



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Διπλωματική Εργασία

Εργασιακό Προφίλ Ειδικευόμενων Ιατρών Θεσσαλονίκης

της

ΒΑΣΣΑΜΑΤΖΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ

Επιβλέπων Καθηγητής

Αβδημιώτης Σπύρος

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδικότητας στη
διοίκηση & οργάνωση εκπαιδευτικών μονάδων

Θεσσαλονίκη, Μήνας Έτος

9/1/20



Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων CreativeCommons:

Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή



Μπορείτε να:

- Μοιραστείτε: αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
- Προσαρμόστε: αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- Αναφορά Δημιουργού: Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- Μη Εμπορική Χρήση: Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- Παρόμοια Διανομή: Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια CreativeCommonsόπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη Διοίκηση & Οργάνωση Μονάδων Υγείας του Διεθνούς Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, 9/1/20

Η Δηλούσα: Βαλσαματζή-Παναγιώτου Αικατερίνη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι έννοιες επαγγελματική ικανοποίηση και εξουθένωση αποτελούν αντικείμενο ερευνών στον ιατρικό κλάδο τα τελευταία χρόνια λόγω των αρνητικών επιπτώσεων στους εργαζόμενους, στην υγειονομική περίθαλψη των ασθενών και περαιτέρω στο σύστημα υγείας μιας χώρας. Σκοπός της εργασίας ήταν η σκιαγράφηση του εργασιακού προφίλ δίνοντας έμφαση στην ικανοποίηση τους από την εργασία, στις πηγές εργασιακού άγχους και στα συμπτώματα εργασιακής εξουθένωσης στη γεωγραφική περιοχή της Θεσσαλονίκης. Τα ερευνητικά ερωτήματα που αναπτύχθηκαν αφορούν στην εξεύρεση των αιτιών ικανοποίησης, άγχους και εξουθένωσης και για την απάντησή τους, διενεργήθηκε πρωτογενής έρευνα σε δείγμα 127 ειδικευόμενων σε νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Μεθοδολογικά το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε σταθμισμένα ερωτηματολόγια των Maslach, Μπουραντά και Αβδημιώτη και η επεξεργασία έγινε μέσω των λογισμικών SPSS 20 και Amos 19. Τα βασικά ευρήματα αναδεικνύουν ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί εμφανίζουν συμπτώματα εξουθένωσης και εργασιακού άγχους συνοδευόμενα με όλα τα συμπτώματα αυτών. Παράλληλα αυτό έχει σημαντική επίδραση στην εργασιακή τους ικανοποίηση η οποία όμως χαρακτηρίζεται και από την αναγνώριση του κοινωνικού τους ρόλου.

Λέξεις Κλειδιά: Επαγγελματική ικανοποίηση, Επαγγελματική εξουθένωση, Ειδικευόμενοι ιατροί, Ευημερία

ABSTRACT

Occupational satisfaction and burnout have been the subject of research in the medical field in recent years due to their negative impact that exert on employees, patients healthcare and further on the countries health care system. The aim of this study was to outline the profile of resident doctors, focusing on their occupational satisfaction, causes of anxiety and symptoms of burnout in the geographical area of Thessaloniki. The questions of the research were developed with the aim to find the causes of satisfaction, anxiety and burnout. In order to answer the questions above, a primary research was conducted on sample of 127 resident doctors in a hospital in Thessaloniki. Methodologically the questionnaire was based on weighted questionnaires of Maslach, Buranta and Avdimiotis and was processed with the use of SPSS 20 and Amos 19. The basic findings indicate that resident doctors exhibit symptoms of burn out, work-related stress and other accompanying symptoms. At the same time, this has a significant impact on their occupational satisfaction, which is also characterized by the recognition of their role in the society.

Key Words: Occupational satisfaction, Burnout, Medical Residents, Resident wellness

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
1.Ειδικευόμενοι ιατροί.....	11
1.1.Ειδικευόμενοι Ιατροί: Ειδικότητες.....	13
1.1.1.Ειδικότητα στην Ελλάδα.....	15
1.2.Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα: Έπερί ειδικευόμενων ιατρών.....	16
1.3.Χρόνος ειδικότητας: Ποιότητα ζωής-Ευημερία ειδικευόμενων ιατρών. Συνθήκες και πλαίσιο διαβίωσης στο εργασιακό περιβάλλον.....	19
1.4 Επαγγελματική ικανοποίηση- Βασικές Προσεγγίσεις.....	23
1.5 Βασικές Προσεγγίσεις.....	24
1.6 Επαγγελματική ικανοποίηση: Παράγοντες–Συνέπειες.....	27
1.6.1 Παράγοντες.....	27
1.6.2 Συνέπειες.....	28
1.7. Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικής ικανοποίησης.....	30
1.7.1 Εργασιακό άγχος και Επαγγελματική εξουθένωση.....	31
1.7.2. Στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης.....	34
1.7.2.1 Επιδημιολογία.....	36
1.7.3. Επαγγελματική εξουθένωση: Παράγοντες που προκαλούν την εξουθένωση.....	37
1.8. Ο παράγοντας της επικοινωνίας ως παράγοντας στη διαμόρφωση των επιπέδων άγχους και εξουθένωσης.....	38
1.9 Συνέπειες άγχους και εξουθένωσης.....	50
1.9.1 Επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στον ιατρό.....	50
1.9.2 Επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ασθενείς.....	52
2.Μελέτες περίπτωσης.....	55
2.1 Έρευνες στο εξωτερικό.....	55

2.2. Έρευνες στην Ελλάδα.....	59
3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	65
II. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	66
2.1. Οι έννοιες ως κατασκευές.....	66
2.2. Εννοιολόγηση.....	67
2.3. Λειτουργικοποίηση- Αξιοπιστία.....	68
2.4. Ποσοτική έρευνα.....	69
2.5. Εγκυρότητα.....	70
2.6. Κατασκευή δεικτών.....	70
2.7. Σχεδιασμός Επιλογής και Μέγεθος Δείγματος.....	71
2.7.1. Πεδίο διεξαγωγής της έρευνας.....	72
2.7.2. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου.....	73
2.7.3. Συλλογή Δεδομένων.....	73
2.7.4. Εργαλείο Αξιολόγησης.....	73
2.7.5. Επιλογή τεχνικών ανάλυσης δεδομένων.....	75
2.7.6. Μέθοδος ανάλυσης και παρουσίασης δεδομένων.....	76
2.7.7. Περιορισμοί - αδυναμίες έρευνας.....	76
3. Μέθοδος Delphi.....	76
3.1 Βασικές αρχές και χαρακτηριστικά της Delphi.....	77
3.2. Η χρήση της Delphi.....	79
3.3. Στατιστική μεθοδολογική προσέγγιση.....	80
3.4. Λανθάνουσες Μεταβλητές.....	80
3.5. Μοντέλα δομικών εξισώσεων (SEM).....	81
III. Αποτελέσματα.....	84
3.1. Περιγραφική στατιστική.....	84
3.2 Επαγωγική στατιστική ανάλυση.....	91
3.2.1 Παραγοντική ανάλυση.....	91
3.2.2 Έλεγχος μονοδιαστικότητας.....	91

3.2.3 Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση.....	93
3.3. Σύνοψη αποτελεσμάτων και έλεγχος υποθέσεων.....	98
IV. Συζήτηση- Συμπεράσματα.....	100
Προτάσεις.....	116
VI Βιβλιογραφία.....	120

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια η επαγγελματική ικανοποίηση και η επαγγελματική εξουθένωση στους ιατρούς, ειδικούς και ειδικευόμενους, έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών λόγω των αρνητικών επιπτώσεων στην ευημερία και την ποιότητα ζωής των ίδιων (Dyrbye, Thomas, Massie Power, Eacker, Harper, Durning, Moutier et al., 2008), στην υγειονομική περίθαλψη των ασθενών (Dyrbye, Thomas, Massie, Eacker, Harper, Power, Duming, et al., 2010 Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001 Kumar, 2016 Shanafelt, Balch, Bechamps, Russel, Dyrbye, Satele et al., 2010) όπως και στο υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό και περαιτέρω στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας (Lee, Stewart & Brown, 2008).

Η επαγγελματική ικανοποίηση θα μπορούσε να περιγραφεί ως μια ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση που απορρέει από την αποτίμηση της εργασίας ή της εμπειρίας ενός ατόμου από την εργασία του (Locke, 1976). Η επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με την επαγγελματική εξουθένωση, αφού η μείωση της ικανοποίησης μπορεί να μελετηθεί ως αιτία πρόκλησης της εξουθένωσης στο εργασιακό περιβάλλον ενός ατόμου και το αντίθετο. Από την άλλη η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα συχνά εμφανιζόμενο σύνδρομο στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (Keel, 1993) ειδικότερα στους ιατρούς που εκτίθενται σε υψηλά επίπεδα άγχους στο εργασιακό περιβάλλον.

Οι έρευνες αναφέρουν ότι οι ειδικευόμενοι όλων των ειδικοτήτων εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση λόγω του άγχους που βιώνουν την περίοδο της ειδικότητάς τους (Hwang, Ippolito, Beede, Benevenia & Berberian, 2018 Msaouel, Keramaris, Tasoulis, Kolokythas, Syrmos & Pararas, 2010 Panagoroulou, Montgomery & Benos, 2006). Την περίοδο αυτή αφενός πρέπει να αποκτηθούν οι κατάλληλες δεξιότητες για την ειδικότητα και αφετέρου να παρασχεθεί ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς, γεγονός που προσθέτει στους ειδικευόμενους υψηλά επίπεδα ευθύνης, ενώ ταυτόχρονα χαμηλά επίπεδα αυτονομίας, αφού τελούν υπό την εποπτεία και την επίβλεψη των ειδικών ιατρών (Thomas, 2004). Η ποιότητα ζωής ενός ιατρού επηρεάζεται από τις συνθήκες που βιώνει καθημερινά στο εργασιακό του περιβάλλον.

Οι ειδικευόμενοι στις αναπτυσσόμενες χώρες λειτουργούν υπό δύσκολες εργασιακές και κοινωνικές συνθήκες και επομένως, η μελέτη της εξουθένωσης είναι σημαντική καθώς σχετίζεται με την ποιότητα της περίθαλψης και τις συνθήκες εργασίας (Ashkar, Romani, Musharrafieh & Chaaya, 2010).

Στην Ελλάδα το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται στην πρόσληψη νέων ειδικών ιατρών καθώς και ειδικευόμενων ιατρών, αλλά και στην άτυπη πρακτική εξάσκηση αυτών από τους πιο έμπειρους ειδικούς ιατρούς (Kostakis & Mantas, 2008). Ιδιαίτερα όσον αφορά την ειδικότητα και πιο συγκεκριμένα στις χειρουργικές ειδικότητες, τα προγράμματα σπουδών των ειδικευόμενων μεταξύ των διαφόρων κλινικών δεν έχουν συστηματοποιηθεί και υπάρχει σημαντική ετερογένεια στην ποιότητα των διαφόρων προγραμμάτων πρακτικής εξάσκησης των ειδικευόμενων μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων (Kostakis & Mantas, 2008 Margariti, Kontaxakis & Christodoulou, 2002 Σακοράφας & Τσιώτος, 2004). Όσον αφορά τις εφημερίες οι ειδικευόμενοι καλούνται πολλές φορές να καλύψουν τις ανάγκες των νοσοκομείων απουσία ειδικών ιατρών οι οποίοι μπορεί να βρίσκονται σε τηλεφωνική επικοινωνία και να δίνουν ιατρικές οδηγίες από το σπίτι (Panagoroulou et al., 2006).

Στην παρούσα εργασία θα γίνει αναφορά στην έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης και εξουθένωσης, στους παράγοντες που τις προκαλούν, στις συνέπειες που προκύπτουν καθώς και στο εργασιακό άγχος. Θα διερευνηθούν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου κλειστού τύπου που βασίστηκε στα ερωτηματολόγια της *Maslach Burnout Inventory* (1987), του Μπουραντά (1988) και του Αβδημιώτη (2016) σε έλληνες ειδικευόμενους ιατρούς νοσοκομείου στη γεωγραφική περιοχή της Θεσσαλονίκης. Μέσω της αξιολόγησης των παραπάνω παραγόντων θα γίνει η σκιαγράφηση του εργασιακού προφίλ των ειδικευόμενων ιατρών στη Θεσσαλονίκη.

Η επαγγελματική εξουθένωση, ως απότοκο ακραίου και διαρκούς εργασιακού άγχους θεωρείται ζήτημα δημόσιας υγείας (Devi, 2011) λόγω των αρνητικών επιπτώσεων της στους ιατρούς καθώς και στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων (ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών) παίζει σημαντικό ρόλο στην εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων και κατ'έκταση του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς (Hakim, Ahmed, Kurshid &

Kotwal, 2014). Στην εργασία θα γίνει αναφορά στο νομικό πλαίσιο εργασίας των ειδικευόμενων ιατρών καθώς βάσει αυτού καθορίζονται τα δικαιώματα, οι υποχρεώσεις και οι ευθύνες του εργαζόμενου στο εργασιακό του περιβάλλον.

Η εργασία ολοκληρώνεται με προτάσεις για την πρόληψη ή τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των ειδικευόμενων ιατρών. Προγράμματα παρέμβασης με στόχο την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης ίσως θα μπορούσαν να δώσουν ένα έναυσμα για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ειδικευόμενων και της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών καθώς και στην βελτίωση του υγειονομικού συστήματος (Msaouel et al., 2010, Νίνου, 2008, Panagoroulou et al., 2006).

1. Ειδικευόμενοι ιατροί

Ιατρός ονομάζεται «αυτός που έχει συμπληρώσει τον προκαθορισμένο κύκλο σπουδών στην ιατρική σχολή και έχει αποκτήσει τα απαιτούμενα προσόντα για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος» (Ηλεκτρονικό λεξικό: Πύλη). Στην Ελλάδα ο προπτυχιακός κύκλος σπουδών στην ιατρική διαρκεί έξι έτη. Με το πέρας των σπουδών οι απόφοιτοι της ιατρικής σχολής πρέπει να επιλέξουν την ειδικότητα, στην οποία θα κάνουν την πρακτική εξάσκηση τους.

Το διάστημα της πρακτικής εξάσκησης είναι η περίοδος λήψης της ειδικότητας. Οι απόφοιτοι έχουν τη δυνατότητα να δηλώσουν στην αρμόδια υπηρεσία της Περιφέρειας ή των Περιφερειακών Ενοτήτων (διευθύνσεις δημόσιας υγείας κ.ά.) την ειδικότητα και το νοσοκομείο που τους ενδιαφέρει. Με τη δήλωση αυτή μπαίνουν σε λίστα αναμονής με σειρά προτεραιότητας βάση της ημερομηνίας και του αριθμού πρωτόκολλου της αίτησης στο νοσοκομείο προτίμησής τους καθώς ο αριθμός των θέσεων ανά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο είναι συγκεκριμένος και διαφορετικός. Η αναμονή μπορεί να διαρκέσει από δύο μήνες το ελάχιστο όταν υπάρχει κενή θέση ως και χρόνια ανάλογα με την ειδικότητα και το νοσοκομείο επιλογής, όπου υπάρχει λίστα αναμονής.

Η ειδικότητα είναι μια μακρά χρονική περίοδος, και τα χρόνια πρακτικής άσκησης διαφέρουν ανά ειδικότητα (Υ.Α.64843/2018). Επίσης για ορισμένες ειδικότητες (όπως γενική

ιατρική, οφθαλμιατρική κ.ά.) προβλέπεται ενιαία τοποθέτηση σε ένα νοσοκομείο, όπου και ολοκληρώνεται η ειδικότητα. Σε άλλες όμως (όπως αγγειοχειρουργική, καρδιολογία, ρευματολογία κλπ.), η ειδικότητα δεν είναι ενιαία. Έτσι απαιτείται η τοποθέτηση του ειδικευόμενου σε περισσότερα του ενός νοσηλευτικά ιδρύματα μέχρι ο ειδικευόμενος να ολοκληρώσει τα τμήματα εκπαίδευσης που περιλαμβάνονται στην ειδικότητα που έχει επιλέξει (Υ.Α. 9106/2016).

Πιο συγκεκριμένα, βάσει του άρθρου 1 του Ν. 123/1975 ισχύουν τα ακόλουθα:

1. Οι προσλήψεις ειδικευόμενων ιατρών στα νοσηλευτικά ιδρύματα για την πλήρωση των κενών και εκάστοτε κενουμένων θέσεων ενεργείται με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου.
2. Η διάρκεια της σύμβασης στη θέση του ειδικευόμενου τοποθετούμενου ιατρού ορίζεται ίση προς τον απαιτούμενο σε κάθε περίπτωση χρόνο για την απόκτηση μιας κύριας και μόνο ειδικότητας ή για όσο χρόνο παρέχει άσκηση η κλινική, το εργαστήριο ή το τμήμα του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο υπηρετεί ο ειδικευόμενος και ως τη συμπλήρωση του απαιτούμενου για την απόκτηση της μιας κύριας και μόνο ειδικότητας.
3. Ο αριθμός των ειδικευόμενων ιατρών ορίζεται κατ' αναλογία ως ακολούθως: ένας ιατρός ανά τέσσερις το ελάχιστο κλίνες, προκειμένου περί νοσηλευτικών ιδρυμάτων και πανεπιστημιακών κλινικών και ανά έξι το ελάχιστο κλίνες, για όλα τα υπόλοιπα στη χώρα λειτουργούντα νοσηλευτικά ιδρύματα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Προκειμένου για τα εργαστήρια ένας βοηθός ανά τριάκοντα πέντε (35) κλίνες (Ν.Δ. 2592/1953). Ως αριθμός των κλινών νοείται το σύνολο των κλινών κάθε κλινικής ή ιδρύματος προκειμένου περί εργαστηρίων. Ο αριθμός των ειδικευόμενων στα νοσοκομεία ορίζεται μετά από πρόταση των δημόσιων συμβουλίων των νοσοκομείων, με απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών κατόπιν δημοσίευσης στην εφημερίδα της κυβέρνησης και ανάλογα με τον αριθμό των κλινών των νοσοκομείων.
4. Στους ειδικευόμενους ιατρούς για την απόκτηση της μιας και μόνο κυρίας ιατρικής ειδικότητας καταβάλλεται αποζημίωση ίση με τις αποδοχές του ειδικευόμενου και για όσο χρόνο μόνο απαιτείται για την απόκτηση αυτής.

5. Ιατρός ο οποίος κατέχει οποιαδήποτε έμμισθο θέση μπορεί ανά 20 κλίνες προκειμένου περί κλινικών και ανά 100 κλίνες, προκειμένου περί εργαστηρίων με αίτηση του να τοποθετηθεί αμισθί σε νοσηλευτικό ίδρυμα για την απόκτηση κυρίας ή συναφούς ειδικότητας της τοποθετήσεώς του, μη συνυπολογιζομένης στην κατά την παράγραφο 3 του παρόντος άρθρου αναλογία.

Ο ειδικευόμενος ιατρός με την ανάληψη υπηρεσίας τίθεται υπό την επίβλεψη και καθοδήγηση του ανώτερου του στην αντίστοιχη ειδικότητα. Οι συνθήκες εργασίας ποικίλουν και σχετίζονται με το νοσοκομείο (περιφερειακό, κεντρικό) που υπηρετεί ο ειδικευόμενος και την ειδικότητα που έχει επιλέξει. Οι ειδικευόμενοι την περίοδο της ειδικότητας κάνουν εφημερίες στο νοσοκομείο με ελάχιστες οικονομικές απολαβές και δυνατότητα μιας ημέρας αργίας, ένα ρεπό, για κάθε εφημερία. Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) η παροχή ιατρικής περίθαλψης στους ασθενείς παρουσιάζει ιδιαιτερότητες και εγγενείς δυσχέρειες. Απαιτείται σωστή εκτίμηση της σοβαρότητας του περιστατικού, άμεση ιατρική αντιμετώπιση με στόχο την καλύτερη έκβαση και την αποφυγή κινδύνου ή πρόκλησης βλάβης στην υγεία του ασθενούς.

Με το πέρας της ειδικότητας ή πριν την έναρξή της, ο ειδικευόμενος πρέπει να εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου γνωστό και ως αγροτικό, όπου αποτελεί προϋπόθεση για τη συμμετοχή του ειδικευόμενου στις εξετάσεις ειδικότητας. Κατόπιν, ο ειδικευόμενος μετά από επιτυχημένη συμμετοχή στις εξετάσεις ειδικότητας παίρνει τον τίτλο του ειδικού ιατρού.

