφαρμογή του. Οι ώρες εργασίας μειώθηκαν από εκατό σε ογδόντα την εβδομάδα. Οι ειδικευόμενοι πέρασαν από το 50% που παρουσίαζε αρχικά συναισθηματική εξάντληση στο 47%, από το 56% με αισθήματα αποπροσωποποίησης στο 70% και από το 20% χαμηλών προσωπικών επιτευγμάτων στο 23%. Παρόλαυτά σε καμία από τις προαναφερθείσες διαφορές δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση. Συνοψίζοντας, κατέληξαν στο συμπέρασμα

ότι αν και η εφαρμογή του μειωμένου ωραρίου πραγματοποιήθηκε ομαλά, δεν έδειξε να επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα εξουθένωσης των ειδικευομένων.

Σε αυτό το σημείο, οφείλουμε να αναφέρουμε ότι η αρχική μας υπόθεση δεν επαληθεύτηκε πλήρως καθώς σε καμία από τις δύο ομάδες δεν βρέθηκαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Παρατηρήθηκαν όμως υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και χαμηλά προσωπικών επιτευγμάτων. Καμία από τις παραπάνω διαφορές δεν είχε στατιστική σημαντικότητα.

Αναλύοντας όλα τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει ομοφωνία στη βιβλιογραφία σχετικά με τα επίπεδα της εξουθένωσης. Διαφοροποιούνται έντονα σε σχέση με την ειδικότητα, τα έτη εκπαίδευσης και την χώρα προέλευσης. Έτσι, πιστεύουμε ότι αν και η παρούσα μελέτη κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση αναφορικά με τα κεντρικά της ερωτήματα, χρειάζονται όμως και άλλες έρευνες με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων για την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων.

Στα δευτερεύοντα αποτελέσματα που προέκυψαν από την μελέτη μας δεν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στις εξαρτημένες μεταβλητές και τα δύο φύλα, γεγονός που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Επιπλέον, επαληθεύτηκε η υπόθεσή μας για συσχέτιση της εξουθένωσης και το είδος της ειδικότητας αλλά μόνο για τη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων. Πιο αναλυτικά, οι γενικοί χειρουργοί φαίνεται να είναι περισσότερο εξουθενωμένοι από τους μαιευτήρες-γυναικολόγους αναφορικά τα προσωπικά επιτεύγματα. Θα μπορούσαμε να ερμηνεύσουμε το παραπάνω φαινόμενο εικάζοντας ότι η ιατρική πράξη του τοκετού που εφαρμόζεται από τους ειδικευόμενους της μαιευτικής-γυναικολογίας είναι αρκετή για να μην αισθάνονται εξουθενωμένοι στην διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων.

Δεν επαληθεύτηκαν τέλος οι υποθέσεις μας ούτε ότι οι έγγαμοι ειδικευόμενοι θα παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά, ούτε ότι οι νεότεροι σε έτη εκπαίδευσης ειδικευόμενοι θα παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Θεωρούμε ότι περισσότερες μελέτες, είναι απαραίτητες ώστε να μελετηθούν εκτενώς οι παραπάνω συσχετίσεις.

Όσον αφορά στα αποτελέσματά μας σχετικά με τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας δεν βρέθηκε διαφορά στην ικανοποίηση που αισθάνονται οι ειδικευόμενοι ούτε από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα νοσοκομεία στο σύνολό τους, ούτε από την προσωπική τους απόδοση. Από την άλλη μεριά, βρέθηκαν διαφορές αναφορικά με τα

σημαντικότερα προβλήματα που συναντώνται στα δύο συστήματα και μάλιστα με στατιστικά σημαντική σχέση. Έτσι, τα βασικότερα προβλήματα στην Ελλάδα είναι η λίστα αναμονής για τα εξωτερικά ιατρεία και τα χειρουργεία καθώς και η έλλειψη υλικών. Σε αντίθεση με το Βέλγιο που είναι η αντιμετώπιση των περιστατικών στα επείγοντα και η συστηματική παρακολούθηση. Οι διαπιστώσεις αυτές θα μπορούσαν να ερμηνευτούν, από τη διαφορετικότητα στη δομή των υπηρεσιών υγείας των συστημάτων καθώς και από την επίδραση της οικονομικής κρίσης.

Για παράδειγμα, ο Έλληνας χρήστης των υπηρεσιών υγείας είναι σε αναζήτηση οικονομικότερων λύσεων για την περίθαλψή του με αποτέλεσμα να απευθύνεται σε δημόσιες δομές παροχής και με αυτό τον τρόπο να αυξάνεται η ζήτηση. Σαν αποτέλεσμα εκδηλώνεται η μεγάλη σειρά αναμονής τόσο για τα εξωτερικά ιατρεία όσο και για τα χειρουργεία. Επίσης, η μείωση των δαπανών για την υγεία εξηγούν την έλλειψη υλικών που χαρακτηρίζει στις μέρες μας το Ελληνικό σύστημα υγείας.

Σχετικά με το Βέλγιο, η αδυναμία αντιμετώπισης των περιστατικών στα επείγοντα θα μπορούσαμε να πούμε ότι οφείλεται στο σύστημα που διέπει τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Πιο συγκεκριμένα, όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα εφημερεύουν όλο το εικοσιτετράωρο όλες τις μέρες του χρόνου. Στα περισσότερα δε από αυτά, δεν υπάρχουν ειδικευμένοι ιατροί στο χώρο του νοσοκομείου, μετά το πέρας του ωραρίου εργασίας και εκτελούν εφημερίες ετοιμότητας. Συνεπώς, η αρχική αντιμετώπιση του περιστατικού γίνεται από τον ειδικευόμενο ο οποίος πιθανόν να μην έχει τις θεωρητικές και κλινικές ικανότητες να το αναλάβει. Ιδιαίτερα, σε περιστατικά που χρήζουν άμεσων και ορθών αποφάσεων, όπως για παράδειγμα στους πολυτραυματίες, η απουσία εξειδικευμένου προσωπικού μπορεί να αποβεί μοιραία.

Τα δυνατά σημεία της παρούσας μελέτης είναι, ο συγκριτικός χαρακτήρας της, το περιορισμένο δείγμα σε ειδικευόμενους χειρουργικών ειδικοτήτων καθώς επίσης και η χρήση ενός αξιόλογου, ευρέως διαδεδομένου και σταθμισμένου ερωτηματολογίου και για τις δύο γλώσσες και χώρες.

Από την άλλη, στα αδύνατα σημεία της εργασίας συγκαταλέγονται η απουσία ελέγχου των λεγόμενων δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών ως προς τη συσχέτισή τους στην επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης, η σύγκριση δύο διαφορετικών συστημάτων υγείας παραμένει αμφιλεγόμενη, καθώς τα διαφορετικά αποτελέσματα θα μπορούσαν να οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες όπως η διαφορετική κουλτούρα και παιδεία ή ακόμα

και η διαφορά στις οργανωσιακές συνθήκες και στην υποδομή. Παράλληλα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν και οι περισσότερες από τις υπάρχουσες μελέτες χρησιμοποιούνε ως εργαλείο για την ποσοτικοποίηση της εξουθένωσης το ερωτηματολόγιο της Maslach, είναι παρόλαυτά δύσκολο να εξαχθούν συμπεράσματα από τη σύγκριση των μελετών καθώς υπάρχουν περισσότερες από μία εκδόσεις του ερωτηματολογίου με διαφορετικές πληροφορίες, αριθμό ερωτημάτων καθώς και οριακές τιμές.

Κλείνοντας, αξίζει να τονιστεί ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί δεν αναλαμβάνουν μόνο τώρα τους πάσχοντες αλλά θα τους αναλάβουν κυρίως στο μέλλον. Για το λόγο αυτό η διάρκεια της εκπαίδευσής τους δεν θα πρέπει να σταθεί εμπόδιο και να παρακωλύσει την διαδικασία εξέλιξης τους. Ακόμη και σήμερα δεν είναι γνωστό αν και πόσοι από τους ειδικευόμενους επιλέγουν την παραίτηση λόγω εμφάνισης του συνδρόμου.