1.1.Ειδικευόμενοι Ιατροί: Ειδικότητες

Βάσει της υπουργικής απόφασης 64843/2018 καθορίζονται εκ νέου οι ειδικότητες καθώς επίσης ο χρόνος και το περιεχόμενο της άσκησης για την απόκτηση του τίτλου της αντίστοιχης ειδικότητας. Οι ειδικότητες που έχει τη δυνατότητα να εξειδικευθεί ένας ιατρός στην Ελλάδα και ο συνολικός χρόνος εκπαίδευσης είναι οι ακόλουθες:

1. Αγγειοχειρουργική (7 έτη)
2. Αιματολογία (6 έτη)
3. Ακτινολογία (5 έτη)

4. Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία (5 έτη)
5. Αλλεργιολογία (5 έτη)
6. Αναισθησιολογία (5 έτη)
7. Γαστρεντερολογία (6 έτη)
8. Γενική Ιατρική (5 έτη)
9. Δερματολογία και Αφροδισιολογία (5 έτη)
10. Δημόσια Υγεία - Κοινωνική Ιατρική (5 έτη)
11. Εσωτερική Παθολογία (5 έτη)
12. Ενδοκρινολογία – Διαβήτης – Μεταβολισμός (6 έτη)
13. Ιατρική Βιοπαθολογία/Εργαστηριακή Ιατρική (5 έτη)
14. Γενετική Ιατρική (5 έτη)
15. Ιατρική Εργασίας και Περιβάλλοντος (4 έτη)
16. Ιατροδικαστική (5 έτη)
17. Καρδιολογία (6 έτη)
18. Κυτταρολογία (5 έτη)
19. Μαιευτική και Γυναικολογία (5 έτη)
20. Νευρολογία (5 έτη)
21. Νευροχειρουργική (7 έτη)
22. Νεφρολογία (6 έτη)
23. Ορθοπαιδική και Τραυματολογία (6 έτη)
24. Ουρολογία (5 έτη)
25. Οφθαλμολογία (4 έτη)
26. Παθολογική Ανατομική (4 έτη)
27. Παθολογική Ογκολογία (6 έτη)
28. Παιδιατρική (5 έτη)
29. Πλαστική, Επανορθωτική και Αισθητική Χειρουργική (6 έτη)
30. Πνευμονολογία – Φυματιολογία (5 έτη)
31. Πυρηνική Ιατρική (5 έτη)
32. Ρευματολογία (6 έτη)
33. Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική (5 έτη)

34. Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση (5 έτη)
35. Χειρουργική (6 έτη)
36. Χειρουργική Θώρακος (7 έτη)
37. Χειρουργική Παιδών (7 έτη)
38. Ψυχιατρική (5 έτη)
39. Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου (5 έτη)
40. Ωτορινολαρυγγολογία (5 έτη)

Το περιεχόμενο της άσκησης της κάθε ειδικότητας αναφέρεται αναλυτικά στην απόφαση.

1.1.1. Ειδικότητα στην Ελλάδα

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) τέως Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) της χώρας, από τον ιδιωτικό τομέα και από ορισμένους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένου του Τριτοβάθμιου (Νοσοκομεία), του Δευτεροβάθμιου (Κέντρα Υγείας) και του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) τέως Εθνικού Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), τα οποία λειτουργούν ως διμερή μονοπώλια, παρόμοια με τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης των Η.Π.Α. Η έντονη έλλειψη συντονισμού μεταξύ αυτών των εναλλακτικών μορφών παροχής υγειονομικής περίθαλψης προκάλεσε σειρά προβληματικών διαρθρωτικών προβλημάτων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα (Mossialos, Allin & Davaki, 2005).

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην άτυπη πρακτική εξάσκηση των νεότερων ειδικευόμενων από τους πιο έμπειρους ειδικούς ιατρούς (Kostakis & Mantas, 2008). Ιδιαίτερα όσον αφορά την ειδικότητα, και πιο συγκεκριμένα, στις χειρουργικές ειδικότητες, τα προγράμματα σπουδών των ειδικευόμενων μεταξύ των διαφόρων κλινικών δεν έχουν συστηματοποιηθεί και υπάρχει σημαντική ετερογένεια στην ποιότητα των διαφόρων προγραμμάτων πρακτικής εξάσκησης των ειδικευόμενων μεταξύ των νοσοκομείων (Kostakis & Mantas, 2008 Margariti et al., 2002 Σακοράφας & Τσιώτος, 2004).

Επιπλέον, η πρακτική εκπαίδευση των ειδικευόμενων στη γενική ιατρική και η πρωτοβάθμια καθώς και η προληπτική φροντίδα είναι σοβαρά υποανάπτυκτες στην Ελλάδα (Exadaktylos, 2005). Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής έχει ορισμένα μοναδικά χαρακτηριστικά σε σύγκριση με τις άλλες ειδικότητες στην Ελλάδα. Ο ρόλος της πρακτικής εξάσκησης στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής στο νοσοκομείο δεν είναι τόσο σαφής ως προς τις γνώσεις που πρέπει να αποκτήσει ο ειδικευόμενος από κάθε κλινική σε σχέση με άλλες ειδικότητες καθώς και οι γενικοί ιατροί πολλές φορές δεν χαίρουν υψηλής εκτίμησης από τους συναδέλφους τους σε σχέση με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (Liangas & Lionis, 2004 Mihas et al., 2006). Επιπλέον, το πρόγραμμα της ειδικότητας στη γενική ιατρική είναι διαφορετικό σε σύγκριση με όλες τις άλλες ειδικότητες στην Ελλάδα. Με βάση τον παλαιό νόμο η ειδικότητα στην γενική ιατρική διαρκεί 4 χρόνια. Κατά τη διάρκεια των τεσσάρων ετών, οι ειδικευόμενοι εκπαιδεύονται για ορισμένα χρονικά διαστήματα σε κλινικές διαφόρων ειδικοτήτων, αρχίζοντας με 6 μήνες στην παθολογία, ενώ μόνο 10 μήνες διανύονται σε ένα Κέντρο Υγείας. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 10 μηνών υπηρετούν σε ένα Κέντρο Υγείας όπου εκπαιδεύονται από ειδικούς ιατρούς της γενικής ιατρικής (Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης). Εκεί έρχονται αντιμέτωποι με την πράξη, τις προκλήσεις και ζητήματα που είναι χαρακτηριστικά της πρακτικής άσκησης τους στη γενική ιατρική και στο σημείο αυτό μπορεί να αρχίσουν να αμφισβητούν την ικανότητά τους καθώς και την απόδοσή τους στην εργασία (Liangas & Lionis, 2004 Mihas et al., 2006).

1.2. Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα: 'Περί ειδικευόμενων ιατρών

Ο ιατρός οφείλει να παρέχει με ζήλο, ευσυνειδησία και αφοσίωση τις υπηρεσίες του, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της πείρας που έχει αποκτήσει, τηρώντας τις ισχύουσες διατάξεις για τη διαφύλαξη των ασθενών και την προστασία των υγιών (Α.Ν. άρθρ. 24, 1565/1939, Α.Κ. άρθρ. 47, ΕισΝΑΚ). Ο ιατρός έχει νομική υποχρέωση να αποτρέψει το αξιόποιο αποτέλεσμα του θανάτου του ασθενούς (Α.Ν. άρθρ. 24, 1565/1939, Ν.3418/2005) και από την εγγυητική θέση αυτού απέναντι στην

ασφάλεια της ζωής ή της υγείας του ασθενούς, που δημιουργείται κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης.

Ωστόσο, οι ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες του ιατρού, λαμβάνονται υπόψη για την επίταση της ευθύνης με αποτέλεσμα η απαιτούμενη προσοχή να διαφοροποιείται μεταξύ ειδικευόμενων και ειδικών ιατρών, αφού οι τελευταίοι διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις που τους καθιστούν ικανότερους να αντιμετωπίσουν τα περιστατικά που άπτονται στην ειδικότητά τους. Παρόλα αυτά η οφειλόμενη προσοχή πρέπει να δίδεται και στην περίπτωση του ειδικευόμενου ιατρού, όταν η διάγνωση του ανακύπτοντος προβλήματος δεν προϋποθέτει ειδικές ή επιπλέον ιατρικές γνώσεις, που προσδίδει στον ιατρό η απόκτηση μιας ειδικότητας, αλλά μπορεί να επιτευχθεί και με τις βασικές γνώσεις της ιατρικής επιστήμης, που κάθε απόφοιτος ιατρός πρέπει να διαθέτει.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 3 πρφ. 2 του Ν. 3418/2005:

«Ο ιατρός ενεργεί με βάση:

α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών, της άσκησης για την απόκτηση του τίτλου της ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση,

β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και

γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης».

Πιο συγκεκριμένα ο ειδικευόμενος ιατρός έχει ευθύνη όταν:

- «παραλείπει ή καθυστερεί να ειδοποιήσει τον ειδικό ιατρό,
- αναλαμβάνει μόνος του τη διεξαγωγή διαγνωστικού ή θεραπευτικού εγχειρήματος, χωρίς να παραπέμψει το περιστατικό σε ειδικό ιατρό, κρίνοντας εσφαλμένα ότι οι γνώσεις και ικανότητες του επαρκούν για την περίπτωση,

- παραλείπει να παράσχει ή παράσχει πλημμελώς ιατρική αρωγή (μη διενέργεια ιατρικών πράξεων ή διενέργεια αυτών κατά τρόπο εσφαλμένο όσον αφορά τις πρώτες βοήθειες ή άλλες ιατρικές πράξεις, για τις οποίες δεν απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις ή εμπειρία και μπορούν να διενεργηθούν από έναν ειδικευόμενο χωρίς την εποπτεία ειδικού ιατρού,
- παραλείπει να δώσει εντολή για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων ή παραλείπει να προβεί σε διενέργεια κλινικής εξέτασης και αξιολόγησης των συμπτωμάτων, απαραίτητων για την εκτίμηση του περιστατικού ή προβαίνει σε λανθασμένη ερμηνεία των ευρημάτων της κλινικής και εργαστηριακής εξέτασης, σε περιπτώσεις που η διάγνωση και ορθή ερμηνεία των συμπτωμάτων είναι προφανής ακόμη και για έναν ιατρό άνευ ειδικότητας και ενεργεί κατά παράβαση υποδείξεων και εντολών του ειδικού ιατρού» (Α.Π. 797/2002).

Τα καθήκοντα που ανατίθενται στους ειδικευόμενους από τους ειδικούς συγκροτούν και τον τομέα ευθύνης τους. Έτσι ο ειδικευόμενος ιατρός καθίσταται υπόχρεος ή συνυπόχρεος της υγείας και της ασφάλειας του ασθενούς, παρόλο που δεν μπορεί να του αποδοθεί ο τίτλος του θεράποντος ιατρού, τον οποίο κατέχει μόνο ο ειδικός ιατρός (Κατσαντώνης, 1970, Σιδέρης, 1991). Τα καθήκοντα που ανατίθενται στους ειδικευόμενους θα πρέπει να συμβαδίζουν με τις γνώσεις και τις ικανότητες που διαθέτουν. Διαφορετικά συντρέχουν προϋποθέσεις ευθύνης και στους ειδικούς ιατρούς, όταν δηλαδή αναθέτουν στους ειδικευόμενους τη διενέργεια ιατρικών πράξεων, στις οποίες οι τελευταίοι αδυνατούν να ανταποκριθούν ("σφάλμα περί την ανάθεση") λόγω έλλειψης εμπειρίας και γνώσεων, χωρίς τη δική τους εποπτεία.

Από την άλλη, ο ειδικευόμενος ιατρός, ως αρχάριος, οφείλει να τηρεί αυστηρά κριτική στάση ως προς τις ικανότητες και την κατάρτισή του και να ειδοποιεί τον ειδικό ιατρό, ενημερώνοντάς τον με τις απαραίτητες πληροφορίες για τη φύση και τη σοβαρότητα του εκάστοτε περιστατικού. Σύμφωνα με το άρθρο 9 πρφ. 3 του Ν. 3418/2005 ισχύουν τα ακόλουθα: «Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής και ισχύει

μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης. Έτσι σε κατεπείγουσες περιπτώσεις, όπου η ζωή του ασθενούς βρίσκεται σε κίνδυνο και ο ειδικός ιατρός αν και έχει κληθεί δεν παρευρίσκεται, ο ειδικευόμενος δεν μπορεί να αρνηθεί την ανάληψη ενός περιστατικού εξαιτίας των ιδιαίτερων συνθηκών και του κατεπείγοντος χαρακτήρα της κατάστασης του ασθενούς (Τζαννέτης, 1991), αφού το υπέρτατο καθήκον του κάθε ιατρού είναι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών στους ασθενείς με στόχο τη διαφύλαξη της ζωής τους».

Σε περίπτωση που διαπιστωθεί αμέλεια* στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού θα αξιολογηθεί αυτοτελώς η πλημμελής συμπεριφορά των υπευθύνων ειδικών/ειδικευόμενων ιατρών, κατά πόσο δηλαδή η συμπεριφορά του καθενός συνέβαλλε αρνητικά στην εξέλιξη του περιστατικού και οδήγησε στην πρόκληση ζημιογόνου αποτελέσματος στην υγεία του ασθενούς. Επίσης, θα αξιολογηθούν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες έλαβε χώρα το περιστατικό. Σε μια τέτοια περίπτωση ο ειδικευόμενος δεν απαλλάσσεται των ευθυνών του λόγω της ιδιότητάς του. Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις που έχουν παραπεμφεί ή καταδικαστεί ιατροί που διένυαν την περίοδο ειδικότητας τους. Τις περισσότερες φορές συγκατηγορούμενος του ειδικευόμενου είναι ο ειδικός ιατρός, ο οποίος έχει την εποπτεία και την καθοδήγηση του ειδικευόμενου (Ποινικός Κώδικας, άρθρο 28 Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, 1993 Κανελλοπούλου – Μπότη, 1999, Σταθόπουλος, 2004).

*αμέλεια: μορφή υπαιτιότητας η οποία αφορά στην έλλειψη προσοχής σε ένα περιστατικό, την οποία όφειλε να επιδείξει ο ιατρός με βάσει τις γνώσεις και τις ικανότητες του στη συγκεκριμένη περίπτωση τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

1.3. Χρόνος ειδικότητας: Ποιότητα ζωής-Ευημερία ειδικευόμενων ιατρών. Συνθήκες και πλαίσιο διαβίωσης στο εργασιακό περιβάλλον.

Ο ειδικευόμενος με την έναρξη της εργασίας στο νοσοκομείο έρχεται αντιμέτωπος με τις πραγματικές συνθήκες και προκλήσεις του επαγγέλματος. Η περίοδος της ειδικότητας είναι

ζωτικής σημασίας για την πιστοποίηση ενός ιατρού και γενικά σχετίζεται με υψηλά επίπεδα φυσικών και συναισθηματικών απαιτήσεων και άγχους (Prins, Stacey, Gazendam-Donofrio, Tubben, van der Heijden, van de Wiel & Hoekstra-Weebers, 2007, Thomas, 2004).

Πιο συγκεκριμένα την περίοδο της ειδικότητας αφενός πρέπει να αποκτηθούν οι κατάλληλες δεξιότητες εξειδίκευσης και αφετέρου να παρασχεθεί ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς, γεγονός που προσθέτει στους ειδικευόμενους υψηλά επίπεδα ευθύνης και ταυτόχρονα χαμηλά επίπεδα αυτονομίας γιατί τελούν υπό την εποπτεία και την επίβλεψη των ειδικών ιατρών (Thomas, 2004). Δεδομένου ότι την περίοδο αυτή στόχος είναι η κατάρτιση των ειδικευόμενων ιατρών ένα ποσοστό άγχους φαίνεται να είναι αναπόφευκτο (Beckam & Fang, 2002), αλλά όμως πολλές φορές και ευνοϊκό (Levey, 2001). Το άγχος που έχουν οι ειδικευόμενοι οφείλεται κυρίως στις αυξημένες προσδοκίες και ευθύνες που αντιμετωπίζουν, καθώς οφείλουν όχι μόνο να είναι ικανοί και αποτελεσματικοί ως κλινικοί ιατροί, αλλά και να υπηρετούν σωστά τους ρόλους τους ως εκπαιδευόμενοι και ερευνητές (Cohen & Patten, 2005). Οι προσδοκίες για μια ολοκληρωμένη κατάρτιση και η απρόβλεπτη 'φύση' των ειδικευόμενων μπορεί να τους οδηγήσουν στο να δώσουν προτεραιότητα στην εργασία και στην εκμάθηση και όχι στην προσωπική τους υγεία και ευημερία. Αυτό το καθημερινό στρες που βιώνουν στην εργασία μπορεί να επιφέρει κατάθλιψη, κόπωση και εξάντληση συναισθηματική και σωματική (Houry Shockley & Markovchick, 2000).

Έτσι κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου οι ειδικευόμενοι πρέπει να μάθουν, πώς να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τον χρόνο τους, να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες για να εκτελέσουν το έργο τους σε ένα υψηλό επίπεδο και να αναπτύξουν ενσυναίσθηση και συμπόνια για τους ασθενείς. Η πρακτική εξάσκηση συχνά τους φέρνει αντιμέτωπους με τον θάνατο ασθενών, γεγονός που αυξάνει το άγχος αλλά και ταυτόχρονα την αυτοπεποίθησή τους στη διαχείριση περιστατικών ως νεοί ιατροί (Finkelstein, Brownstein, Scott & Lan, 2007). Οι ειδικευόμενοι παρόλο που προσπαθούν να διατηρήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής εξαιτίας των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν στο εργασιακό περιβάλλον (όπως σοβαρά ατυχήματα ή/και θάνατο ασθενών κλπ.), ακούσια υιοθετούν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής (στέρηση ύπνου, έλλειψη ελεύθερου χρόνου, κακές διατροφικές συνήθειες κλπ.). Το υψηλό εργασιακό άγχος, η κοινωνική απομόνωση, η αποπροσωποποίηση, η αύξηση της διοικητικής επιβάρυνσης, οι πολλές ώρες εργασίες, οι

εναλλασσόμενες βάρδιες (ημερήσιες/νυχτερινές εφημερίες) με αντίστοιχα εναλλασσόμενους κύκλους ύπνου (Burkhart, Tholey, Guinto, Yeo & Chojnacki, 2014 Campbell, Prochazka, Yamashita & Gopal, 2010, Carson, Hidalgo, Ard & Affuso, 2014), η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας (Daskivich, Jardine, Tseng et al., 2015, Dyrbye, Harper, Moutier et al., 2012, Fargen & Friedman, 2012, Feeley & Ross, 2016) συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας καθημερινότητας που προωθεί την κακή ψυχική υγεία (Yaghmour, Brigham, Richter et al., 2017). Ο χρόνος που διανύεται στην ειδικότητα χαρακτηρίζεται ως μια περίοδος κινδύνου για την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και προβλημάτων υγείας όπως άγχος και κατάθλιψη (Fahrenkopf, Sectish, Barger, Sharek, Lewin, Chiang & Landrigan, 2008, Ripp, Babyatsky, Fallar et al., 2011, Rosen, Gimotty, Shea & Bellini, 2006, Shanafelt, Bradley, Wipf & Back, 2002, Thomas, 2004). Οι ειδικευόμενοι έχουν ένα συνεχή καθημερινό αγώνα, ώστε να είναι σε θέση να εξισορροπήσουν την προσωπική και επαγγελματική τους ζωή χωρίς άγχος και να μπορέσουν να παρέχουν ένα επαρκές επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς (Parshuram, Dhanani, Kirsh & Cox, 2004).