Έτσι, θεωρούμε ότι χρειάζονται περισσότερες μελέτες στις οποίες θα υπάρξει έλεγχος της επίδρασης των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών καθώς και αξιολόγηση των παραγόντων που μπορεί να οδηγούν έναν ειδικευόμενο στην παραίτηση. Με αυτό το τρόπο θα καλυφθεί ένα κενό που υπάρχει σήμερα στη βιβλιογραφία.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση των ειδικευόμενων ιατρών απασχολεί ολοένα και περισσότερο την παγκόσμια κοινότητα. Αποτελεί αντικείμενο μελετών στο πλαίσιο της ανάγκης για ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η εκδήλωση του φαινομένου επηρεάζει την εργασιακή απόδοση και για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η πρώιμη αναγνώριση του καθώς επίσης και η θέσπιση μοντέλων πρόληψης των εκλυτικών του παραγόντων. Παράλληλα, είναι σημαντικό να βελτιωθούν οι εργασιακές συνθήκες ώστε να προαχθεί η ποιότητα ζωής των εργαζομένων, στάδιο απαραίτητο, για την καταπολέμηση του φαινομένου.

Περισσότερες έρευνες σε εθνικό και διεθνές επίπεδο πρέπει να γίνουν στον τομέα της υγείας και ειδικότερα στους ειδικευόμενους ιατρούς, για την καταγραφή της έκτασης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, των συνεπειών της καθώς επίσης και των εκλυτικών παραγόντων. Τέλος, ενδιαφέρουσα κρίνεται η άποψη για θέσπιση κριτηρίων επικινδυνότητας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους χρήστες υγείας.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ποιο είναι το φύλο σας;  
 Άνδρας  
 Γυναίκα
2. Ποια είναι η ηλικία σας (σε έτη); .....
3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;  
 Άγαμος (η)  
 Έγγαμος (η) / σε συμβίωση  
 Διαζευγμένος (η)  
 Χήρος (α)
4. Ποια είναι η ειδικότητά σας;.....
5. Σε ποιο έτος της ειδικότητας βρίσκεστε;.....
6. Πόσο ικανοποιημένος (η) είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία;  
 Καθόλου  
 Λίγο  
 Μέτρια  
 Αρκετά  
 Πολύ
7. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το σημαντικότερο πρόβλημα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία  
 Λίστες αναμονής για τα Εξ. Ιατρεία  
 Λίστες αναμονής για χ/ο  
 Αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών στην εφημερία  
 Έλλειψη υλικών (Φάρμακα, αναλώσιμα)  
 Απουσία συστηματικής παρακολούθησης
8. Πόσο ικανοποιημένος (η) είστε από τις δικές σας παροχές προς τους ασθενείς;  
 Καθόλου  
 Λίγο  
 Μέτρια  
 Αρκετά  
 Πολύ

Ερωτηματολόγιο Maslach  
Αξιολόγηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Αναφέρεται τη συχνότητα που αισθάνεστε κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις. Επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.	Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε Μέρα
1. Νιώθω συναισθηματικά εξαντλημένος/η από την δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
2. Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από την δουλειά.	0	1	2	3	4	5	6
3. Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμα μια μέρα στη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως αισθάνονται οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	0	1	2	3	4	5	6
5. Αισθάνομαι ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς, σαν να ήταν αντικείμενα.	0	1	2	3	4	5	6
6. Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη μέρα	0	1	2	3	4	5	6
7. Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.	0	1	2	3	4	5	6
8. Αισθάνομαι εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
9. Αισθάνομαι ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από την δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
10. Αισθάνομαι λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
11. Ανησυχώ ότι αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή.	0	1	2	3	4	5	6
12. Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	0	1	2	3	4	5	6
13. Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
14. Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
15. Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το τι συμβαίνει σε ορισμένους από τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
16. Μου δημιουργεί άγχος το να εργάζομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	0	1	2	3	4	5	6
17. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.	0	1	2	3	4	5	6
18. Στο τέλος της μέρας, νιώθω αναζωογονημένος που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
19. Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτήν τη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
20. Νιώθω σαν να είμαι στο τέλος/δεν αντέχω άλλο	0	1	2	3	4	5	6
21. Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα συναισθηματικά προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
22. Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	0	1	2	3	4	5	6



## QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1. Quel est votre sexe ?

Homme

Femme

2. Quel âge avez-vous (ans); .....

3. Quelle est votre situation familiale ?

Célibataire

Marié (e) / cohabitant (e) légal

Divorcé (e)

Veuf (ve)

4. Quelle est votre spécialisation ?.....

5. Quelle est votre année de formation?.....

6. Est-ce que vous êtes satisfait du niveau de soins de santé

Pas du tout satisfait

En peu satisfait

Satisfait

Assez satisfait

Très satisfait

7. Selon vous quel est le problème principal sur les soins offertes par les hôpitaux ?

Délai d'attente pour une place à la consultation

Délai d'attente pour une chirurgie

Prise en charge des patients aux urgences

Manque de matériel

Absence de la continuité de soins

8. Est-ce que vous êtes satisfait avec les soins que vous offrez aux patients ?

Pas du tout satisfait

En peu satisfait

Satisfait

Assez satisfait

Très satisfait

## ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

3754/2009. Ρύθμιση όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με το π.δ.76/2005 και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Arrêté ministériel 23 Avril 2014. Fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, . .

ΑΔΑΛΗ, Ε. & ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ, Χ. 2001. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 2, 15-22.

BECKER, J. L., MILAD, M. P. & KLOCK, S. C. 2006. Burnout, depression, and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. *Am J Obstet Gynecol*, 195, 1444-9.

BODENHEIMER, T. & GRUMBACH, K. 2012. *Understanding Health Policy: A Clinical Approach, Sixth Edition*, USA, The McGraw-Hill Companies.

BOYLE, A., GRAP, M. J., YOUNGER, J. & THORNBY, D. 1991. Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *J Adv Nurs*, 16, 850-7.

BRETLAND, R. J. & THORSTEINSSON, E. B. 2015. Reducing workplace burnout: the relative benefits of cardiovascular and resistance exercise. *PeerJ*, 3, e891.

BRILL, P. L. 1984. The need for an operational definition of burnout. *Fam Community Health*, 6, 12-24.

CHERNISS, C. 1980. *Professional burnout in human service organizations*, New York, Praeger.

COLLIER, V. U., MCCUE, J. D., MARKUS, A. & SMITH, L. 2002. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med*, 136, 384-90.

CUSHWAY, D. 1992. Stress in clinical psychology trainees. *Br J Clin Psychol*, 31 ( Pt 2), 169-79.

DE LANGE, A. H., TARIS, T. W., KOMPIER, M. A., HOUTMAN, I. L. & BONGERS, P. M. 2002. Effects of stable and changing demand-control histories on worker health. *Scand J Work Environ Health*, 28, 94-108.

DE MARTINO, M. M. & MISKO, M. D. 2004. [Emotional states of nurses in professional performance at intensive care units]. *Rev Esc Enferm USP*, 38, 161-7.

DYRBYE, L. N., WEST, C. P., SATELE, D., BOONE, S., TAN, L., SLOAN, J. & SHANAFELT, T. D. 2014. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*, 89, 443-51.