Έτσι η περίοδος της ειδικότητας θεωρείται ταυτόχρονα περίοδος ευνοϊκή για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω του διπλού τους ρόλου και της ισχυρής πίεσης που δέχονται από τους ειδικούς ιατρούς, την κοινωνία και τους άλλους ειδικευόμενους (Lima, Buunk, Araújo, Chaves, Muniz & Queiroz, 2007). Η έλλειψη αυτονομίας, η ανταγωνιστικότητα, οι νέες προσδοκίες, η ανεπαρκής υποστήριξη από τους ειδικούς ιατρούς και τα άτακτα χρονοδιαγράμματα εργασίας είναι παράγοντες που σχετίζονται επίσης με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Dyrbye & Shanafelt, 2016). Από την άλλη η έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης θεωρείται σημαντική για τη διατήρηση της ευημερίας του εργαζόμενου (Jorge & Heloisa, 2006). Συνεπώς, η πρακτική εξάσκηση στην ειδικότητα είναι μια περίοδος υψηλής πίεσης και μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση αισθημάτων επαγγελματικής εξουθένωσης, καταπόνησης και στην εμφάνιση κατάθλιψης (Shapiro, Shapiro & Schwartz, 2000) με αποτέλεσμα τη διατάραξη της ευημερίας των ειδικευόμενων.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο όρος *ευημερία* αναφέρεται σε τρεις βασικές διαστάσεις την σωματική, την ψυχική και την κοινωνική (Constitution of the World Health Organization, 2006) και για κάποιους άλλους ερευνητές συμπεριλαμβάνει ακόμη δύο

διαστάσεις: την πνευματική και την νοητική (Noah, Spierer & Bronner, 2013, Montgomery-Downs, Insana & Bond, 2012).

Όπως είναι γνωστό το επάγγελμα του ιατρού, ειδικευόμενου ή/και ειδικού, είναι ένα επάγγελμα το οποίο από τη φύση του προκαλεί άγχος στον εργαζόμενο (Mumford, 1983). Στο εργασιακό περιβάλλον ο ρόλος των ειδικευόμενων ιατρών, οι οποίοι βρίσκονται ακόμα σε επαγγελματική κατάρτιση, είναι διαφορετικός από τον ρόλο των ειδικών που έχουν ολοκληρώσει την εκπαίδευσή τους. Η ειδικότητα είναι μια δύσκολη χρονική περίοδος, με άγχος και ιδιαίτερα κρίσιμη, αφού είναι καθοριστική για την καριέρα και το μέλλον του ειδικευόμενου ιατρού. Οι ειδικευόμενοι θα πρέπει να αντιμετωπίσουν την αύξηση της ατομικής ευθύνης, τον φόρτο εργασίας, τη στέρηση ύπνου, τη σωματική εξάντληση και τους χαμηλούς μισθούς (Lockley, Cronin, Evans, Cade, Lee, Landrigan et al., 2004, Stecker, 2004). Η στέρηση του ύπνου (εφημερίες) και ενδεχομένως η κόπωση και ο επικείμενος φόβος για πιθανά ιατρικά λάθη (Norueira-Martins, 1998), είναι παράγοντες που μπορεί να αποτελέσουν επιπλέον προκλήσεις για τη διατήρηση της ευημερίας των ειδικευόμενων (Houry et al., 2000).

Σε έρευνα των Milam, Cohen, Mueller, Salles (2018) φάνηκε ότι και η αυτο-αποτελεσματικότητα των ειδικευόμενων επηρεάζει την ευημερία των τους κυρίως στην ειδικότητα της χειρουργικής. Ως αυτο-αποτελεσματικότητα ορίζεται η αντίληψη της ικανότητας των ειδικευόμενων ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν σε διαφορετικές εργασιακές συνθήκες (Judge, Erez & Bono, 1998). Ειδικευόμενοι με υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα αισθάνονται έτοιμοι και ικανοί να ανταπεξέλθουν με επιτυχία στις προκλήσεις του επαγγέλματος.

Σε έρευνα των Pedro Alves Da Cruz Gouveia, Mario Hosana Chaves ribeiro Neta, Carlos Alberto de Moura Aschoff, Doris Pires Gomes, Nadine Anita Fonseca da Silva, Helton Alexsandro Firmino και Cavalcanti (2017) όσον αφορά το εργασιακό προφίλ των ειδικευόμενων στην Βραζιλία βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζόμενων για να συμπληρώσει το εισόδημα είχε αυξήσει τις βάρδιες/ εφημερίες (84,5%), ένα ποσοστό 76,4% είχαν αυξήσει τις ώρες εργασίας έως και 24 ώρες, ενώ 75,6% των εργαζόμενων έκαναν τέσσερις ή περισσότερες νυχτερινές βάρδιες/ εφημερίες τον τελευταίο μήνα και ένα ποσοστό 56,6% εργάζονταν πάνω από 60 ώρες την εβδομάδα. Με βάση την έρευνα περίπου το 80%

των ειδικευόμενων εμφάνισε ένα συμβάν άγχους το προηγούμενο εξάμηνο διεξαγωγής της έρευνας και το 75% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι είχε επαρκή επίβλεψη την περίοδο της ειδικότητας. Επίσης, οι περισσότεροι ειδικευόμενοι δήλωσαν ότι δεν κάνουν έντονη φυσική δραστηριότητα (65,1%) και ότι καταναλώνουν αλκοόλ (72,7%).

Σε άλλη έρευνα των Spiotta, Fargen, Patel, Larrew και Turner (2018) σε ειδικευόμενους ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων αναφέρθηκε η ύπαρξη απειλής για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης σε ποσοστό που κυμαίνονταν από 47% ως 70% στο σύνολο των συμμετεχόντων και επίσης αναφέρθηκε η αυτοκτονία ως δεύτερη αιτία θανάτου.

Σύμφωνα με τους Dyrbye, Thomas και Shanafelt (2006) τα συμπτώματα κατάθλιψης ποικίλουν ανά έτος ειδικότητας με τα υψηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους. Αυτοί που εμφάνισαν σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης ανέφεραν λιγότερες ώρες ύπνου, γεγονός που ήταν αναμενόμενο, αφού οι συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν σε κακή ποιότητα και ποσότητα ύπνου (Schernhammer, 2005). Η συγκεκριμένη έρευνα υπογραμμίζει τη σημασία της συνεχούς αξιολόγησης της ψυχικής υγείας αφενός των φοιτητών ιατρικής και αφετέρου των ειδικευόμενων και ειδικών ιατρών. Οι φοιτητές οι οποίοι εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης παρατηρείται ότι ανησυχούν για την πιθανότητα η λήψη της θεραπείας για την κατάθλιψη να θέσει σε κίνδυνο την καριέρα τους και συνήθως αρνούνται να απευθυνθούν σε ειδικούς καθώς και να λάβουν τη θεραπεία που τους συστήθηκε (Rosenthal & Okie, 2005). Λίγοι ειδικευόμενοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της ψυχιατρικής εξαιτίας του στιγματισμού, του κόστους και της προσβασιμότητας. Τονίζεται ότι δίνεται ελάχιστη προτεραιότητα στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στους ιατρούς στο πλαίσιο της κουλτούρας της ιατρικής, παρά τα αποδεικτικά στοιχεία των μη θεραπευθέντων ψυχικών διαταραχών και της αυξημένης συχνότητας αυτοκτονιών στους ειδικευόμενους ιατρούς (Center, Davis, Detre et al., 2003). Και άλλοι ερευνητές βρήκαν συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και αυτοκτονικού ιδεασμού (Soares, Lopes, Silva, Ribeiro, Almeida Júnior, Silva et al., 2012), ενώ οι Lee et al. (2008) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το άγχος και η εξουθένωση των ειδικευόμενων σχετίζεται με την επιθυμία των ειδικευόμενων να εγκαταλείψουν την πρακτική τους

εξάσκηση και είναι, ως εκ τούτου, ένα ζήτημα ανθρώπινων πόρων που επηρεάζει ολόκληρο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Η επαγγελματική εξουθένωση των ειδικευόμενων ιατρών είναι μια πραγματικότητα που διαρκώς επιδεινώνεται (Shanafelt, Hasan, Dyrbye et al., 2015) και είναι άμεσα συνυφασμένη με την επαγγελματική τους ικανοποίηση (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Silber et al., 2002, Bennett, Plint, Clifford, et al., 2005, Brewer & Clippard, 2002, Penn, Romano & Foat 1988, Wright & Bonett, 1997). Τα τελευταία χρόνια η επαγγελματική εξουθένωση και η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελούν αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών, αφού εκτός των άλλων επηρεάζουν και την ευημερία των ειδικευόμενων. Η ψυχική υγεία των ειδικευόμενων αποτελεί ζήτημα αυξανόμενης ανησυχίας σε όλο τον κόσμο, καθώς συχνά συμβάλλει αρνητικά στην επαγγελματική τους εκπαίδευση, στη διαχείριση των ευθυνών τους όσον αφορά τους ασθενείς (Ogundipe, Olagunju, Lasebikan & Coker, 2014) και στην κοινωνική αλληλεπίδραση με τους ίδιους τους ασθενείς (Wallace, Lemaire & Ghali, 2009).

1.4 Επαγγελματική ικανοποίηση- Βασικές Προσεγγίσεις

Η επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών δημόσιας υγείας είναι ένας τομέας μείζονος ενδιαφέροντος για τους ερευνητές, διότι η επιτυχημένη λειτουργία των οργανισμών καθώς και η υγεία και η ευημερία των εργαζόμενων βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην εργασιακή τους ικανοποίησή (Adams & Bond, 2000).

Οι άνθρωποι εντάσσονται σε έναν οργανισμό έχοντας συγκεκριμένα κίνητρα και ανάγκες τα οποία διαφέρουν σημαντικά από το ένα άτομο στο άλλο και επηρεάζουν την απόδοσή τους στην εργασία. Μερικές φορές αυτά είναι εμφανή, συχνά όμως είναι δύσκολο να προσδιοριστούν και ακόμη δυσκολότερο να ικανοποιηθούν (Newstrom, 2007). Τα κίνητρα ενός ατόμου αφορούν την προσπάθεια να ικανοποιηθεί μια επιθυμία ή ένας στόχος. Η ικανοποίηση αναφέρεται στο αίσθημα που βιώνει το άτομο όταν ικανοποιείται μία επιθυμία ή ένας στόχος. Το κίνητρο συνεπάγεται μια προσπάθεια για ένα αποτέλεσμα και η ικανοποίηση από την εργασία είναι το αποτέλεσμα που έχει ήδη βιώσει το άτομο (Wehrich & Koontz, 1999).

Στη διεθνή βιβλιογραφία συχνά η επαγγελματική ικανοποίηση ορίζεται ως «μια ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση, η οποία προέρχεται από την αποτίμηση της εργασίας ή της εργασιακής εμπειρίας του ατόμου» (Locke, 1976). Όμως δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Έτσι ο Spector (1997) υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση σχετίζεται με τα θετικά συναισθήματα που έχει το άτομο για την εργασία του. Ο Howard (2002) ορίζει την ικανοποίηση ως «τη θετική προσωπική αντίληψη του ατόμου για την εργασία ή την εργασιακή του εμπειρία», ενώ με βάση τους Robbins Judge, Millett και Boyle (2013) η επαγγελματική ικανοποίηση ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ των ανταμοιβών που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι και της ανταμοιβής που πιστεύουν ότι πρέπει να λάβουν. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές η επαγγελματική ικανοποίηση είναι ο βαθμός στον οποίο τα άτομα αισθάνονται θετικά ή αρνητικά για την εργασία τους. Η ικανοποίηση είναι μια στάση ή συναισθηματική απάντηση στα καθήκοντα του ατόμου καθώς και στις φυσικές και κοινωνικές συνθήκες του περιβάλλοντος εργασίας (Khan, Khan, Nawaz & Qureshi, 2010).

1.5 Βασικές Προσεγγίσεις

Για να εξηγήσουμε και να κατανοήσουμε την επαγγελματική ικανοποίηση έχουν προταθεί αρκετές θεωρίες (Maslow, Alderfer, Locke κλπ.). Οι θεωρίες είναι τα επιστημονικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τον εντοπισμό των παραγόντων της επαγγελματικής ικανοποίησης καθώς και των αμοιβαίων σχέσεων της διαδικασίας των κινήτρων και της ικανοποίησης από την εργασία (Griffin, 1990). Κάθε θεωρία στοχεύει στην εξήγηση της στάσης των εργαζόμενων για τα κίνητρα και την ικανοποίηση από την εργασία, ώστε οι ερευνητές να μπορούν να κατανοήσουν και επομένως να ελέγξουν την οργανωτική συμπεριφορά υπέρ του οργανισμού. Η μεγάλη διαφορά στις θεωρίες είναι η ιεράρχηση των παραγόντων/μεταβλητών που εμπλέκονται στη διαδικασία των κινήτρων και της ικανοποίησης από την εργασία καθώς και των αμοιβαίων σχέσεών τους.

Αναφέρεται ότι η *Θεωρία της Ιεραρχίας των Αναγκών* του Maslow είναι η πρώτη Θεωρία Κινήτρων που έθεσε πραγματικά τα θεμέλια για τη «Θεωρία της Ικανοποίησης από την Εργασία» (Khan, Khan, Nawaz & AQureshi, 2010).

➤ *Θεωρία Maslow Κίνητρα / Ικανοποίηση (1943)*

Η ιεραρχία των αναγκών του Maslow είναι η πιο ευρέως διαδεδομένη Θεωρία των Κινήτρων και της Ικανοποίησης (Wehrich & Koontz, 1999). Αξιοποιώντας κυρίως την ανθρωπιστική ψυχολογία και τις κλινικές εμπειρίες, ο Maslow υποστήριξε ότι οι ανάγκες των κινήτρων ενός ατόμου μπορούν να ταξινομηθούν σε μια ιεραρχία σε πέντε κατηγορίες/επίπεδα. Μόλις ικανοποιηθεί το ένα δεδομένο επίπεδο αναγκών δεν μπορεί να συμβάλλει πλέον στην παρακίνηση. Έτσι πρέπει να ενεργοποιηθεί το επόμενο υψηλότερο επίπεδο αναγκών για να παρακινηθεί το άτομο και να ικανοποιηθεί από την εργασία του (Luthans, 2005).

Τα επίπεδα ιεραρχίας κατά Maslow (1943) είναι τα ακόλουθα:

- Φυσιολογικές/Βιολογικές ανάγκες (τρόφιμα, ρούχα, στέγαση, αναπαραγωγή),
- Ανάγκες ασφάλειας (φυσική προστασία),
- Κοινωνικές ανάγκες (ευκαιρίες ανάπτυξης στενών σχέσεων με άλλα άτομα),
- Ανάγκες αυτοεκτίμησης (κύρος το οποίο δίδεται από άλλους), και
- Ανάγκες αυτό-πραγμάτωσης (ευκαιρίες για αυτο-ολοκλήρωση και ολοκλήρωση μέσω της προσωπικής ανάπτυξης).

Μια αδυναμία της Θεωρίας του Maslow (1968) είναι ότι η ιεράρχηση των αναγκών δεν είναι τόσο ξεκάθαρη, όπως υποστήριξε ο Maslow, καθώς μπορεί να υπάρχει αλληλοεπικάλυψη σε διαφορετικά επίπεδα αναγκών (Μπουραντάς, 2002).

➤ *Θεωρία της ERG (Clayton P. Alderfer, 1969)*

Ο Clayton Alderfer (1969) επανεξέτασε την Θεωρία του Maslow. Έτσι έκανε μια ομαδοποίηση της ιεραρχίας των αναγκών του Maslow σε τρεις ομάδες αναγκών ως ακολούθως: 1. *Υπαρξη* (φυσιολογικές ανάγκες και ανάγκες ασφάλειας), 2. *Σχέσεις* (κοινωνικές ανάγκες και εκτίμησης) και 3. *Ανάπτυξη* (αυτο-ολοκλήρωση) (Shajahan & Shajahan, 2004). Ο Alderfer πρότεινε περισσότερες συνεχείς ανάγκες από τα ιεραρχικά επίπεδα ή δύο παράγοντες της ανάγκης για πλεονασμό. Σε αντίθεση με τον Maslow δεν

υποστηρίξει ότι πρέπει να εκπληρωθεί μια ανάγκη χαμηλότερου επιπέδου, προτού κινητοποιηθεί μια ανάγκη υψηλότερου επιπέδου ή ότι η στέρηση είναι ο μόνος τρόπος ενεργοποίησης μιας ανάγκης (Luthans, 2005).

Σύμφωνα με τον Karimi (2007) η ικανοποίηση των μεμονωμένων αναγκών επηρεάζεται τόσο από τη σημασία που δίδεται στις διάφορες ανάγκες όσο και από τον βαθμό στον οποίο κάθε άτομο αντιλαμβάνεται ότι διαφορετικές πτυχές της ζωής του πρέπει και όντως ικανοποιούν αυτές τις ανάγκες. Ωστόσο, καθώς οι πολιτισμοί είναι διαφορετικοί, οι ίδιες ανάγκες έχουν διαφορετικές έννοιες και προτεραιότητες σε μια διαφορετική κουλτούρα (Khan et al., 2010).

Η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι μια σταθερή κατάσταση. Μπορεί να μεταβληθεί ή/και να αναστραφεί με την επίδραση διαφορετικών παραγόντων και την τροποποίηση των συνθηκών που επικρατούν (Arvey, Bouchard, Segal & Abraham, 1989). Έτσι ένα άτομο που αισθάνεται ικανοποίηση στο εργασιακό του περιβάλλον, εάν τροποποιηθούν οι συνθήκες μπορεί πλέον να μην νιώθει ικανοποιημένο (Jex & Britt, 2014, Warr, 1990). Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί μια πολυδιάστατη, πολυπαραγοντική και ευμετάβλητη κατάσταση. Δεν αναμένεται από κανέναν εργαζόμενο να αντλεί απόλυτη ικανοποίηση από το επάγγελμά του. Για παράδειγμα ένας εργαζόμενος μπορεί να είναι ικανοποιημένος από τις οικονομικές απολαβές, αλλά όχι από τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους του (Robbins, Judge, Millett & Boyle, 2013). Επίσης, διαφορετικά άτομα μπορεί να έχουν διαφορετική γνώμη για το ίδιο επάγγελμα.

1.6 Επαγγελματική ικανοποίηση: Παράγοντες-Συνέπειες

1.6.1 Παράγοντες

Ανεξάρτητα από τη θεωρητική προσέγγιση που χρησιμοποιείται για την μελέτη της επαγγελματικής ικανοποίησης, οι περισσότερες έρευνες έχουν εντοπίσει ότι προσδιορίζεται και μετράται σε σχέση με διάφορους παράγοντες. Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια γενική στάση, η οποία είναι αποτέλεσμα πολλών ειδικών στάσεων σε τρεις τομείς: τους παράγοντες της εργασίας, τα ατομικά ή τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τις άλλες κοινωνικές και ομαδικές σχέσεις εκτός της εργασίας (Jorge & Heloisa, 2006, Malhotra

& Mukherjee, 2004, Shajahan & Shajahan, 2004). Οι Moynihan και Pandey (2007) επισημαίνουν ότι η βιβλιογραφία όσον αφορά το κίνητρο των εργαζομένων, τη δέσμευση και την ικανοποίηση από την εργασία αναφέρει ότι οι οργανωτικές συμπεριφορές καθοδηγούνται τόσο από το προσωπικό όσο και από το εργασιακό πλαίσιο. Σε άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην παρακίνηση και την ικανοποίηση των εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένου του προσωπικού ηθικού, των θετικών αλληλεπιδράσεων, της διαχείρισης που βασίζεται στην κατανόηση της συμπεριφοράς των ατόμων και των ομάδων μέσω διαπροσωπικών δεξιοτήτων όπως είναι τα κίνητρα, οι συμβουλές, η καθοδήγηση και η επικοινωνία (Wehrich & Koontz, 1999).

Τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση, την ποιότητα ζωής και την ευημερία του εργαζόμενου. Το κυκλικό ωράριο, οι αποδοχές, ο φόρτος εργασίας, η εναρμόνιση εργασίας και προσωπικής ζωής σχετίζονται θετικά με την απόδοση των εργαζόμενων και τη δέσμευση για οργάνωση. Η θετική εμπλοκή της εργασίας και της οικογενειακής ζωής οδηγεί σε ικανοποίηση από τη ζωή, υψηλή ποιότητα ζωής, επαγγελματική ικανοποίηση και ταυτόχρονα μειώνει τις πιθανότητες το άτομο να θελήσει να εγκαταλείψει την εργασία του (Boyar & Mosley, 2007, Vila & García-Mora, 2005). Από την άλλη η αυτογνωσία, η συναισθηματική νοημοσύνη, οι κοινωνικές δεξιότητες και το μορφωτικό επίπεδο αποτελούν σημαντικές παραμέτρους που συνδέονται με την επαγγελματική ικανοποίηση (Velez & Moradi 2012). Επίσης, οι προσδοκίες των εργαζόμενων από την εργασία και η συμπεριφορά των ανωτέρων σε ιεραρχία επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση από την εργασία. Η ικανοποίηση σχετίζεται αρνητικά με τις αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον και θετικά με την απόδοση των εργαζόμενων (Velez & Moradi 2012). Τα χαρακτηριστικά της εργασίας αξιολογούνται σε σχέση με το μεγαλύτερο έλλειμμα μεταξύ της σπουδαιότητας της και το επίπεδο ικανοποίησης των ειδικευόμενων όσον αφορά τον ελεύθερο χρόνο, το ευέλικτο ωράριο, την αυτονομία σε σχέση με τη διαχείριση του χρόνου, τις ευκαιρίες για μάθηση, τις μελλοντικές προοπτικές σταδιοδρομίας και την επαρκή ανατροφοδότηση για προσωπική απόδοση τα οποία αποτελούν σημαντικά θέματα που μελλοντικά θα οδηγήσουν σε έναν καλό μισθό και μια επιτυχημένη καριέρα (Biaggi, Peter & Ulich, 2003).

Οι Arvey et al. (1989) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι περίπου το 30% της παρατηρούμενης διακύμανσης στη γενική ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εργασία οφειλόταν σε γενετικούς παράγοντες. Πρόσθετη ανάλυση έδειξε ότι τα αποτελέσματα αυτά αποκτήθηκαν ακόμα και όταν τα χαρακτηριστικά της εργασίας όπως η πολυπλοκότητα, οι απαιτήσεις κινητικών δεξιοτήτων και οι φυσικές απαιτήσεις διατηρήθηκαν σταθερές με μεθόδους διαχωρισμού. Τέλος, τα δεδομένα υποδεικνύουν σημαντικές κληρονομικές ικανότητες για αρκετά από αυτά τα χαρακτηριστικά της εργασίας.

Συνεπώς η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια πολύπλευρη έννοια και επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων (ατομικών, κοινωνικών, οργανωτικών κ.ά.) για αυτό και είναι εξαιρετικά δύσκολο να μετρηθεί με τη χρήση συγκεκριμένων οργάνων (Locke, 1976, Κάντας, 1998).

1.6.2 Συνέπειες

Σε κάθε τομέα, η επαγγελματική ικανοποίηση είναι το κλειδί για το προσωπικό κίνητρο ενός ατόμου για εργασία. Το επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία μπορεί να επηρεάσει τόσο τα άτομα όσο και τον οργανισμό στον οποίο το άτομο εργάζεται (Gosden, Williams, Petchey, Leese, & Sibbald, 2002, Karanikola, Papathanasoglou, Giannakopoulou & Koutroubas, 2007, Mac Donald & Davidson 2000, Ostroff, 1992).

Σε ατομικό επίπεδο, τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία μπορεί να είναι επιζήμια για την ποιότητα ζωής ενός ατόμου και την προσωπική του ανάπτυξη. Σε θεσμικό επίπεδο, πολλοί δυσαρεστημένοι ιατροί και εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να οδηγηθούν στην παροχή μειωμένου επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Η ικανοποίηση από την εργασία έχει συνδεθεί θετικά με την αύξηση της παραγωγικότητας και αρνητικά με την απουσία του ατόμου από την εργασία (Manusov, Carr, Rowane, Beatty & Nadeau 1995, Robbins, 1998). Τα αποτελέσματα της έρευνας των Hakim et al. (2014) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι ειδικευόμενοι ιατροί σκοπεύουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους, εάν τους δοθούν καλύτερες ευκαιρίες σε άλλο εργασιακό περιβάλλον. Όταν τα επίπεδα της επαγγελματικής

ικανοποίησης είναι υψηλά, οι εργαζόμενοι δεν απουσιάζουν αδικαιολόγητα από την εργασία τους, δεν επιθυμούν να αλλάξουν δουλειά και είναι πιο αφοσιωμένοι στο έργο τους με αποτέλεσμα να είναι πιο παραγωγικοί (Linn, Brook, Clark, Davies, Fink & Kosecoff, 1985).

Ειδικευόμενοι όλων των ειδικοτήτων εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης και λιγότερη ικανοποίηση από την εργασία τους λόγω του άγχους που βιώνουν την περίοδο της ειδικότητάς τους (Hwang et al., 2018). Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι το 85% των ειδικευόμενων ήταν ικανοποιημένοι από την πρακτική τους εξάσκηση. Ωστόσο το 37% των συμμετεχόντων ανησυχούσε για τις μελλοντικές οικονομικές απολαβές, το ένα τρίτο θεωρούσε ότι το εργασιακό άγχος επηρεάζει την οικογενειακή ζωή και το 15% σκέφτηκε ακόμη και να εγκαταλείψει την πρακτική εξάσκηση του στην ειδικότητα (Yeo, Viola, Berg, Lin et al., 2009). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι η ικανοποίηση από την εργασία, τόσο από το αντικείμενο του επαγγέλματος και τις υλικές ή ηθικές ανταμοιβές, όσο και από το εργασιακό περιβάλλον και τις σχέσεις με τους συναδέλφους μπορούν να επηρεάσουν την οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση, αλλά και τη σωματική και ψυχική υγεία του εργαζόμενου (Κάντας, 1998).

Έχουν γίνει αρκετές μελέτες για να επισημανθεί ο επιπολασμός των υψηλών επιπέδων άγχους και η μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση στους ειδικευόμενους (Yeo et al., 2009, Kasi, Khawa, Khan, Kiani, Khan, Khan et al., 2007, Ramirez, Graham, Richards, Cull & Gregory, 1996). Η επαγγελματική ικανοποίηση παίζει καθοριστικό ρόλο αφενός στη συναισθηματική και ψυχολογική ευημερία των εργαζόμενων και αφετέρου στην εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών: παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης, αποδοτική χρήση πόρων (Gosden et al., 2002, Grol, Mokkink, Smits, Van Eijk, Beek, Meskel et al., 1985). Πιο συγκεκριμένα η επαγγελματική ικανοποίηση θεωρείται σημαντική μεταβλητή για την ψυχική υγεία του ατόμου, εφόσον δύναται να επηρεάσει την καθημερινότητα, τις διαπροσωπικές του σχέσεις, αλλά και την αποδοτικότητά του στο επάγγελμα (Saari & Judge, 2004). Επίσης, η επαγγελματική ικανοποίηση των ειδικευόμενων είναι σημαντική μεταβλητή και για την επιτυχία λειτουργίας του προγράμματος πρακτικής εξάσκησης στην ειδικότητα, το οποίο στόχο έχει να προσλαμβάνει ειδικευόμενους και να ‘παραδίδει’ ικανούς ειδικούς ιατρούς. Η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η προσβασιμότητα αντανakλούν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (δηλαδή την υποδομή, την τεχνολογία πληροφοριών,

τις πολιτικές πληρωμής) στα οποία βασίζεται η πρακτική εξάσκηση των ειδικευόμενων ιατρών (Institute of Medicine, 2001).

Δεδομένου ότι η ειδικότητα είναι χρονοβόρα, η ικανοποίηση ενός ειδικευόμενου κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου θα επηρεάσει την ποιότητα των σχέσεων των ειδικευόμενων εντός και εκτός του προγράμματος ειδικότητας, την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών, την εκπαίδευσή τους καθώς και την ένταξή τους στην ομάδα εργασίας (DiTomasso, DeLauro & Carter 1983, Madaan, 2008, Simmonds, Robbins, Brinker, Rice & Kerstein, 1990).

Συνεπώς η ικανοποίηση από την εργασία είναι σημαντική όχι μόνο για τους εργαζόμενους, αλλά και για τους εργοδότες γιατί το κόστος της κατάρτισης και της πρόσληψης είναι κάτι παραπάνω από το κόστος διατήρησης των εργαζόμενων. Η ικανοποίηση αποτελεί σημαντικό ζήτημα για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καθώς είναι μια σημαντική μεταβλητή για την προσέλκυση και διατήρηση του ανθρώπινου δυναμικού και για ένα επιτυχημένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στο μέλλον (Adams & Bond, 2000).

1.7. Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικής ικανοποίησης

Έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική ικανοποίηση και η επαγγελματική εξουθένωση συνδέονται άμεσα (Aiken et al., 2002, Bennett et al., 2005, Brewer & Clippard, 2002, Penn et al., 1988, Wright & Bonett, 1997). Τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία συνδέονται με τα χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach & Jackson, 1982, Piko, 2006, Renzi, Tabolli & Ianni et al., 2005). Πιο συγκεκριμένα, η επαγγελματική εξουθένωση των ειδικευόμενων ιατρών έχει συσχετιστεί με το φόρτο εργασίας, τις απουσίες από τον εργασιακό χώρο και τη χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση (Goldberg, Boss, Chan et al., 1996, Maslach, Jackson & Leiter, 1998, Michie & Williams, 2003). Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίηση, τη μακροζωία της καριέρας των ειδικευόμενων και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών (Linderman, Petrusa, McKinley,

Hasshimoto, Gee, Smink, Mullen & Phitayakorn, 2017). Συμπερασματικά η μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση με υψηλά επίπεδα άγχους και μια μη ικανοποιητική ισορροπία επαγγελματικής και προσωπικής ζωής μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Cooper, Rout & Faragher, 1989, Goehring, Bouvier, Kunzi & Bovier, 2005).

1.7.1 Εργασιακό άγχος και Επαγγελματική εξουθένωση

Η συμβολή του εργασιακού άγχους στην πρόκληση επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ένα θέμα παγκοσμίως επίκαιρο και βασικό για τους ερευνητές που ασχολούνται με τον ιατρικό κλάδο. Έχει βρεθεί όσον αφορά τους ειδικούς ιατρούς ότι το εργασιακό άγχος συνδέεται με αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Renzi et al., 2005).

Σύμφωνα με τον Seyle (1950, 1956, 1975) το άγχος ορίζεται ως η αντίδραση του οργανισμού σε εξωτερικά ερεθίσματα, όταν δηλαδή το άτομο νιώθει ανίκανο να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις μιας συγκεκριμένης κατάστασης. Το άγχος της εργασίας προκύπτει από την αλληλεπίδραση των συνθηκών εργασίας με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των εργαζόμενων.

Οι Moustaka και Constantinidis (2010) υποστηρίζουν ότι στην αύξηση του άγχους συμβάλλουν η χαμηλή αυτοπεποίθηση του ατόμου και ο φόβος για το μέλλον. Υψηλά επίπεδα άγχους μπορεί να οδηγήσουν σε καταστροφικές συνέπειες σε διάφορους τομείς (ατομικό, επαγγελματικό κ.ά.), ενώ αντίθετα το φυσιολογικό επίπεδο άγχους αποτελεί πρόκληση και μπορεί να συμβάλλει ευνοϊκά βελτιώνοντας την απόδοση των εργαζομένων (Barlow, 2000). Ο τρόπος διαχείρισης και η ικανότητα προσαρμογής ενός ατόμου σε καταστάσεις καινούριες διαφοροποιεί και τα επίπεδα εκδήλωσης άγχους που θα εμφανίσει το κάθε άτομο. Γι' αυτό και όλοι οι άνθρωποι δεν εμφανίζουν τα ίδια επίπεδα άγχους (Moustaka & Constantinidis, 2010). Αποτελέσματα έρευνας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η τακτική φυσική δραστηριότητα συμβάλλει στη διατήρηση της καλής σωματικής και ψυχικής υγείας του εργαζόμενου και βοηθά στην καταπολέμηση του άγχους (Παπαδημητρίου, Κουστέλιος, Κρητικός & Πολλάτου, 2008).

Ο τρόπος διαχείρισης του εργασιακού άγχους από το ίδιο το άτομο μέσω της αυξημένης αίσθησης ελέγχου, της υπάρχουσας εμπειρίας του και η ικανότητά του να μετατρέπει το

άγχος σε πρόκληση αποτελεί παράγοντα προστασίας του ίδιου του ατόμου από την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2007). Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση αναφέρθηκε το 1974 από τον ψυχολόγο Herbert Freudenberger σε ένα άρθρο με τίτλο: "Επαγγελματική Εξουθένωση Προσωπικού" στο οποίο συζητήθηκε η δυσαρέσκεια που προκαλεί το άγχος στην εργασία. Η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται μια μακροχρόνια αντίδραση στο άγχος (Maslach & Schaufeli, 1993). Από τις αρχές της δεκαετίας του εβδομήντα η επαγγελματική εξουθένωση στα επαγγέλματα που αφορούν την ανθρώπινη υγεία θεωρείται το αποτέλεσμα μιας απαιτητικής και συναισθηματικής φορτισμένης σχέσης μεταξύ αυτού που προσφέρει υπηρεσίες και αυτού που τις λαμβάνει (Maslach & Schaufeli, 1993). Παρόλο που δεν υπάρχει ένας καθιερωμένος ορισμός, αναφέρεται ως σύνδρομο που εκδηλώνεται ως μια πολυδιάστατη ψυχολογική αντίδραση σε χρόνιους διαπροσωπικούς 'στρεσογόνους παράγοντες' στο εργασιακό περιβάλλον (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Ο Freudenberger (1974) περιγράφει το σύνδρομο ως μια κατάσταση ψυχικής και σωματικής εξάντλησης, απόρροια διάψευσης των προσδοκιών ενός ατόμου σε σχέση με την αναμενόμενη ανταμοιβή από την προσφορά και την αφοσίωση σε έναν επαγγελματικό στόχο.

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι συνάρτηση των ακόλουθων τριών διαστάσεων:

- Συναισθηματική εξάντληση, η οποία αναφέρεται στην εξάντληση των συναισθηματικών πόρων των εργαζόμενων. Αποτελεί τη βασική διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης και παρουσιάζει τις πιο ισχυρές και σταθερές σχέσεις με άλλα επαγγέλματα.
- Αποπροσωποποίηση, η οποία αναφέρεται στα αισθήματα κυνισμού και απόσπασης από την εργασία και θεωρείται αποτέλεσμα της συναισθηματικής εξάντλησης.
- Το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης, το οποίο αναφέρεται στη μείωση της ενεργής συμμετοχής του εργαζόμενου στην εργασία του, ως αποτέλεσμα αρνητικής αυτοεκτίμησης για τις ικανότητές του στην επίτευξη των επιδιωκόμενων επαγγελματικών του στόχων (Maslach et al., 2001, Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι το τελικό στάδιο ενός τρισδιάστατου φάσματος, που εμφανίζεται με συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης (Leiter & Maslach, 2008, Maslach, 1993). Οι τρεις διαστάσεις δεν είναι ισοδύναμες.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το επάγγελμα του ιατρού τα στάδια εξέλιξης της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρονται ως ακολούθως (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

- Η συναισθηματική εξάντληση αντικατοπτρίζει τη διάσταση του άγχους της εξουθένωσης. Το άτομο διακατέχεται από αισθήματα απελπισίας, μοναξιάς, κατάθλιψης, θυμό, ανυπομονησία, ευερεθιστότητα, ένταση, μειωμένη ενσυναίσθηση, αίσθηση έλλειψης ενέργειας και ανησυχία (Maslach et al., 2001, Trigo, Teng & Hallak, 2007). Η συναισθηματική εξάντληση υποδηλώνει την έλλειψη της απαιτούμενης σωματικής και ψυχικής ενέργειας του ιατρού για να ανταπεξέλθει στα καθήκοντά του. Το άτομο εμφανίζει δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, έλλειψη παρατηρητικότητας και καλής μνήμης κ.ά. Η συναισθηματική εξάντληση εκδηλώνεται μέσω της απώλειας του ενθουσιασμού για εργασία. Το άτομο νιώθει παγιδευμένο και νικημένο, αδύναμο να δεχθεί βοήθεια (Maslach & Jackson, 1981, Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996).
- Η αποπροσωποποίηση είναι η προσπάθεια διατήρησης απόστασης του ιατρού από τους παραλήπτες των υπηρεσιών του, αγνοώντας ενεργά τις ιδιότητες εκείνες να τους αντιμετωπίσει ως ‘μοναδικά’ άτομα, προκαλώντας μια αίσθηση αλλοτρίωσης και αδιαφορίας προς αυτούς. Έτσι η εργασία με άλλους ανθρώπους συχνά είναι δυσάρεστη και ανεπιθύμητη (Maslach et al., 2001, Trigo et al., 2007). Η αποπροσωποποίηση επηρεάζει τη συμπεριφορά του ιατρού απέναντι στους ασθενείς, τους οποίους αντιμετωπίζει αποκλειστικά ως «περιστατικά». Εμφανίζεται πολυάσχολος, μη διαθέσιμος. Επιπλέον, επηρεάζει την επικοινωνία του με όλους τους άλλους αποδέκτες των υπηρεσιών του (όπως ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό κ.ά.). Άλλοτε είναι ψυχρός, τυπικός, αδιάφορος και άλλοτε επιθετικός έχοντας μια αρνητική στάση προς τους συναδέλφους και το επάγγελμά του (Maslach & Jackson,

1981, Schaufeli et al., 1996). Γενικότερα παρατηρείται δυσκολία στις διαπροσωπικές του σχέσεις (Kumar, 2016).

- Το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης υποδηλώνει τη ματαίωση των προσδοκιών του ιατρού, την αίσθηση μη ικανότητας να φροντίσει για την ίαση των ασθενών και τη μείωση της ικανοποίησης από την εργασία του (Maslach, 1993, σελ.20-21). Το άτομο αισθάνεται ότι μειώνεται η ικανότητά του για επιτυχία. Η μείωση της προσωπικής επίτευξης ή η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, μπορεί να περιγραφούν ως ένα συναίσθημα, όπου το άτομο νιώθει ότι μπορεί να πετύχει λίγα και ότι αυτά που έχει πετύχει μέχρι τώρα είναι ασήμαντα (Maslach et al., 2001, Trigo et al., 2007). Έτσι το άτομο αποσύρεται από τις ευθύνες και αποσπάται από την εργασία του (Maslach & Jackson, 1981, Schaufeli et al., 1996) καταλήγοντας ακόμα και σε πρόωρη συνταξιοδότηση (Dyrbye et al., 2008, Maslach et al., 2001, Kumar, 2016, Shanafelt et al., 2010).

1.7.2. Στάδια επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky (1980) τα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πέντε. Οι Δημητρόπουλος και Φιλίππου (2007) επίσης έχουν αναφερθεί στα στάδια της εξουθένωσης χωρίς να συμπεριλαμβάνουν το τελευταίο, το στάδιο της παρέμβασης. Τα πέντε στάδια βάσει των ερευνητών Edelwich και Brodsky (1980) είναι:

- *Στάδιο ενθουσιασμού:* είναι το στάδιο, όπου οι νεοδιορισθέντες ειδικευόμενοι ξεκινούν την καριέρα τους θέτοντας υψηλούς στόχους και προσδοκίες, ανέφικτους, επενδύοντας από τα ψυχικά και σωματικά τους ενεργειακά αποθέματα σε υπερβολικό βαθμό, πιστεύοντας ότι είναι δυνατή η επίτευξή τους.
- *Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας:* είναι το στάδιο, όπου ο ειδικευόμενος συνειδητοποιεί ότι τα ενεργειακά αποθέματα που καταναλώνονται για το παραγόμενο έργο είναι μεγάλα, ενώ ταυτόχρονα δεν καλύπτονται οι στόχοι και οι προσδοκίες του. Έτσι μέσω παρακολούθησης σεμιναρίων, συνεδρίων, προγραμμάτων κατάρτισης κάνει μια υπέρτατη προσπάθεια να καλύψει τα κενά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να

αυξάνεται ο φόρτος εργασίας χωρίς άμεσο όφελος και ταυτόχρονα να μειώνεται ο προσωπικός ελεύθερος χρόνος. Προκύπτει λοιπόν, μια ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας και των διαθέσιμων ενεργειακών αποθεμάτων του ειδικευόμενου.

- *Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης:* είναι ένα μεταβατικό στάδιο, όπου ο ειδικευόμενος καλείται να επανεξετάσει τους στόχους και τις προσδοκίες του. Το αποτέλεσμα είναι είτε να προχωρήσει σε αναπροσαρμογή τους, ώστε οι στόχοι να καταστούν εφικτοί, είτε να καταλήξει προοδευτικά λόγω απογοήτευσης στην αποστασιοποίηση από τους ασθενείς και γενικότερα από το χώρο εργασίας. Σε αυτή την περίπτωση ο ειδικευόμενος αμφισβητεί την αξία της εργασίας, η οποία του δημιουργεί άγχος, κυρίως όταν συνειδητοποιεί ότι είναι αδύνατο να πραγματοποιηθούν οι αρχικοί του στόχοι και προσδοκίες.
- *Στάδιο απάθειας:* είναι το στάδιο, όπου ο ειδικευόμενος ενεργοποιεί τους αμυντικούς μηχανισμούς για να αντιμετωπίσει το αίσθημα της απογοήτευσης. Σε αυτό το στάδιο οι εντάσεις αυξάνονται όσον αφορά τις σχέσεις του με τους ασθενείς και τις διαπροσωπικές σχέσεις με το προσωπικό στο περιβάλλον εργασίας. Έτσι, ο ειδικευόμενος συνεχίζει να εργάζεται, κυρίως για βιοποριστικούς λόγους, καταναλώνοντας την ελάχιστη δυνατή ενέργεια και μη δίνοντας την πρέπουσα προσοχή στα ‘περιστατικά’ αποφεύγοντας έτσι και την ευθύνη.
- *Στάδιο παρέμβασης:* είναι το στάδιο όπου γίνονται παρεμβάσεις για τη μείωση ή την αποτροπή της επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευόμενων. Οι παρεμβάσεις μπορούν να εφαρμοστούν σε οποιαδήποτε από τα παραπάνω στάδια.

1.7.2.1 Επιδημιολογία

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για το θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης ειδικότερα τα τελευταία χρόνια. Υπάρχει ανησυχία ότι η εκπαίδευση των ειδικευόμενων μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Lima et al., 2007). Περίπου το ένα τρίτο των ιατρών έχει βιώσει επαγγελματική εξουθένωση σε ορισμένες περιόδους καθ’ όλη

τη διάρκεια της καριέρας του (Shanafelt, Sonja, Litjen, Dyrbye, Sotile, Daniel et al., 2012). Η επαγγελματική εξουθένωση αρχίζει να καλλιεργεί τους σπόρους της από την περίοδο της φοίτησης στην ιατρική σχολή με τα ποσοστά να κυμαίνονται από 31% ως 49,6% (Dyrbye et al., 2010) και ωριμάζει την περίοδο της ειδικότητας των ιατρών. Σε μια εθνική έρευνα στις Η.Π.Α. σε φοιτητές της ιατρικής και σε ειδικευόμενους φάνηκε ότι οι ειδικευόμενοι είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους φοιτητές (Dyrbye, West, Satele, Boone, Tan, Sloan & Shanafelt, 2014). Η άποψη αυτή ενισχύεται και από αποτελέσματα ερευνών που δείχνουν υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε ειδικευόμενους ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων. Πιο συγκεκριμένα στις Η.Π.Α. σε έρευνα σε ειδικευόμενους στην παθολογία τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης προς το τέλος της ειδικότητας κυμαίνονταν από 47% ως 61% (Ripp et al., 2011), ενώ στους οικογενειακούς ιατρούς (γενικής ιατρικής) τα ποσοστά κυμαίνονταν από 56% ως 80% (Lemkau, Rafferty & Gordon, 1994). Στην Βραζιλία σε ειδικευόμενους στην ογκολογία το ποσοστό εμφάνισης εξουθένωσης στους συμμετέχοντες ήταν 36% (Cubero, Fumis, Dettino, Costa & Van Eyll, 2016) και στον Καναδά 42% (Dahn, McGibbon & Bowes, 2019). Σε έρευνα στη Σαουδική Αραβία σε ειδικευόμενους στην ωτορινολαρυγγολογία το 45% των συμμετεχόντων βρέθηκε με υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Aldrees, Bardi, Islam & Alquahtani, 2015). Σε έρευνα στη Γαλλία ποσοστό 46% των ειδικευόμενων στην ογκολογία εμφάνισαν επαγγελματική εξουθένωση σε διαφορετικό βαθμό (Blanchard, Truchot, Albiges-Sauvin, Dewas, Pointreau, Rodrigues et al., 2010) και στην Καλιφόρνια σε ειδικευόμενους στη χειρουργική τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης κυμαίνονταν από 47% έως 70% (Gelfand, Podnos, Carmichael Saltzman, Wilson & Williams, 2004).

Παρόλο που η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει τους ειδικευόμενους ιατρούς, ανεξάρτητα από την ειδικότητα (Romani & Ashkar, 2014) έρευνες αναφέρουν ότι οι ειδικευόμενοι στη χειρουργική εμφανίζουν πιο αυξημένα ποσοστά συγκριτικά με τις υπόλοιπες ειδικότητες (Kang et al., 2015, Lindeman et al., 2017, Maher et al., 2013, Ogundipe et al., 2014) και μάλιστα σε διπλάσιο βαθμό (Pedro Alves Da Cruz Gouveia et al., 2017).

Συμπερασματικά η επαγγελματική εξουθένωση στους ειδικευόμενους ιατρούς φάνηκε να κυμαίνεται σε υψηλά ποσοστά από 27% ως 75% (Thomas, 2004) και από 18% ως 82%

(Prins et al., 2007a), τα οποία σχετίζονταν με την ειδικότητα (Ishak et al., 2009, Salpigktidis, Paliouras, Gogakos et al., 2016) με μια αυξητική τάση καθ' όλη την περίοδο της ειδικότητας (Lebensohn, Dodds, Benn, Brooks, Birch & Cook et al., 2013).

1.7.3. Επαγγελματική εξουθένωση: Παράγοντες που προκαλούν την εξουθένωση

Οι Maslach και Jackson (1981) και Schaufeli et al. (1996) υποστηρίζουν ότι το παρατεταμένο άγχος αποτελεί την κύρια αιτία εμφάνισης συναισθηματικής εξάντλησης η οποία είναι η βασική διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι αντιλήψεις των ειδικευόμενων και η αντίδρασή τους στο άγχος με βάση τα αποτελέσματα ερευνών αναφέρονται σε παράγοντες που προκαλούν ή ενισχύουν την επαγγελματική εξουθένωση.

Ο Thomas (2004) σε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών επιστημονικών ερευνών που πραγματοποιήθηκαν από το 1983 ως το 2004 εντόπισε τρεις βασικές κατηγορίες παραγόντων: α. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κ.ά.), β. Τα ατομικά χαρακτηριστικά (κίνητρα, προσδοκίες, προσωπικότητα κ.ά.) και γ. Τα χαρακτηριστικά στο εργασιακό περιβάλλον (ωράριο, φόρτος εργασίας κ.ά.). Οι παράγοντες αυτοί συμβάλλουν στην πρόκληση άγχους επηρεάζοντας το άτομο σε διαφορετικό βαθμό με αποτέλεσμα την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.

1.7.3.1 Δημογραφικά και ατομικά χαρακτηριστικά

Αποτελέσματα ερευνών ενισχύουν την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην επαγγελματική εξουθένωση (Ripp et al., 2011, Rose, Manser & Ware, 2008, Rosen et al., 2006, Weigl et al., 2012). Όσον αφορά τα ατομικά χαρακτηριστικά (κίνητρα, προσδοκίες, προσωπικότητα κ.ά.) άλλες έρευνες αναφέρουν ότι οι προσωπικοί παράγοντες που είναι γνωστοί για την αποδυνάμωση ή την επιδείνωση των αποτελεσμάτων του στρες στην ψυχική υγεία μπορεί να συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση και στην επαγγελματική

ικανοποίηση των ειδικευόμενων ιατρών. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν τη θετική αντιμετώπιση των πόρων, όπως για παράδειγμα την κοινωνική στήριξη (Howe, Smajdor & Stocki, 2012, Prins, Hoekstra-weebers, Gazendam-donofrio, Van de Wiel, Sprangers, Jaspers & Van der Heijden, 2007). Σύμφωνα με τους Ishak et al. (2009) η αντίδραση του ειδικευόμενου μπορεί να επηρεαστεί από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του και/ή τη συναισθηματική του νοημοσύνη, σε συνδυασμό με τις εμπειρίες του από το περιβάλλον εργασίας, οι οποίες μπορεί να τον οδηγήσουν σε εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης σε διαφορετικό βαθμό κατά τη διάρκεια της καριέρας του.

Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με την προσωπικότητα είναι οι κοινωνικές δεξιότητες ενός ατόμου. Ως κοινωνικές δεξιότητες αναφέρονται οι διαφορετικές κατηγορίες συμπεριφοράς, οι δεξιότητες επικοινωνίας, η ευγένεια, η εμπάθεια στην εργασία, οι δυναμικές κοινωνικές δεξιότητες και οι κοινωνικές δεξιότητες που εκφράζουν θετικά συναισθήματα όπου βασίζεται η διαχείριση των διαπροσωπικών σχέσεων. Τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες προκαλούν μια σειρά κοινωνικών και προσαρμοστικών προβλημάτων. Έχει βρεθεί ότι οι επαγγελματίες που είναι κοινωνικοί τείνουν να είναι περισσότεροι παραγωγικοί, να διατηρούν ικανοποιητικές και διαρκείς προσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις και να εμφανίζουν καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία. Οι κοινωνικές δεξιότητες μπορούν να βοηθήσουν τον εργαζόμενο ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις στο εργασιακό του περιβάλλον (Del Prette & Del Prette, 2013). Ένας από τους βασικούς κοινωνικούς παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον είναι η επικοινωνία.

1.8. Ο παράγοντας της επικοινωνίας ως παράγοντας στη διαμόρφωση των επιπέδων άγχους και εξουθένωσης

Είναι δύσκολο να δοθεί ένας ορισμός για την επικοινωνία εξαιτίας της πολύμορφης φύσης της. Το 1978 οι Katz και Kahn όρισαν την επικοινωνία ως την ανταλλαγή πληροφοριών και την μετάδοση νοημάτων. Σύμφωνα με το Merrihue (1960) η επικοινωνία ορίζεται ως η οποιαδήποτε αρχική συμπεριφορά από τη μεριά του αποστολέα που μεταφέρει το επιθυμητό μήνυμα στον αποδέκτη το οποίο προκαλεί ως αντίδραση σε αυτόν την επιθυμητή συμπεριφορά. Με βάση τον Davis (2002) η επικοινωνία ορίζεται ως η διαδικασία της

μεταβίβασης πληροφοριών από ένα άτομο σε ένα άλλο και της κατανόησης τους από το δεύτερο άτομο. Η επικοινωνία είναι μια διαδικασία η οποία πραγματοποιείται μέσω ενός συστήματος συμβόλων. Ως σύμβολο μπορεί να νοηθεί οποιασδήποτε μορφής αποτέλεσμα συμπεριφοράς μεταξύ ενός «δέκτη» και ενός «πομπού», η οποία ενέχει τη συνδιάλεξη, την ομιλία, την ανταλλαγή ιδεών και απόψεων, την έκφραση συναισθημάτων, την αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα με σκοπό την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των ατόμων για την επίτευξη ενός ή περισσότερων στόχων.

Η πολυπλοκότητα των δικτύων επικοινωνίας παρατηρείται σε υπηρεσίες, οργανισμούς και επιχειρήσεις. Σύμφωνα με τις μελέτες δεν υπάρχει ένα σύστημα επικοινωνιών αποτελεσματικό για όλες τις περιπτώσεις. Βασικό ρόλο παίζουν η πολυπλοκότητα των προβλημάτων, η δυνατότητα εύρεσης αποτελεσματικών λύσεων, οι στάσεις των μελών μιας υπηρεσίας-οργανισμού, οι υπάρχουσες πληροφορίες και άλλοι πολλοί παράγοντες που διαμορφώνονται ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες. Ο όρος επικοινωνία αναφέρεται στη σχέση αλληλεπίδρασης και αμοιβαίας μετάδοσης μηνυμάτων μεταξύ δυο ή περισσότερων ατόμων.

Η επικοινωνία είναι βασική στα επαγγέλματα υγείας, όπου απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ανταλλαγή πληροφοριών, απόψεων, σκέψεων, ιδεών, συναισθημάτων μεταξύ των ατόμων εντός και εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος για την τη λήψη αποφάσεων, έκδοση πορισμάτων, την εκτέλεση εντολών με στόχο τη διατήρηση ή/και την βελτίωση της υγείας του ασθενούς και περαιτέρω την παροχή μιας σωστής υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα ή έναν οργανισμό υγείας, η επικοινωνία είναι πολυσύνθετη και διεξάγεται: α) Ενδο-υπηρεσιακά, β) Προς τους πελάτες-ασθενείς και γ) Προς τους προμηθευτές. Η διαδικασία της επικοινωνίας είναι αμφίδρομη και πολυδιάστατη. Για να είναι εφικτή η επικοινωνία μεταξύ του αποστολέα (πομπός) και του παραλήπτη (δέκτης) του μηνύματος πρέπει να χρησιμοποιείται κοινός κώδικας. Είναι απαραίτητο και οι δύο πλευρές να αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο τις υποκειμενικές παραμέτρους του μηνύματος. Το μήνυμα απευθύνεται σε συγκεκριμένο παραλήπτη, ο οποίος, αφού το λάβει και το κατανοήσει, θα αντιδράσει ανάλογα.

Οι δίαυλοι μετάδοσης του μηνύματος είναι δύο: ο λεκτικός (λεκτική επικοινωνία) και ο μη λεκτικός (μη λεκτική επικοινωνία). Όσον αφορά τη λεκτική επικοινωνία χρησιμοποιείται

ο λόγος, μέσω ενός γλωσσικού κώδικα που βασίζεται σε έννοιες, υποκειμενικές ή αντικειμενικές με τη μορφή λέξεων-συμβόλων για τη δημιουργία συγκεκριμένου έργου (Chomsky, 1964). Η τυπική λεκτική επικοινωνιακή διαδικασία αφορά τον προφορικό, το γραπτό και τον ηλεκτρονικό λόγο. Όσον αφορά τη μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει κάθε μορφή μη γλωσσικής συμπεριφοράς, εκφράσεις, χειρονομίες με τα διάφορα μέλη του σώματος, η οποία γίνεται αντιληπτή μέσω των αισθήσεων και επηρεάζει τη διαδικασία της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης. Οι ερευνητές Rosenfeld-Plax (1977), Argyle (1988) και Izard (1990) υποστήριξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό της μη λεκτικής επικοινωνίας έχει έδρα στο υποσυνείδητο του ατόμου και εκφράζεται, είτε με το πρόσωπο, είτε με τα χέρια και το σώμα δηλαδή με τις διάφορες στάσεις που παίρνει ή βρίσκεται (Fogel, 1981). Σύμφωνα με τους Kodakos, Stamatis, Moutsios-Rentzos (2009) στη μη λεκτική επικοινωνία τα φωνητικά όργανα χρησιμοποιούνται μόνο για τη δημιουργία παραγλωσσικών φαινομένων (δηλαδή την ένταση, τη ροή, τη χροιά και τη διάρκεια του λόγου), όπως για παράδειγμα όταν πρόκειται να τονιστούν ή να τροποποιηθούν σκόπιμα κάποια σημεία του λόγου.

Οι Ellis και Beattie (1986) αναφέρουν ότι το ίδιο μήνυμα μπορεί να μεταδοθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, όπως για παράδειγμα η λέξη «όχι» με μια κίνηση του κεφαλιού ή με μια κίνηση του χεριού. Έτσι, όσον αφορά τους τρόπους επικοινωνίας των ανθρώπων, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι πρέπει να μελετηθεί ο γλωσσικός κώδικας μαζί με τη μη λεκτική επικοινωνία γιατί οι άνθρωποι στην προσπάθειά τους να μεταδώσουν ένα μήνυμα μπορεί να χρησιμοποιήσουν και τα δύο είδη διαύλων επικοινωνίας.

Από το 1920 περίπου και έως τη δεκαετία του 1960 η επικοινωνία αντιμετωπίστηκε ως παράγοντας για τη διευθέτηση των προβλημάτων στις οργανώσεις (οργανισμούς). Η οργάνωση εκλαμβάνεται ως το πλαίσιο μέσα στο οποίο συντελείται η διαδικασία της επικοινωνίας και η επικοινωνία ως σχηματική παράσταση ή απεικόνιση της οργάνωσης (Avdimiotis 2016). Ο Lasswell, επιχειρεί να διαμορφώσει με απλοϊκές ερωτήσεις του τύπου: «ποιος ρωτά, ποιος απαντά, γιατί,» το πλαίσιο μεταφοράς της πληροφορίας καθώς και τη διαδικασία της. Ο Lasswell υποστήριξε ότι η πληροφορία για να μεταβιβαστεί πρέπει να ενταχθεί σε έναν διάυλο, ο οποίος θα είναι καθορισμένος και δομημένος με αυστηρό τρόπο. Οι Izard (1990), Rosenfeld-Plax (1977), Argyle (1988), Ellis και Beattie (1986) υποστηρίζουν ότι ο διάυλος αυτός θα μπορούσε να είναι λεκτικός ή μη λεκτικός, στην ουσία

άτυπος ή μη, συνειδητός ή υποσυνείδητος. Σύμφωνα με τον Lasswell (1948) δίδεται υπερβολική σημασία στις επιπτώσεις της επικοινωνίας, ενώ ο Braddock (1958) επισημαίνει ως βασικό σημείο τις περιστάσεις/συνθήκες κάτω από τις οποίες στέλνεται ένα μήνυμα και για ποιο συγκεκριμένο σκοπό ο αποστολέας λέει κάτι. Ο Shannon (1949) επικεντρώθηκε όχι πλέον στη διαδικασία, αλλά στους παράγοντες που δυσχεραίνουν τη λήψη του μηνύματος όπως για παράδειγμα ο 'θόρυβος'. Ο ίδιος αναφέρει ότι το μήνυμα θα πρέπει να ανασυγκροτηθεί και να προσαρμοστεί στο κανάλι και το δέκτη, έτσι ώστε να γίνει λιγότερο δεκτικό σε παρεμβολές. Με τον ίδιο ουσιαστικό τρόπο οι Osgood et al (1993) εστίασαν στη διαδικασία της κωδικοποίησης και αποκωδικοποίησης του μηνύματος, θέτοντας την παράμετρο της προσαρμογής του στο σύστημα και τον αποδέκτη. Στα δύο τελευταία επίπεδα της πυραμίδας της επικοινωνίας οι Riley και Riley (1959) ανέπτυξαν το ρόλο του περιβάλλοντος με εξαιρετικό τρόπο, υποστηρίζοντας ότι επιδρά σημαντικά στη διαμόρφωση του συστήματος, της διαδικασίας και των παραγομένων παρεμβολών, ενώ τέλος ο Dance (1967) επικεντρώθηκε στο δυναμικό χαρακτήρα της επικοινωνίας.

Έτσι από τα μέσα της δεκαετίας του 1960 η έρευνα ασχολήθηκε με τους τρόπους που συμβάλλουν στη δημιουργία ενός αποδοτικού οργανωτικού κλίματος, δηλαδή, τη δημιουργία μιας ευχάριστης ατμόσφαιρας επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών μιας οργάνωσης (οργάνωσης), που επιτρέπει καλύτερη και ταχύτερη κατανόηση και επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Το οργανωτικό κλίμα θεωρήθηκε ως το στοιχείο που θα μπορούσε να επηρεάσει θετικά την ατομική συμπεριφορά και τη συνολική εικόνα του οργανισμού προς τα έξω. Από τη δεκαετία του 1980 και έπειτα το ενδιαφέρον των ερευνητών στρέφεται στο νοηματικό περιεχόμενο των μηνυμάτων, στις συμβολικές πράξεις στους οργανισμούς κλπ. Πιο συγκεκριμένα ασχολούνται με θέματα οργάνωσης, τη στρατηγική αμφισημία, τη γλώσσα και τους γλωσσικούς κώδικες, τα σύμβολα και τις εκφράσεις της κουλτούρας στους οργανισμούς, τον αφανή έλεγχο, το δημόσιο λόγο, τις διαπραγματεύσεις κ.ά. (Eisenberg, 1984, Bantz, 1983).