- EDELWICH, J. & BRODSKY, A. 1980. *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*, New York, Human Services Press.
- FAHRENKOPF, A. M., SECTISH, T. C., BARGER, L. K., SHAREK, P. J., LEWIN, D., CHIANG, V. W., EDWARDS, S., WIEDERMANN, B. L. & LANDRIGAN, C. P. 2008. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*, 336, 488-91.
- FARRINGTON, A. 1997. Strategies for reducing stress and burnout in nursing. *Br J Nurs*, 6, 44-50.
- FIRTH-COZENS, J. & PAYNE, R. 1999. *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*, U.K., John Wiley & Sons Ltd.
- FOX, M. L., DWYER, D. J. & GANSTER, D. C. 1993. Effects of stressful job demands and control on psychological and attitudinal outcomes in a hospital setting. *Academy of Management Journal*, 36, 289-318.
- FREUDENBERGER, H. J. 1974. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- GALANTINO, M. L., BAIME, M., MAGUIRE, M., SZAPARY, P. O. & FARRAR, J. T. 2005. Short communication: in association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program. *Stress Health*, 4.
- GARZA, J. A., SCHNEIDER, K. M., PROMECENE, P. & MONGA, M. 2004. Burnout in residency: a statewide study. *South Med J*, 97, 1171-3.
- GELFAND, D. V., PODNOS, Y. D., CARMICHAEL, J. C., SALTZMAN, D. J., WILSON, S. E. & WILLIAMS, R. A. 2004. Effect of the 80-hour workweek on resident burnout. *Arch Surg*, 139, 933-8; discussion 938-40.
- GIRDIN, D. A., EVERLY, G. S., & DUSEK, D. E. (1996). CONTROLLING STRESS AND TENSION. ALLYN & BACON, & NEEDHAM HEIGHTS, M.
- GOLUB, J. S., WEISS, P. S., RAMESH, A. K., OSSOFF, R. H. & JOHNS, M. M., 3RD 2007. Burnout in residents of otolaryngology-head and neck surgery: a national inquiry into the health of residency training. *Acad Med*, 82, 596-601.
- GRIFFITH, J., STEPTOE, A. & CROPLEY, M. 1999. An investigation of coping strategies associated with job stress in teachers. *Br J Educ Psychol*, 69 ( Pt 4), 517-31.
- GUNASINGAM, N., BURNS, K., EDWARDS, J., DINH, M. & WALTON, M. 2015. Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgrad Med J*, 91, 182-7.
- HOLLAND, J. M. & NEIMEYER, R. A. 2005. Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: the role of daily spiritual experiences and training. *Palliat Support Care*, 3, 173-81.

- ISHAK, W. W., LEDERER, S., MANDILI, C., NIKRAVESH, R., SELIGMAN, L., VASA, M., OGUNYEMI, D. & BERNSTEIN, C. A. 2009. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ*, 1, 236-42.
- JACKSON, S. E., SCHWAB, R. L. & SCHULER, R. S. 1986. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *J Appl Psychol*, 71, 630-40.
- JARACZ, K., GORNA, K. & KONIECZNA, J. 2005. Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Rocz Akad Med Bialymst*, 50 Suppl 1, 216-9.
- KARANIKOLOS, M., MLADOVSKY, P., CYLUS, J., THOMSON, S., BASU, S., STUCKLER, D., MACKENBACH, J. P. & MCKEE, M. 2013. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381, 1323-31.
- KLEIN, J., GROSSE FRIE, K., BLUM, K. & VON DEM KNESEBECK, O. 2010. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int J Qual Health Care*, 22, 525-30.
- KONDILIS, E., GIANNAKOPOULOS, S., GAVANA, M., IERODIAKONOU, I., WAITZKIN, H. & BENOS, A. 2013. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health*, 103, 973-9.
- LAGRAND, L. E. 1980. Reducing burnout in the hospice and the death education movement. *Death Educ*, 4, 61-75.
- LAYMAN, E. & GUYDEN, J. A. 1997. Reducing your risk of burnout. *Health Care Superv*, 15, 57-69.
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. 1984. *Stress, Appraisal, and Coping*, New York, Springer.
- LEE, F. J., STEWART, M. & BROWN, J. B. 2008. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician*, 54, 234-5.
- LEITER, M. P. & MASLACH, C. *Burnout and Health*. In Baum A., Revenson T. and Singer J. (eds.) *Handbook of Health Psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum; 2000. p415-426.
- LEITER, M. P. & MASLACH, C. 2005. *Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationships with work*, San Fransisco, Jossey-Bass.
- LEMKAU, J. P., PURDY, R. R., RAFFERTY, J. P. & RUDISILL, J. R. 1988. Correlates of burnout among family practice residents. *J Med Educ*, 63, 682-91.
- LEWIS, A. E. 1999. Reducing burnout: development of an oncology staff bereavement program. *Oncol Nurs Forum*, 26, 1065-9.
- MARTINI, S., ARFKEN, C. L., CHURCHILL, A. & BALON, R. 2004. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry*, 28, 240-2.