Στα πλαίσια ενός ιδρύματος παροχής υγείας η επικοινωνία έχει να κάνει με την αμφίδρομη πληροφόρηση μεταξύ των διαφόρων επιπέδων του προσωπικού (ιατροί διαφόρων βαθμίδων/ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό κ.ά.), των πελατών (ασθενείς, συγγενείς ασθενών) και της διοίκησης. Επικοινωνία των μελών ενός νοσοκομείου δεν είναι μόνο η

επικοινωνία που αφορά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Ο εκάστοτε εργαζόμενος είναι μια ξεχωριστή προσωπικότητα η οποία δέχεται επιδράσεις στις ενδοϋπηρεσιακές σχέσεις και από ενδιαφέροντα και συναισθήματα και εκτός του εργασιακού περιβάλλοντος. Γι' αυτό η επικοινωνία στο νοσοκομείο δεν πρέπει να περιορίζεται στη μονόπλευρη θεώρηση που αποτελεί την εργασιακή επικοινωνία, αλλά θα πρέπει να περιλαμβάνει και όλο το πλέγμα των ανθρώπινων σχέσεων. Η επικοινωνία (δομημένη και διαπροσωπική) είναι πολύ σημαντική καθώς μπορεί να συμβάλει στον αποδοτικότερο συντονισμό των δραστηριοτήτων και ενεργειών των μελών ενός ιδρύματος παροχής υγείας.

Ένα άλλος παράγοντας που επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση αφορά τα χαρακτηριστικά στο εργασιακό περιβάλλον. Οι ειδικευόμενοι ιατροί αντιμετωπίζουν 'στρεσογόνους παράγοντες' βάση του περιεχομένου και το πλαισίου της εργασίας τους. Σύμφωνα με τους Maslach και Leiter (2008) ως πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης στο εργασιακό περιβάλλον, θεωρούνται ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη αυτονομίας, η έλλειψη ανταμοιβών, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η έλλειψη αμεροληψίας και η σύγκρουση των αξιών. Έστω και μια από τις ανωτέρω πηγές μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αναλυτικότερα ο φόρτος εργασίας, αφορά στις αυξημένες απαιτήσεις στην εργασία, την πίεση του χρόνου για την επίτευξη ενός έργου σε ορισμένο χρονικό διάστημα το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση άγχους και τη δαπάνη προσωπικού ελεύθερου χρόνου. Σημαντικό ρόλο παίζει και ο βαθμός στον οποίο οι εργαζόμενοι συμμετέχουν σε σημαντικές αποφάσεις. Η έλλειψη αυτονομίας, εξαιτίας του συστήματος οργάνωσης μειώνει τα περιθώρια συμμετοχής του εργαζόμενου σε αποφάσεις, καινοτομίες ή/και χειρισμούς, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το αίσθημα της μειωμένης προσωπικής επίτευξης. Η έλλειψη ικανοποιητικών αμοιβών σχετίζεται άμεσα αφενός με την ικανοποίηση ενός ατόμου από την επιτυχία επίτευξης ενός έργου και την κοινωνική αναγνώριση από τους συναδέλφους και αφετέρου με τις οικονομικές απολαβές και συμβάλλει στην αύξηση του αισθήματος της αναποτελεσματικότητας.

Όσον αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις βασίζονται στη δυνατότητα επιτυχημένης επικοινωνίας ενός ατόμου με τον περίγυρο του και συμβάλλουν στη μείωση ή την αύξηση της απόδοσής του. Έτσι, όταν οι διαπροσωπικές σχέσεις δεν είναι καλές και υπάρχει έλλειψη

κοινωνικής υποστήριξης ο εργαζόμενος οδηγείται σε αποξένωση, ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων και μείωση της απόδοσης, ενώ σε ένα περιβάλλον αλληλοεκτίμησης, αλληλοσεβασμού, αυξάνεται αντίστοιχα και η απόδοση των εργαζόμενων. Η αμεροληψία επίσης υπονομεύει την προσωπική σχέση των εργαζόμενων με την εργασία, δημιουργώντας ένα αίσθημα αποπροσωποποίησης. Τέλος, όταν η εργασία δεν συμβαδίζει με τις αξίες του εργαζόμενου μπορεί να δημιουργηθούν αισθήματα αποπροσωποποίησης και να μειωθεί η αποτελεσματικότητά του.

Τα συμπεράσματα των Maslach και Leiter (2008) ενισχύονται και από τα αποτελέσματα άλλων ερευνών ως ακολούθως.

Οι ερευνητές Asken και Raham (1983), DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman και Lazarus (1982), Yao και Wright (2000), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις ρόλων, οι ανεπαρκείς δεξιότητες, η κακή εποπτεία, οι συγκρούσεις στο χώρο εργασίας και η έλλειψη επαρκούς χρόνου για την οικογένεια μπορεί να οδηγήσουν σε επαγγελματική εξουθένωση. Οι Biaggi et al. (2003) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το ένα τρίτο των ειδικευόμενων που συμμετείχαν στην έρευνα αισθάνθηκε υπερβολικά φορτισμένο από τον φόρτο και την ένταση της εργασίας.

Οι ερευνητές Collier, McCue, Markus και Smith (2002) ανέφεραν ως πιθανούς παράγοντες εξουθένωσης την έλλειψη αυτονομίας, τα αυξημένα διοικητικά καθήκοντα, το μεγάλο αριθμό ασθενών και τη δυσκολία εξισορρόπησης της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής του εργαζόμενου (Cohen & Patten, 2005, Rios, Gascon, Lage & Guerrero, 2006).

Επιπρόσθετα, άλλες μελέτες ανέφεραν ως παράγοντες εξουθένωσης τις σχέσεις με τους ασθενείς, το προσωπικό και τους επιβλέποντες ειδικούς ιατρούς (Businger, Stefanelli & Guller, 2010, Prins et al., 2007a, Prins et al., 2008), το άγχος που βιώνουν οι ειδικευόμενοι κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους λόγω των πολλών ωρών εργασίας, των υπερωριών και της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης των δυσκολιών στην εξισορρόπηση του χρόνου μεταξύ των προσωπικών και οικογενειακών επιδιώξεων τους (Geurts, Rutte & Peeters, 1999, Ripp et al., 2011, Rose, Manser, & Ware, 2008, Rosen et al., 2006, Shanafelt, Sloan & Habermann, 2003, Weigl, Hornung, Petru, Glaser & Angerer, 2012). Οι πολλές ώρες εργασίας (Ashkar, Romani, Musharrafieh & Chaaya, 2010) στερούν τις επαρκείς ώρες ύπνου στους

ειδικευόμενους και αυτό έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην εκπαιδευτική τους κατάρτιση και περαιτέρω στην φροντίδα των ασθενών (Cohen and Patten, 2005, Jennings & Slavin, 2015, Geurts, Rutte & Peeters, 1999, Rios et al., 2006, Rose et al., 2008, Rosen et al., 2006, Samkoff & Jacques, 1991, Tzischinsky, Zohar, Epstein, Chillag & Lavie, 2001).

Οι ερευνητές Geurts et al. (1999) ανέφεραν ως παράγοντες πρόκλησης επαγγελματικής εξουθένωσης το άτακτο χρονοδιάγραμμα εργασίας και την εξάρτηση από τους ανωτέρους στο χώρο εργασίας. Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν εξουθένωση κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής καριέρας του ειδικευόμενου. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν την πρακτική εξάσκηση κατά τη διάρκεια της ειδικότητας τους, όπως για παράδειγμα οι απαιτήσεις της κλινικής, οι ασφαλιστικές ανησυχίες και η συνεχής παρακολούθηση της ταχέως αναπτυσσόμενης τεχνολογίας γύρω από την ιατρική (Shanafelt et al., 2002).

Σε έρευνα που έγινε σε ειδικευόμενους ογκολογίας στη Γαλλία βρέθηκε ότι οι παράγοντες που σχετίζονταν με την επαγγελματική εξουθένωση ήταν ο φόρτος εργασίας, η μη επάρκεια προσωπικού και οι περιορισμένες ημέρες άδειας (Blanchard et al., 2010). Σε έρευνα σε 204 ειδικευόμενους σε νοσοκομείο της Σαχάρας στην Αφρική (MBI) τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης εξαιτίας του μεγάλου φόρτου εργασίας και των πολύ συχνών εφημεριών (νυχτερινές βάρδιες). Φάνηκε επίσης, ότι αυτού του είδους η εργασία επηρέασε αρνητικά την προσωπική ζωή καθώς και την οικογένεια των συμμετεχόντων. Η αμοιβή δεν φάνηκε να αποτελεί παράγοντα εξουθένωσης παρόλο που εννέα στους δέκα (84,8%) ιατρούς ανέφεραν ότι δεν ήταν επαρκώς αμειβόμενοι. Η πιθανή εξήγηση είναι ότι οι Νιγηριανοί ιατροί κερδίζουν πολύ χαμηλότερα από ότι οι ιατροί σε άλλα μέρη του κόσμου, παρόλα αυτά είναι μία από τις καλύτερα αμειβόμενες ομάδες σε σχέση με τους εργαζόμενους άλλων επαγγελμάτων σε αυτή την περιοχή. Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα μόνο το 16,2% δήλωσε ότι η υποστήριξη από τη διοίκηση ήταν επαρκής, παράγοντας που επηρέασε στατιστικά σημαντικά τη διάσταση της μειωμένης προσωπικής επίτευξης των συμμετεχόντων (Ogundipe et al., 2014).

Συνεπώς κατά την περίοδο της ειδικότητας υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής

εξουθένωσης το οποίο και βιώνουν οι ειδικευόμενοι σε υψηλά ποσοστά (Thomas, 2004, Prins et al., 2007) ανεξάρτητα της ειδικότητάς τους (Romani & Ashkar, 2014).

Πιο συγκεκριμένα ο Thomas (2004) συγκέντρωσε σε ένα άρθρο 15 έρευνες που εξέτασαν τους παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση των ειδικευόμενων ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων (παθολόγων, αναισθησιολόγων, χειρουργών, ορθοπεδικών και γενικών-οικογενειακών ιατρών) από το 1983 ως το 2004. Όσον αφορά τους γενικούς-οικογενειακούς ιατρούς φάνηκε να υπερισχύει ο παράγοντας, υπερβολικός δαπανώμενος χρόνος (Purdy, Lemkau, Rafferty & Rudissil, 1987). Όσον αφορά τους αναισθησιολόγους φάνηκε να παίζουν ρόλο η έλλειψη ελέγχου της διαχείρισης του χρόνου, προγραμματισμού και οργάνωσης της εργασίας, οι εγγενώς δύσκολες εργασιακές συνθήκες και οι συγκρούσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις (Nyssen Hansez., Baelep, Lamy & De Kysser, 2003). Όσον αφορά τους ορθοπεδικούς (Sargent et al., 2004) τα αποτελέσματα έδειξαν την ανησυχία σχετικά με την κλινική ικανότητα, την αύξηση της εργασίας για το σπίτι, το άγχος για τις σχέσεις με τους ανωτέρους, το νοσηλευτικό προσωπικό και ο αυξημένος αριθμός ωρών εργασίας.

Αποτέλεσμα άλλης βιβλιογραφικής ανασκόπησης ερευνών, από το 1975 ως το 2005, για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση της επαγγελματικής εξουθένωσης, παρουσιάζει μια πολύπλευρη εικόνα. Μόνο 19 έρευνες (4 ανέφεραν στα αποτελέσματα και τις τρεις διαστάσεις της κλίμακας MBI) βρέθηκαν να πληρούν τα κριτήρια. Με βάση τα αποτελέσματα των ερευνών βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των ατομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών, της προσωπικότητας και του εργασιακού περιβάλλοντος του εργαζομένου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ποσοστό 82% των ειδικευόμενων εμφάνισε μέτρια επαγγελματική εξουθένωση. Το άρθρο κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι η ποικιλομορφία των ερευνών και των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν οδηγεί στην ανάγκη ενός πιο συστηματικού ερευνητικού σχεδιασμού για τον προσδιορισμό των παραγόντων πρόκλησης της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς (Prins et al., 2007a).

Μια πιο πρόσφατη έρευνα των Mohd et al. (2018) για πρώτη φορά συγκαταλέγει στους παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση και τους 'ασθενείς'. Στην έρευνα συμμετείχαν ειδικευόμενοι ιατροί παθολογίας και ειδικευόμενοι του τμήματος

επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). Οι ερευνητές κατηγοριοποίησαν τους παράγοντες σε πέντε ομάδες ως ακολούθως:

Ασθενείς

- Ασθενείς που δεν συμμορφώνονται
- Ασθενείς που δεν επιθυμούν θεραπεία
- Ασθενείς που δεν θέλουν να πάρουν φάρμακα
- Έλλειψη πλήρους ιστορικού των ασθενών
- Ασθενείς που χρειάζονται λεπτομερείς εξηγήσεις
- Επιθετικοί ασθενείς
- Ασθενείς με πολλά προβλήματα υγείας
- Αντιμετώπιση απώλειας ασθενούς, καταστάσεων υψηλής συναισθηματικής φροντίδας, κακή έκβαση περιστατικού

Επαγγελματική ικανοποίηση

- Πίεση για εύρεση εργασίας με την ολοκλήρωση της ειδικότητας
- Αδυναμία της Ιατρικής να επιδιορθώσει τα μεγάλα κοινωνικά ζητήματα
- Πολλές υποχρεώσεις και ευθύνες καθημερινά
- Αίσθημα ευχαρίστησης στην εργασία
- Αίσθηση ότι το έργο του εκτιμάται /αναγνωρίζεται
- Έλλειψη αρκετού χρόνου για παροχή επαρκούς φροντίδας στους ασθενείς
- Ικανοποίηση από την εργασία
- Μεγάλος αριθμός ασθενών
- Ιατρικά λάθη
- Απαίτηση πολλών γνώσεων ως υπόβαθρο για μεταπτυχιακό κύκλο σπουδών
- Αμφιβολίες για πραγματική βοήθεια των ασθενών
- Αίσθηση ότι το έργο κάνει τη διαφορά

- Αμφιβολίες για την σωστή επιλογή του επαγγέλματος
- Αίσθημα επιτυχίας μετά από επιτυχή διάγνωση ή θεραπεία

Χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος

- Αντιδημοκρατικό κλίμα εργασίας
- Αρνητικές αλληλεπιδράσεις με το προσωπικό
- Αγενείς συμπεριφορές
- Ευκαιρίες για να εκφράσουν ανησυχίες / προβλήματα
- Κακή τεχνολογική και διοικητική υποστήριξη
- Περιορισμένοι θεσμικοί πόροι
- Υποστήριξη από τη διοίκηση
- Δυσκολίες αλληλεπίδρασης με άλλες υπηρεσίες και τμήματα
- Αλληλεπίδραση με σχολές / πανεπιστήμια
- Μη ρεαλιστικές προσδοκίες
- Υψηλές προσδοκίες για επιτεύγματα
- Θέσεις για ειδικευόμενους ιατρούς στην ιεραρχία
- Νοσοκομειακή φήμη
- Επιμελητές που επιπλήττουν τους ειδικευόμενους
- Επιμελητές που έχουν διάθεση να διδάσκουν τους ειδικευόμενους
- Μέντορες
- Τραυματικές σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό
- Σχέσεις με τους ειδικούς επιβλέποντες ιατρούς
- Παροχές (δηλαδή, αίθουσες χειρουργικές / ξεκούρασης για ειδικευόμενους, ιατροφαρμακευτικός εξοπλισμός)
- Γραφειοκρατία και διοικητικές ευθύνες
- Σχέσεις με τους ιατρούς/ συναδέλφους
- Ευκαιρίες συμμετοχής στην έρευνα και στη διδασκαλία
- Κουλτούρα περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή

Ποιότητα ζωής

- Πολλές ώρες εργασίας στο νοσοκομείο
- Διακοπές / άδειες
- Εργασία για μεγάλες χρονικές περιόδους χωρίς ρεπό
- Αλλαγές στο πρόγραμμα εργασίας
- Έλλειψη ευελιξίας του προγράμματος
- Έλλειψη παροχών
- Χαμηλός μισθός

Στρατηγικές αντιμετώπισης

- Κατοικίδια ζώα
- Χρόνος ποιότητας με συναδέλφους ή κάποιο άλλο σημαντικό πρόσωπο
- Φυσική υγεία
- Υγιεινή διατροφή
- Δυνατότητα άσκησης
- Έλλειψη χρόνου για τον εαυτό του (π.χ. ενασχόληση με χόμπι)
- Έλλειψη χρόνου για τους φίλους και την οικογένεια
- Έλλειψη ύπνου
- Έλλειψη ανάπαυσης
- Κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους
- Διαλογισμός / πνευματικότητα
- Ψυχική υγεία
- Εθελοντική εργασία
- Ισορροπία οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής
- Καθυστέρηση άλλων στόχων ζωής εξαιτίας της ειδικότητας

Στην έρευνα επισημάνθηκε ως μεταβλητό στοιχείο οι συνεχόμενες ημέρες εργασίας με μεγάλο φόρτο χωρίς ρεπό η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν επαρκεί μόνο η μείωση των ωρών εργασίας για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά είναι αναγκαίο να μεσολαβούν ημέρες αργίας μεταξύ των ημερών εργασίας των ειδικευόμενων.

Εν κατακλείδι, κανένας παράγοντας δεν αποτελεί από μόνος του αιτία πρόκλησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ κάποιοι παράγοντες έχουν πιο αυξημένη επίδραση συγκριτικά με άλλους (Maslach, 1989). Ειδικότερα, όσον αφορά το εργασιακό περιβάλλον, αναφέρεται ότι οι συνθήκες εργασίας συμβάλλουν στην αύξηση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης (Αντωνίου, 2008). Οι συνθήκες εργασίας είναι καθοριστικές στον προσδιορισμό του αν και κατά πόσο ο εργαζόμενος θα βιώσει επαγγελματική εξουθένωση ή θα αποδώσει στην εργασία του. Όταν οι συνθήκες εργασίας είναι κακές αυξάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τους υπόλοιπους παράγοντες οι πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Amoafo et al., 2014, Schaufeli & Enzmann, 1998). Ο Pines (1986) υποστηρίζει ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον θεωρούνται ως κύρια αιτία πρόκλησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ τα ατομικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται μόνο με τη χρονική στιγμή της εμφάνισης και την ένταση με την οποία ο εργαζόμενος βιώνει την κόπωση. Αυτό ενισχύεται και από άλλη έρευνα όπου βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ειδικευόμενων και της επαγγελματικής εξουθένωσης που εμφανίζουν (Msaouel et al., 2010). Επίσης και ο Thomas (2004) ανέφερε ότι δεν έχει διευκρινιστεί αν σχετίζεται η συμβολή της προσωπικότητας με την επαγγελματική εξουθένωση, ενώ οι Lemkau et al. (1988), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η προσωπικότητα σχετίζεται με την εξουθένωση των ειδικευόμενων γενικής-οικογενειακής ιατρικής και οι ερευνητές Liselotte et al. (2006), ότι η προσωπική ζωή μπορεί να συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση.

1.9 Συνέπειες άγχους και εξουθένωσης

Γίνεται λόγος για το αν η ψυχοκοινωνική δυσφορία των ειδικευόμενων έχει άμεσες ή μακροπρόθεσμες συνέπειες στους ασθενείς ή και στους ίδιους τους ειδικευόμενους (Nash, 2002). Έρευνες αναφέρουν ότι όσο αυξάνεται η επαγγελματική εξουθένωση του ιατρού επηρεάζει αρνητικά τόσο τον ίδιο όσο και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς (Dyrbye, West, Satele, Boone, Tan, Sloan & Shanafelt, 2014).