- MARTINS, L. F., LAPORT, T. J., MENEZES VDE, P., MEDEIROS, P. B. & RONZANI, T. M. 2014. [Burnout syndrome in primary health care professionals]. *Cien Saude Colet*, 19, 4739-50.
- MASLACH, C. 1976. Burned out. *Hum Behav.*, 9.
- MASLACH, C. 1982. *Burnout: The cost of caring*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- MASLACH, C. & GOLDBERG, L. 1998. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- MASLACH, C. & JACKSON, S. E. 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- MASLACH, C. & LEITER, M. P. 2008. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*, 93, 498-512.
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B. & LEITER, M. P. 2001. Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, 397-422.
- MCCUE, J. D. & SACHS, C. L. 1991. A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arch Intern Med*, 151, 2273-7.
- MICKLEVITZ, S. A. 2001. Professional burnout in the park and recreation profession, Illinois periodicals online.
- MOSSIALOS, E., ALLIN, S. & DAVAKI, K. 2005. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Econ*, 14, S151-68.
- MUCCI, N., GIORGI, G., RONCAIOLI, M., FIZ PEREZ, J. & ARCANGELI, G. 2016. The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 983-93.
- NORLUND, S., REUTERWALL, C., HOOG, J., JANLERT, U. & SLUNGA JARVHOLM, L. 2015. Work situation and self-perceived economic situation as predictors of change in burnout--a prospective general population-based cohort study. *BMC Public Health*, 15, 329.
- NYSSSEN, A. S., HANSEZ, I., BAELE, P., LAMY, M. & DE KEYSER, V. 2003. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*, 90, 333-7.
- PANAGOPOULOU, E., MONTGOMERY, A. & BENOS, A. 2006. Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *Eur J Intern Med*, 17, 195-200.
- PINES, A. M. 1993. Burnout. In: GOLDBERGER, L. & BREZNITZ, S. (eds.) *Handbook of stress* 2nd ed. New York: Free Press.
- PINES, A. M. 1996. *Couple burnout*, New York, Routledge.
- PINES, A. M. & ARONSON, E. 1988. *Career burnout: Causes and cures*, New York, Free Press.

- POTTER, B. 1998. *Overcoming Job Burnout: How to renew enthusiasm for work*, Ronin Publishing.
- PRINS, J. T., VAN DER HEIJDEN, F. M., HOEKSTRA-WEEBERS, J. E., BAKKER, A. B., VAN DE WIEL, H. B., JACOBS, B. & GAZENDAM-DONOFRIO, S. M. 2009. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med*, 14, 654-66.
- PURDY, R. R., LEMKAU, J. P., RAFFERTY, J. P. & RUDISILL, J. R. 1987. Resident physicians in family practice: who's burned out and who knows? *Fam Med*, 19, 203-8.
- RAFFERTY, J. P., LEMKAU, J. P., PURDY, R. R. & RUDISILL, J. R. 1986. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *J Clin Psychol*, 42, 488-92.
- RIOS RISQUEZ, M. I., PENALVER HERNANDEZ, F. & GODOY FERNANDEZ, C. 2008. [Burnout and perceived health in Critical Care nursing professionals]. *Enferm Intensiva*, 19, 169-78.
- ROSEN, I. M., GIMOTTY, P. A., SHEA, J. A. & BELLINI, L. M. 2006. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med*, 81, 82-5.
- SAMUELSSON, M., GUSTAVSSON, J. P., PETTERSON, I. L., ARNETZ, B. & ASBERG, M. 1997. Suicidal feelings and work environment in psychiatric nursing personnel. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, 391-7.
- SARGENT, M. C., SOTILE, W., SOTILE, M. O., RUBASH, H. & BARRACK, R. L. 2004. Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *J Bone Joint Surg Am*, 86-A, 1579-86.
- SHANAFELT, T. D., BALCH, C. M., BECHAMPS, G., RUSSELL, T., DYRBYE, L., SATELE, D., COLLICOTT, P., NOVOTNY, P. J., SLOAN, J. & FREISCHLAG, J. 2010. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*, 251, 995-1000.
- SHANAFELT, T. D., BRADLEY, K. A., WIPF, J. E. & BACK, A. L. 2002. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*, 136, 358-67.
- SHANAFELT, T. D., HASAN, O., DYRBYE, L. N., SINSKY, C., SATELE, D., SLOAN, J. & WEST, C. P. 2015. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*, 90, 1600-13.
- SHAPIRO, S., ASTIN, J., BISHOP, S. & CORDOVA, M. 2005. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *Int J Stress Manage*, 12, 164-176.
- SHERMAN, M. D. & THELEN, M. H. 1998. Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Prof Psych Res Pr*, 29, 79-85.
- SMITH, J. W., DENNY, W. F. & WITZKE, D. B. 1986. Emotional impairment in internal medicine house staff. Results of a national survey. *JAMA*, 255, 1155-8.