1.9.1 Επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στον ιατρό

- Σε έρευνα του Small (1981) οι πιο σοβαρά επηρεασμένοι ειδικευόμενοι φάνηκε ότι μπορεί να καταλήξουν με ψυχιατρικές διαταραχές, όπως βαριά κατάθλιψη, αυτοκαταστροφικό ιδεασμό και κατάχρηση ουσιών.
- Σε έρευνα του Firth-Cozens (1987), οι ειδικευόμενοι δήλωσαν ότι ένιωθαν φορτισμένοι από την πολύ δουλειά με αποτέλεσμα να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη μπορεί να ευαισθητοποιήσει τα άτομα και να τα προδιαθέσει σε ακραίες αντιδράσεις εκδήλωσης άγχους.
- Σε έρευνα των Purdy et al. (1987) και των Lemkau et al. (1988), βρέθηκε ότι όσο πιο αυξημένα ήταν τα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης τόσο πιο αυξημένη ήταν και η τάση για εμφάνιση κατάθλιψης.
- Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ολλανδία σε 567 γενικούς ιατρούς φάνηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να αυξηθεί όταν οι ασθενείς ασκούν συναισθηματική πίεση στους ιατρούς (Dick Van Dierendonck, Schaufeli & Sixma, 1994).
- Οι ερευνητές Baldwin, Dodd και Wrate (1997), ανέφεραν ότι οι ειδικευόμενοι αισθάνονται επιβαρυνμένοι λόγω του υπερβολικού όγκου εργασίας με αποτέλεσμα να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Επίσης, ανέφεραν ένα μικρό αριθμό μη σημαντικών ιατρικών λαθών από τους συμμετέχοντες και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το αίσθημα 'υπεφόρτισης' στην εργασία μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών.

- Σε έρευνα των Shanafelt et al. (2002) ποσοστό 51% των συμμετεχόντων ειδικευόμενων εμφάνισε κατάθλιψη κατά την περίοδο ειδικότητας, ενώ ποσοστό 31% υπέφερε από κατάθλιψη. Επισημάνθηκε ότι η κατάθλιψη μπορεί να συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση εναλλακτικά.
- Σε έρευνα του Thomas (2004) αναφέρθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους μπορεί να σχετίζονται με εμφάνιση κατάθλιψης και την παροχή μη ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς. Προσωπικοί παράγοντες, καθώς και τα χαρακτηριστικά της εργασίας, μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών καθώς και να επηρεάσουν την απόδοση στην εργασία.
- Σε έρευνα των Ruiz και Rios (2004) τα συμπτώματα που ανέφεραν οι ειδικευόμενοι ήταν: γαστρεντερικές διαταραχές, παρατεταμένα συμπτώματα γρίπης, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρταση, κεφαλαλγία, αϋπνία, μυαλγία, κνησμό, αλλεργίες, απώλεια μαλλιών, σεξουαλική δυσλειτουργία, δυσκολία συγκέντρωσης κ.ά.
- Άλλες έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η διαρκής ένταση που βιώνουν οι ειδικευόμενοι στο χώρο εργασίας μπορεί να τους οδηγήσει σε εξάντληση, ψυχολογική ή/και σωματική δυσφορία (Dyrbye et al., 2008, Maslach et al., 2001, Shanafelt et al., 2010).
- Οι Blanchard et al. (2010) ανέφεραν ότι οι ειδικευόμενοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επικοινωνία σε επίπεδο ομάδας εργασίας και έχουν την αίσθηση ότι επέλεξαν λάθος επάγγελμα.
- Και άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο μεγάλος φόρτος εργασίας έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην εκπαιδευτική κατάρτιση των ειδικευόμενων καθώς και στην φροντίδα των ασθενών (Cohen & Patten, 2005, Jennings & Slavin, 2015, Geurts et al., 1999, Rios et al., 2006, Rose et al., 2008, Rosen et al., 2006, Samkoff & Jacques, 1991, Tzischinsky et al., 2001).

1.9.2 Επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ασθενείς

Η συναισθηματική και απαιτητική φύση του επαγγέλματος του εν ενεργεία ιατρού, αλλά και του συνταξιούχου, όσον αφορά τις σχέσεις του με τους ασθενείς αποτελεί την ρίζα πρόκλησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Freudenberger, 1974, Maslach, 1978). Όσον αφορά την ποιότητα παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς υπάρχουν δύο διαστάσεις: 1. Η ικανοποίηση του ασθενούς, (δηλαδή, η αντιληπτή ποιότητα φροντίδας και η επικοινωνία) και 2. Η ασφάλεια (δηλαδή, η ελαχιστοποίηση των κινδύνων ή της βλάβης στους ασθενείς). Οι δύο διαστάσεις αντανακλούν την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων ιατρού-ασθενούς. Οι ειδικευόμενοι στο ρόλο τους, δηλαδή την παροχή φροντίδας, επηρεάζουν επίσης την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών μέσω της ποιότητας της κοινωνικής αλληλεπίδρασης τους με τους ασθενείς. Η ποιότητα της αλληλεπίδρασης ιατρού-ασθενούς επηρεάζει κατόπιν την συνεργασία μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς (Roberts, 1988). Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται τόσο με την ποσότητα όσο και την ποιότητα των επαφών που έχει ο ιατρός με τους ασθενείς (Dick Van Dierendonck et al., 1994).

- Σε έρευνες φάνηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει ανεπιθύμητα αποτελέσματα στην υγειονομική περίθαλψη των ασθενών (Shanafelt et al., 2002, Shanafelt et al., 2015) και επηρεάζει και τους άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Aiken et al., 2002, Leiter, Harvie & Frizzel, 1998).
- Οι ειδικευόμενοι με πιθανή εξάντληση δήλωσαν ότι αισθάνονται λιγότερο ικανοί και διαπράττουν περισσότερα ιατρικά λάθη όσον αφορά την περίθαλψη των ασθενών (Takayesu, Ramoska, Clark, Hansoti, Dougherty, Freeman, Weaver, Chang & Gross, 2014, Leiter et al., 1998, Thomas, 2004, West, Huschka, Novotny et al., 2006). Οι Shanafelt, Boone, Tan, Dyrbye, Sotile, Satele et al. (2012), ανέφεραν επίσης ότι ιατροί με πολύ υψηλή εξάντληση και κατάθλιψη διέπρατταν και τα περισσότερα ιατρικά λάθη.
- Άλλες έρευνες ανέφεραν ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εκτός του ότι μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ιατρικών λαθών (West et al., 2006) μπορεί να οδηγήσει και στη μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης, η οποία υποκινεί την

πρόωρη συνταξιοδότηση (Dyrbye et al., 2008, Maslach et al., 2001, Shanafelt et al., 2010). Επίσης και άλλοι ερευνητές βρήκαν συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την πρόωση συνταξιοδότηση, αλλά και την κατάχρηση αλκόολ και τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Goldhagen, Kingsolver, Stinnett, Rosdahl, 2015, Kreitzer & Klatt, 2017).

- Εκτός από τη χαμηλή ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς (Baldwin et al., 1997), την πιθανότητα αύξησης των ιατρικών λαθών ως συνέπεια αναφέρθηκε και η αναβολή λήψης κλινικών αποφάσεων (Gopal, Carreira & Baker et al., 2005, Shanafelt et al., 2002, West et al., 2006). Φάνηκε ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει την επαγγελματική απόδοση (επιρρέπεια σε εσφαλμένες εκτιμήσεις-αποφάσεις, αυξημένη συχνότητα λαθών, κίνδυνος πρόκλησης βλάβης στον ασθενή κ.ά.), (Dyrbye et al., 2008, Maslach et al., 2001, Kumar, 2016, Shanafelt et al., 2010).
- Βιβλιογραφική ανασκόπηση 4541 ερευνών από το 2002 ως το 2015, όπου μόνο 10 έρευνες πληρούσαν τα κριτήρια (οκτώ στις ΗΠΑ, μια στο Μεξικό και μια στην Ολλανδία), εξέτασε αν η ευημερία των ιατρών σχετίζεται με την ασφάλεια των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχουν μετριοπαθείς ενδείξεις ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με την ασφάλεια των ασθενών (δηλαδή, τα αυτο-αντιληπτά ιατρικά λάθη και τη μη βέλτιστη περίθαλψη των ασθενών). Επίσης, φάνηκε ότι υπήρξαν λιγότερες ενδείξεις για το ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με την ποιότητα της φροντίδας και την επικοινωνία με τους ασθενείς (Dewa, Loong, Bonato, Trojanowski & Rea, 2017).

Οι συνέπειες του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι εμφανείς στο βιολογικό, πνευματικό/ψυχολογικό, γνωστικό επίπεδο ενός ατόμου (Romani & Ashkar, 2014, Hobfoll & Shirom, 2000). Η επαγγελματική εξουθένωση δεν επηρεάζει μόνο τον εργαζόμενο, αλλά και το άμεσο περιβάλλον του (οικογένεια, φίλους κλπ.). Επίσης, η μειωμένη επιθυμία ενός ειδικευόμενου να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του έχει αντίκτυπο και στον οργανισμό που υπηρετεί, με αποτέλεσμα τη μείωση της αποδοτικότητάς του, όσον αφορά την ποσότητα και την ποιότητα της παραγόμενης εργασίας (Paoli, 1997).

Σύμφωνα με τον Αντωνίου (2007) ένα άτομο που έχει εμφανίσει σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών ψυχοσωματικών αποθεμάτων και μείωση των επαγγελματικών του επιδόσεων.

Σε συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση 54 ερευνών φάνηκε ότι από τους 17.560 ειδικευόμενους ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα ποσοστό 20,9% ως 43,2% ήταν θετικό για κατάθλιψη ή είχαν εμφανίσει τυπική συμπτωματολογία κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ειδικότητας. Ένα επεισόδιο κατάθλιψης συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο μελλοντικών καταθλιπτικών επεισοδίων. Συνεπώς η υγεία των ειδικευόμενων ιατρών επηρεάζεται μακροπρόθεσμα. Η εμφάνιση κατάθλιψης στους ειδικευόμενους ιατρούς μπορεί επίσης να επηρεάσει τους ασθενείς δεδομένης της καθιερωμένης σύνδεσης της κατάθλιψης των ιατρών και της χαμηλότερης ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Στην έρευνα τονίστηκε το θέμα της εκπαίδευση των ειδικευόμενων ιατρών (Mata, Ramos, MPhil, Bansal, Khan, Guille, Di Angelantonio & Sen, 2015). Σε άλλη έρευνα με ειδικευόμενους που ανέφεραν συναισθηματική δυσφορία βρέθηκε ότι η δυσφορία διατηρήθηκε ακόμα και την περίοδο που άσκησαν το επάγγελμά τους ως ειδικοί ιατροί δηλαδή, 10 χρόνια αργότερα. Αυτό φάνηκε να σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση που εμφάνισαν την περίοδο της ειδικότητάς τους. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας με καταστροφικές συνέπειες στο εργασιακό περιβάλλον μακροπρόθεσμα, οι οποίες πρέπει να αποφευχθούν με τη λήψη κατάλληλων μέτρων πρόληψης (Raimo, Lavine, Spielmann, Akerman, Friedman, Katona & Chaudhry, 2018).

2. Μελέτες περίπτωσης

2.1 Έρευνες στο εξωτερικό

Επαγγελματική ικανοποίηση

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι ένας τομέας μείζονος ενδιαφέροντος για τους ερευνητές παγκοσμίως.

Οι Booth και Smith (1990) αξιολόγησαν την επαγγελματική ικανοποίηση σε 390 ειδικευόμενους ιατρούς σε νοσοκομεία της Ν. Ζηλανδίας με τη χρήση του ερωτηματολογίου RMOs. Τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία ήταν υψηλότερα από τα αναμενόμενα. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 66% των ειδικευόμενων ήταν ικανοποιημένο, το 20% είχε ουδέτερη στάση και το 14% ήταν δυσαρεστημένο από την εργασία του. Υπήρχαν σχετικά μικρές διαφορές ανά περιοχή και μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων. Οι ώρες εργασίας, οι αμοιβές, οι διακοπές/ άδειες, η δομή των προγραμμάτων και οι συνθήκες εργασίας προσμετρήθηκαν ως θετικοί παράγοντες. Οι ειδικευόμενοι δήλωσαν ότι η δουλειά ήταν ενδιαφέρουσα με προοπτικές για το μέλλον και υψηλό αίσθημα ευθύνης. Υπήρξε μια δυσμενής άποψη γενικότερα, όσον αφορά τη διοίκηση των νοσοκομείων. Από τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι ήταν ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους, το 28% ανέφερε ότι αν είχε νωρίτερα καλύτερη γνώση της φύσης του επαγγέλματος της ιατρικής δεν θα την επέλεγε ως επάγγελμα.

Έρευνα των Lund, Alvero και Teal (2004) αξιολόγησε την ικανοποίηση από την εργασία και την ποιότητα ζωής ειδικευόμενων μαιευτικής και γυναικολογίας. Πιο συγκεκριμένα, αξιολογήθηκαν η ικανοποίηση από την εκπαίδευση, οι δείκτες ποιότητας ζωής και η πρόβλεψη της επίδρασης των μειωμένων ωρών εργασίας στους ειδικευόμενους. Οι ειδικευόμενοι φάνηκε ότι ήταν ικανοποιημένοι από την εκπαίδευση, με σημαντικές αποδόσεις, ικανοί να ακολουθήσουν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα και τα χειρουργεία. Επίσης, δήλωσαν ότι ήθελαν περισσότερο ελεύθερο χρόνο και πιο υγιεινό τρόπο ζωής και ότι δεν επιθυμούσαν να διαθέσουν πρόσθετο χρόνο για σπουδές ή διδασκαλία.

Σε έρευνα των Hakim et al. (2014) βρέθηκε ότι το 61% των ειδικευόμενων εμφάνισαν χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, αποτέλεσμα που υποδεικνύει την ανάγκη

αύξησης των στρατηγικών διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες φάνηκε να είναι ευχαριστημένοι με τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους, τους ασθενείς, τους ηλικιωμένους και τους υφισταμένους τους. Ένα μικρό ποσοστό (6,5%) από τους ειδικευόμενους ιατρούς ήταν ικανοποιημένοι από το μισθό τους, 9,1% των συμμετεχόντων από το φόρτο εργασίας και 9,5% των συμμετεχόντων από τον αριθμό των ωρών εργασίας.

Η επαγγελματική ικανοποίηση (Aiken et al., 2002, Bennett et al., 2005, Brewer & Clippard, 2002, Penn et al., 1988, Wright & Bonett, 1997) είναι άμεσα συνυφασμένη με την επαγγελματική εξουθένωση των ειδικευόμενων ιατρών. Η επαγγελματική εξουθένωση, ως αντίδραση στο άγχος, είναι μια πραγματικότητα που διαρκώς επιδεινώνεται (Shanafelt et al., 2015) με τους ειδικευόμενους να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης με συνέπεια τις δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και στην απόδοσή τους στην εργασία (Thomas, 2004).

Επαγγελματική εξουθένωση

Τα τελευταία χρόνια η αντίληψη ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί είναι ευάλωτοι στο να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση έχει αυξηθεί (Thomas, 2004). Η ανισορροπία μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής για τους επαγγελματίες υγείας, η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη έχουν συγκεντρώσει την προσοχή σε παγκόσμια κλίμακα λόγω των αρνητικών επιπτώσεων που επιφέρουν.

Σε έρευνα των Ashkar et al. (2010) στο Λίβανο το 80% των συμμετεχόντων (115 ειδικευόμενοι από όλες τις ειδικότητες που δούλευαν σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία) εμφάνισε υψηλό επίπεδο εξουθένωσης σε τουλάχιστον μια διάσταση της Κλίμακας MBI. Αναφέρθηκε ότι οι Λιβανέζοι ιατροί εκτίθενται σε συμβάντα που τους προκαλούν άγχος σε μεγαλύτερο ποσοστό λόγω του πολέμου στην περιοχή (Benedek & Ursano, 2008). Αυτό θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με την επανεξέταση του φόρτου εργασίας και των άλλων συνθηκών εργασίας των ειδικευόμενων καθώς και την παρακολούθηση της ψυχικής τους υγείας. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν έπαιξαν ρόλο στην εξουθένωση. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση της εξουθένωσης μεταξύ των ειδικευόμενων ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων (Ashkar et al., 2010).

Έρευνα των Sameer-ur-Rehman, Kumar, Siddiqui, Shahid, Syed και Kadir (2012) αξιολόγησε τα επίπεδα άγχους, την ικανοποίηση από την εργασία και τις ώρες εργασίας καθώς και τη συσχέτιση μεταξύ τους, σε 176 ειδικευόμενους παθολόγους και χειρουργούς στο Πακιστάν. Χρησιμοποιήθηκε το Γενικό Ερωτηματολόγιο Υγείας για να εκτιμήσει την ψυχική υγεία των ειδικευόμενων και ένα τυποποιημένο εργαλείο Έρευνας Ικανοποίησης της Εργασίας για να αξιολογήσει την ικανοποίηση. Ποσοστό 56,3% των ειδικευόμενων είχαν άγχος και δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στρες μεταξύ των ειδικευόμενων των παθολογικών και των χειρουργικών ειδικοτήτων, ενώ ποσοστό 75,6% ανέφεραν ότι είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Ο μέσος όρος των ωρών εργασίας ανά εβδομάδα ήταν $74,82 \pm 15,95$ για τους ειδικευόμενους παθολογικών ειδικοτήτων και $92,07 \pm 15,91$ για τους ειδικευόμενους χειρουργικών ειδικοτήτων. Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση των ωρών εργασίας με το άγχος και την ικανοποίηση από την εργασία. Στους ειδικευόμενους των παθολογικών και χειρουργικών ειδικοτήτων υπήρξε τάση διαφοροποίησης ως προς τις ώρες εργασίας και την ικανοποίηση από την εργασία. Οι περισσότερες ώρες εργασίας των ειδικευόμενων θα μπορούσαν να είναι ένας πιθανός λόγος για την αύξηση του άγχους και τη μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Σύμφωνα με τους Lindeman et al. (2017) οι οποίοι ασχολήθηκαν με ειδικευόμενους στη χειρουργική βρέθηκε ότι εμφάνισαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπρόσθετα οι ειδικευόμενοι με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης και θετικές εμπειρίες στο περιβάλλον εργασίας εμφάνισαν επαγγελματική εξουθένωση σε χαμηλότερο βαθμό. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η βελτίωση της αυτονομίας, η κοινωνική υποστήριξη και οι δυνατότητες για προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σε έρευνα που έγινε σε 129 ειδικευόμενους ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου στην Βραζιλία με τη χρήση του ερωτηματολογίου MBI βρέθηκε ότι τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων ήταν 27,9%. Οι ειδικευόμενοι στις χειρουργικές ειδικότητες ήταν πιο επιρρεπείς στο να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση (Pedro Alves Da Cruz Gouveia et al., 2017).

Σε έρευνα των Lazarescu, Dubraya, Joulakianc, Blanchard, Chauvete, Mahée, Mornex, Rocher και Thureau (2018) σε ακτινοθεραπευτές ογκολόγους ειδικούς και ειδικευόμενους

στη Γαλλία με τη χρήση του ερωτηματολογίου της Maslach Burn-out Inventory (MBI) και του Γενικού Ερωτηματολογίου για την Υγεία (GHQ-12) φάνηκε ότι τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευμένους ήταν πολύ μεγαλύτερα (84%) σε σχέση με τους ειδικούς (63%). Οι ειδικευόμενοι ήταν πιο επιρρεπείς στη διάσταση της αποπροσωποποίησης και στο αίσθημα της μειωμένης προσωπικής επίτευξης. Συμπτώματα κατάθλιψης αναφέρθηκαν σε 42% των ειδικευόμενων και στο 36% των ειδικών ιατρών. Η έρευνα πρότεινε διαρκή έλεγχο και λήψη μέτρων πρόληψης κυρίως για τους ειδικευόμενους.

Η συνεχής ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας και των πόρων φαίνεται να συνεισφέρει αποφασιστικά στην επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών. Έρευνα που έγινε σε ειδικευμένους στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα (ΗΑΕ) έδειξε ότι το 70% (212/302) των συμμετεχόντων εμφάνισε τουλάχιστον ένα σύμπτωμα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η κατάθλιψη κυμαίνονταν από 6% έως 22%, ανάλογα με την ειδικότητα. Είναι αξιοσημείωτο ότι ποσοστό 83% από τους συμμετέχοντες που είχαν κατάθλιψη (40/48) είχαν υψηλές βαθμολογίες και ανέφεραν και επαγγελματική εξουθένωση. Η έρευνα έδειξε ότι το ποσοστό της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κατάθλιψης είναι υψηλό στους ειδικευόμενους στα ΗΑΕ (Abdulrahman, Farooq, Kharmiri, Marzooqi & Carrick, 2018).