STANSFELD, S. A., FUHRER, R., SHIPLEY, M. J. & MARMOT, M. G. 1999. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med*, 56, 302-7.

STEWART, W. & TERRY, L. 2014. Reducing burnout in nurses and care workers in secure settings. *Nurs Stand*, 28, 37-45.

SWIDER, B. W. & ZIMMERMAN, R. D. 2010. Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 487-506.

THOMAS, N. K. 2004. Resident burnout. *JAMA*, 292, 2880-9.

TREMOLADA, M., SCHIAVO, S., TISON, T., SORMANO, E., DE SILVESTRO, G., MARSON, P. & PIERELLI, L. 2015. Stress, burnout, and job satisfaction in 470 health professionals in 98 apheresis units in Italy: A SIdEM collaborative study. *J Clin Apher*, 30, 297-304.

TYLER, P. & CUSHWAY, D. 1998. Stress and well-being in health-care staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine*, 14, 99-107.

ULB. [https://http://www.ulb.ac.be/facs/medecine/publics/docs/2014\\_FORMSPE\\_MA4.pdf](https://http://www.ulb.ac.be/facs/medecine/publics/docs/2014_FORMSPE_MA4.pdf) [Online].

VACHON, M. L. S. 1987. *Occupational Stress in the Care of the Critically Ill, the Dying and the Bereaved*, New York, Hemisphere.

VISSER, M. R., SMETS, E. M., OORT, F. J. & DE HAES, H. C. 2003. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*, 168, 271-5.

VRIJENS, F., RENARD, F., JONCKHEER, P., VAN DEN HEEDE, K., DESOMER, A., VAN DE VOORDE, C., WALCKIERS, D., DUBOIS, C., CAMBERLIN, C., VLAYEN, J., VAN OYEN, H., LEONARD, C. & MEEUS, P. 2013. The Belgian Health System Performance Report 2012: snapshot of results and recommendations to policy makers. *Health Policy*, 112, 133-40.

WEBER, A. & JAEKEL-REINHARD, A. 2000. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup Med (Lond)*, 50, 512-7.

WEST, C. P., TAN, A. D., HABERMANN, T. M., SLOAN, J. A. & SHANAFELT, T. D. 2009. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*, 302, 1294-300.

WHO 2009. The financial crisis and global health. Geneva 2009.

YANG, S., MEREDITH, P. & KHAN, A. 2015. Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. *Asian J Psychiatr*, 15, 15-20.

ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. & ΦΙΛΙΠΠΟΥ, Ν. 2008. Επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25, 642-47.



ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. & ΦΙΛΙΠΠΟΥ, Ν. 2008. Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο υγείας. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 25, 642-647.

ΔΟΥΚΑ, Μ. 2003. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή burnout: στην κοινωνική εργασία. *Κοινωνική Εργασία*, 70, 97-108.

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. & ΤΣΙΑΝΤΟΥ, Β. 2010. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 27, 834-840.

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Χ. 2012. Το Θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθένειας στην Ελλάδα. *Επιστημονικές Εκθέσεις ΙΝΕ*, 13-70.

ΠΑΠΠΑ, Ε. Α., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Φ. & ΝΙΑΚΑΣ, Δ. 2008. Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25, 94-101.

ΦΟΥΝΤΟΥΚΙΔΗΣ, Ι. 2011. Εργασιακή ικανοποίηση προσωπικού και κλίμα ασφάλειας ασθενή ενός δημόσιου νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ., εν μέσω οικονομικής κρίσης. Μελέτη Περίπτωσης Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ. *ΕΑΠ*.