Σε έρευνα στις Η.Π.Α. των Dyrbye, Burke, Hardeman, Herrin, Wittlin, Yeazel, Dovidio, Cunningham, White, Phelan, Satele, Shanafelt και Michelle van Ryn (2018) σε 3574 ειδικευμένους διαφόρων ειδικοτήτων που υπηρετούσαν στο δεύτερο έτος ειδικότητας (ερωτηματολόγιο MBI) αναφέρθηκαν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης σε 1615 ειδικευμένους (45,2%). Οι 502 (14,1%) δήλωσαν απογοητευμένοι από την επιλογή που έκαναν όσον αφορά το επάγγελμα για τη σταδιοδρομία τους, αποτέλεσμα που είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ειδικότητα. Όσον αφορά την ειδικότητα, οι ειδικευόμενοι στην ουρολογία, νευρολογία, γενική χειρουργική και οι ιατροί των επειγόντων περιστατικών φάνηκε ότι παρουσίασαν πιο αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με τους παθολόγους. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στα μοναδικά χαρακτηριστικά του των ειδικοτήτων αυτών.

Οι ερευνητές Ogunnubi et al. (2018) αξιολόγησαν το άγχος, τις πηγές άγχους, την κατάρτιση, την ικανοποίηση και τα συναφή κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά 385 ειδικευόμενων ιατρών στη Νιγηρία. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η περίοδος της

ειδικότητας για τους ιατρούς είναι μια περίοδος άγχους. Μια τέτοια αγχωτική εμπειρία μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική τους κατάσταση, στην ψυχική τους ευημερία και στην υγειονομική περίθαλψη των ασθενών. Από τους συμμετέχοντες μόνο 127 (32,7%) ήταν ικανοποιημένοι από την κατάρτιση, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (89,6%) δήλωσαν μη ικανοποιημένοι από την εκπαίδευση την περίοδο της ειδικότητας. Η έρευνα πρότεινε επανεξέταση του προγράμματος κατάρτισης των ειδικευόμενων με στόχο την αντιμετώπιση των παραγόντων που προκαλούν άγχος στους μελλοντικούς ειδικούς ιατρούς.

2.2. Έρευνες στην Ελλάδα

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σύνηθες και στους έλληνες επαγγελματίες υγείας, όπως ακριβώς και στους εργαζόμενους σε συστήματα υγείας άλλων ανεπτυγμένων κρατών (Γούλας, Αναγνωστόπουλος, Τζωρτζοπούλου, Αγγουράς & Νιάκας, 2005). Κατά καιρούς έχουν διεξαχθεί έρευνες για να αξιολογηθούν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευόμενων ιατρών.

Σε έρευνα της Panagoroulou et al. (2006) συμμετείχαν 206 ιατροί παθολογίας, ειδικοί (103) και ειδικευόμενοι (143). Οι ερευνητές ανέφεραν ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για την ευημερία των ιατρών καθώς και για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Στην έρευνα αξιολογήθηκε κατά πόσο οι αντιληπτές απαιτήσεις στο εργασιακό περιβάλλον που αφορούν την πίεση χρόνου, τη διανοητική προσπάθεια, τη συναισθηματική εργασία και τον φόρτο εργασίας (αριθμός ωρών εργασίας την εβδομάδα) συμβάλλουν στην πρόκληση επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο των ειδικών όσο και των ειδικευόμενων ιατρών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αντιληπτές απαιτήσεις στο εργασιακό περιβάλλον είχαν πιο σημαντική επίδραση σε σχέση με τον φόρτο εργασίας στην εξήγηση της διακύμανσης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση στους ειδικούς και στους ειδικευόμενους ιατρούς συνδέονταν με διαφορετικά χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος. Ο φόρτος εργασίας ήταν πιο σημαντικός στους ειδικευόμενους σε σύγκριση με τους ειδικούς ιατρούς. Οι ειδικευόμενοι ιατροί ανέφεραν ότι εργάζονταν περισσότερες ώρες την εβδομάδα και αντιλαμβάνονταν την εργασία τους ως πιο απαιτητική από την άποψη της πίεσης του

χρόνου και της ψυχικής προσπάθειας συγκριτικά με τους ειδικούς ιατρούς. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι είναι σκόπιμο να εκπαιδευτούν οι ιατροί για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης. Τα αποτελέσματα όσον αφορά τις υποτιθέμενες απαιτήσεις εργασίας και τις ώρες εργασίας έδειξαν ότι απαιτείται άμεσα μια οργανωτική παρέμβαση όσον αφορά τον επανασχεδιασμό της εργασίας, τη διαχείριση του χρόνου, την αυτοδιαχείριση και τη διαχείριση του φόρτου εργασίας.

Σε έρευνα της Μαυρίδου (2012) στη Θεσσαλονίκη συμμετείχαν 75 ιατροί (ειδικοί – ειδικευόμενοι: παθολόγοι, χειρουργοί, εργαζόμενοι στη μονάδα εντατικής θεραπείας - ΜΕΘ) και 107 νοσηλεύτες. Διερευνήθηκε:

- Η επαγγελματική εξουθένωση με τη χρήση της κλίμακας MBI. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι τρεις ομάδες είχαν μετρίου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση. Η ιεραρχία δεν φάνηκε να έπαιξε κανένα ρόλο στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των ιατρών (ειδικών και ειδικευομένων), οι οποίοι παρουσίασαν ίδια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Η κατάθλιψη, με τη χρήση του ερωτηματολογίου Zung Depression Rating Scale (ZDRS). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τιμές ήταν φυσιολογικές και δεν διαπιστώθηκε καμία διαφοροποίηση στους ιατρούς σε σχέση με την βαθμίδα.
- Το άγχος με τη χρήση της κλίμακας State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τους ιατρούς.
- Η ικανοποίηση από τη ζωή με την χρήση της κλίμακας Life Satisfaction Inventory (LSI). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ζωή ήταν μέτρια. Ανεξάρτητα από την βαθμίδα και τη μονάδα εργασίας στην οποία ανήκαν, ένα στα δέκα άτομα, δήλωσε ότι δεν είναι ικανοποιημένο από τη ζωή του.

Όσον αφορά τη συσχέτιση της εξουθένωσης με το τμήμα εργασίας, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι ιατροί στις χειρουργικές μονάδες και στη ΜΕΘ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με τους παθολόγους καθώς και οι εργαζόμενοι στις χειρουργικές μονάδες εμφανίζουν επίσης υψηλότερες τιμές εργασιακής εξουθένωσης.

Σε έρευνα των Msaouel et al. (2010) συμμετείχαν 253 ειδικευόμενοι από οκτώ νοσοκομεία της Ελλάδος από τις πόλεις Αθήνα, Βόλο και Πειραιά. Στόχος της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης όσον αφορά το χρονοδιάγραμμα εργασίας, την ετήσια άδεια μετ' αποδοχών, τα χαρακτηριστικά των καθηκόντων της νυκτερινής βάρδιας/ εφημεριών και το χρόνο ανάπαυσης μετά την εφημερία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 99 (31,8%) ειδικευόμενοι εμφάνισαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και στις τρεις διαστάσεις, ενώ οι άλλοι 154 (49,5%) πληρούσαν τα κριτήρια για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Συνολικά 3 στους 10 ειδικευόμενους εμφάνισαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και στις τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου. 113 (36,3%) ειδικευόμενοι ήταν δυσαρεστημένοι με την ποιότητα της εκπαίδευσής τους, τις εργασιακές ευθύνες και το ενδιαφέρον των εκπαιδευτών για την εκπαίδευσή τους και υπήρξε και ένα αίσθημα εργασιακής ανασφάλειας, παράγοντες που συνέβαλλαν στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ειδικευόμενων θεωρούσε ότι το καθημερινό πρόγραμμά της εκπαιδευτικής τους κατάρτισης ήταν βαρετό (ρουτίνα) όπως επίσης και η διευθέτηση ασήμαντων ιατρικών έγγραφων. Πρέπει να σημειωθεί ότι αυτές οι υποκειμενικές αντιλήψεις συσχετίστηκαν σημαντικά, αν και ασθενώς, με υποκλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης και έτσι μπόρεσαν να παρέχουν πιθανούς στόχους για συστηματικές παρεμβάσεις. Επιπλέον, πολλοί Έλληνες ιατροί ήταν ευχαριστημένοι με την αλληλεπίδραση και την υποστήριξη των συναδέλφων ειδικευόμενων. Αυτή η παράμετρος συσχετίστηκε θετικά με τα καλύτερα αποτελέσματα στη διάσταση της μειωμένης προσωπικής επίτευξης. Επομένως, οι αμοιβαίες αυτές σχέσεις θα πρέπει να διατηρηθούν και να ενθαρρυνθούν περαιτέρω. Επιπλέον, το νοσοκομείο (χωρητικότητα 200 κλινών) ως παράγοντας δεν φάνηκε να επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση των ειδικευόμενων, γεγονός που υποδεικνύει ότι η εργασία σε μεγάλα ελληνικά νοσοκομεία δεν προδιαθέτει εξίσου έναν νεαρό ιατρό για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Σημαντικό ποσοστό των ελλήνων ειδικευόμενων βρέθηκε να είναι δυσαρεστημένο από την ποιότητα της εκπαίδευσής τους. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι απαιτούνται συστηματικές παρεμβάσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, που να αποσκοπούν στη μείωση της φθοράς των ειδικευόμενων εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην βελτίωση των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών προοπτικών τους για το μέλλον. Θα πρέπει να σημειωθεί

ότι έχουν διατυπωθεί ανησυχίες σχετικά με τις επιπτώσεις του χρονοδιαγράμματος εργασίας, την ετήσια άδεια μετ' αποδοχών, τα χαρακτηριστικά των καθηκόντων στην νυκτερινή βάρδια/ εφημερίες και το χρόνο ανάπαυσης μετά την εφημερία στην κατάρτιση των ειδικευόμενων. Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι ο σταδιακός περιορισμός των ωρών εργασίας ως βραχυπρόθεσμο μέτρο δεν μπορεί να ελαττώσει σημαντικά τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευόμενων, εάν δεν συμπληρώνεται από ταυτόχρονες μακροπρόθεσμες μεταρρυθμίσεις της επαγγελματικής τους κατάρτισης σε συνδυασμό με νέα πρότυπα διαχείρισης της φροντίδας και άλλες συστηματικές παρεμβάσεις.

Σε έρευνα το 2014 σε μεγάλο νοσοκομείο της Αθήνας συμμετείχαν 263 ειδικευόμενοι από 25 ειδικότητες (87,8% χειρουργικές ειδικότητες και 93,3% εργαστηριακές ειδικότητες εκτός μαιευτικής γυναικολογίας και παιδιατρικής). Αξιολογήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση με τη χρήση της κλίμακας MBI. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ποσοστό πάνω από 50% των ειδικευόμενων εμφάνισαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης τουλάχιστον σε μια διάσταση. Ένας στους επτά ιατρούς υπέφεραν από επαγγελματική εξουθένωση, η οποία σχετιζόταν με την εργασία στο σπίτι, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την επαγγελματική εξέλιξη και την αναλογία ειδικών/ειδικευομένων. Πιο αναλυτικά φάνηκε ότι η υποστήριξη από τους επιβλέποντες, η αυτονομία, οι ευκαιρίες για επαγγελματική ανάπτυξη στην εργασία, οι απαιτήσεις της ίδιας της εργασίας όπως πνευματικές, συναισθηματικές απαιτήσεις, ο φόρτος εργασίας και η απαιτούμενη εργασία στο σπίτι σχετιζόταν σημαντικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Οι πιο νέοι στην ειδικότητα φάνηκε να είναι πιο εξουθενωμένοι καθώς ο αριθμός των ειδικευόμενων δεν είναι επαρκής και υποχρεούνται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όχι μόνο όσον αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και σε άλλες εργασίες οι οποίες είναι κουραστικές και μονότονες (Zis, Anagnostopoulos & Sykioti, 2014).

Σε έρευνα του Σαλπικτίδη (2016) αξιολογήθηκαν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των ελλήνων ειδικευομένων ιατρών, καθώς και τυχόν διαφορών μεταξύ εργαζόμενων σε τρεις χώρες, στην Ελλάδα (52,7%), στο Ηνωμένο Βασίλειο (27,5%) και στη Γερμανία (19,8%). Επιπρόσθετα, έγινε διερεύνηση συσχετίσεων με δημογραφικούς, ατομικούς και εργασιακούς παράγοντες. 131 ειδικευόμενοι συμπλήρωσαν τα δημογραφικά, ατομικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, την κλίμακα της Maslach, ερωτήσεις σχετικά με το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης, την ικανοποίηση από τη ζωή, τις εργασιακές

συνθήκες και τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένας στους τρεις έλληνες ειδικευόμενους εμφάνισε υψηλού βαθμού εξουθένωση και στις τρεις διαστάσεις, ενώ σε δύο διαστάσεις εμφανίστηκε εξουθενωμένο το 51,1%, 72,2% και 30,8% των ειδικευόμενων της Ελλάδας, Ηνωμένου Βασιλείου και Γερμανίας, αντίστοιχα. Ο φόρτος εργασίας ήταν υψηλός, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία και ικανοποίησης από τη ζωή κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα. Η επαγγελματική εξουθένωση βρέθηκε να σχετίζεται με το φύλο, την ειδικότητα, τα εργασιακά χαρακτηριστικά (ώρες εργασίας, αυτονομία, υποστήριξη κ.ά.), τη ροπή σε ατυχήματα, τη χώρα, την επαγγελματική ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής, ενώ δεν βρέθηκε επίδραση της ηλικίας ή της οικογενειακής κατάστασης και συσχέτιση με επιρρέπεια σε ιατρικά λάθη.

Υπάρχουν και έρευνες που εξετάζουν την επαγγελματική εξουθένωση σε συνδυασμό με την επαγγελματική ικανοποίηση στους ειδικευόμενους ιατρούς.

Το 2008 έρευνα σε 120 ειδικευόμενους ιατρούς σε νοσοκομεία της Αθήνας εξέτασε τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικής ικανοποίησης. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ειδικευόμενοι δεν είναι ούτε δυσαρεστημένοι, αλλά ούτε και ικανοποιημένοι από την υφιστάμενη κατάσταση (ασφαλιστική κάλυψη, διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους διαφόρων ειδικοτήτων, επαγγελματικές ικανότητες των συναδέλφων, ανωτέρους στην εργασία, λήψη αποφάσεων). Οι ειδικευόμενοι δήλωσαν ότι η εκπαιδευτική διαδικασία, το ωράριο εργασίας, οι κτιριακές υποδομές, οι οικονομικές απολαβές και οι προοπτικές επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν πηγές δυσαρέσκειας. Όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση τα αποτελέσματα έδειξαν ότι απαιτείται η λήψη κατάλληλων μέτρων για την αποφυγή δυσεπίλυτων καταστάσεων στο μέλλον (Νίνου,2008).

Σε έρευνα των Αλεξιά, Αναγνωστόπουλου και Πιλάτη (2010) σε 392 ιατρούς (202 ειδικούς & 190 ειδικευόμενους) στην Αθήνα, αξιολογήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση με την κλίμακα της Maslach (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) και η επαγγελματική ικανοποίηση με το ερωτηματολόγιο των Warr, Cook και Wall (1979) το οποίο περιελάμβανε τέσσερις πηγές επαγγελματικής ικανοποίησης ως ακολούθως: προϊστάμενος/ διευθυντής, συνθήκες εργασίας-μισθός, συνεργάτες και ευκαιρίες για προαγωγή/προοπτικές για το μέλλον. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους ειδικευόμενους σε σχέση με τους ειδικούς ιατρούς και αυτούς που

βρίσκονται στην ανώτερη ιεραρχία γεγονός, που ίσως οφείλεται στο ότι αυτοί έχουν τακτοποιηθεί οικογενειακά και επαγγελματικά με αποτέλεσμα να έχουν λιγότερο στρες. Όσον αφορά την επαγγελματική ικανοποίηση, το μικρότερο ποσοστό ικανοποίησης σχετίζονταν με το μισθό. Μικρό ποσοστό ικανοποίησης είχαν οι ειδικευόμενοι όσον αφορά τις πιθανότητες προαγωγής, ίσως γιατί το 50% του δείγματος ήταν ειδικευόμενοι ιατροί, οι οποίοι σαφώς γνωρίζουν ότι τελειώνοντας την ειδικότητα έχουν ελάχιστες πιθανότητες άμεσης επαγγελματικής αποκατάστασης στην αγορά εργασίας. Επιπρόσθετα, οι ειδικευόμενοι εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση σε όλες τις διαστάσεις σε σχέση με τους ειδικούς. Αυτό ενδεχομένως να οφείλονταν στο ότι οι ειδικευόμενοι εξαιτίας του φόρτου εργασίας δεν προλαβαίνουν να απεμπλακούν συναισθηματικά από τα προβλήματα των ασθενών. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπήρξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης και επαγγελματικής εξουθένωσης με αποτέλεσμα με την αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης να παρατηρείται μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Ωστόσο, οι παραπάνω έρευνες είναι περιορισμένες σε αριθμό, σε μέγεθος δείγματος και γενικότερα δεν έχει χρησιμοποιηθεί το ίδιο εργαλείο αξιολόγησης, για να οδηγήσουν σε γενίκευση των αποτελεσμάτων, έτσι ώστε να προκύψουν έγκυρα συμπεράσματα. Ειδικότερα στην Ελλάδα ο αριθμός των ερευνών για την επαγγελματική εξουθένωση και την επαγγελματική ικανοποίηση των ειδικευόμενων ιατρών στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα είναι πολύ περιορισμένος. Απαιτείται λοιπόν να γίνουν περισσότερες έρευνες (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008). Παρόλο που η επαγγελματική εξουθένωση και η επαγγελματική ικανοποίηση στους ειδικευόμενους ιατρούς είναι επίκαιρα θέματα παγκοσμίως και η έρευνα συνεχίζεται υπάρχουν ακόμη πολλές πτυχές που δεν έχουν μελετηθεί.

Η επαγγελματική εξουθένωση στους ιατρούς είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο. Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα των ερευνών η επαγγελματική εξουθένωση και η επαγγελματική ικανοποίηση ενός ειδικευόμενου ιατρού έχουν αντίκτυπο στους ίδιους, στους ασθενείς (χαμηλή ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών, αυξημένα ιατρικά λάθη κλπ.), στο υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό και περαιτέρω στο σύστημα υγείας. Επίσης, τα ζητήματα της ικανοποίησης από την εργασία και της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν

μπορούν να αγνοηθούν λόγω του σημαντικού τους ρόλου στη διατήρηση του βασικού σκοπού των νοσοκομείων και του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης, αφού οι ειδικευόμενοι ιατροί αποτελούν τη βάση της πυραμίδας των ειδικών ιατρών στους οποίους βασίζεται το Δημόσιο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα. Η εκτενέστερη μελέτη του επιπέδου ικανοποίησης και εξουθένωσης σε σχέση με τις πτυχές της εργασίας τους είναι σημαντική στη διαμόρφωση στρατηγικών για τη παραμονή των ειδικευόμενων στην εργασία και την καλύτερη απόδοσή τους.

3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης και επαγγελματικής εξουθένωσης 127 ειδικευόμενων ιατρών στην Τριτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη ενός Νοσοκομείου στην Περιφερειακή Ενότητα Θεσσαλονίκης.

Τα βασικά ερωτήματα που προκύπτουν έγκεινται στη διερεύνηση των επιπέδων της εργασιακής ικανοποίησης, εργασιακού άγχους και εξουθένωσης των ειδικευόμενων ιατρών της γεωγραφικής περιοχής της Θεσσαλονίκης.

Στην κατεύθυνση αυτή αναπτύχθηκαν οι προσήκουσες ερευνητικές υποθέσεις:

- α. Η επαγγελματική ικανοποίηση των ειδικευόμενων συσχετίζεται με το εργασιακό άγχος
- β. Η επαγγελματική ικανοποίηση των ειδικευόμενων συσχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση
- γ. Η επαγγελματική ικανοποίηση συσχετίζεται με την επικοινωνία (διαπροσωπικές και δομημένες σχέσεις εντός του φορέα)
- δ. Το εργασιακό άγχος συσχετίζεται με τον παράγοντα της επικοινωνίας (κάθετης και οριζόντιας)
- ε. Η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίζεται με τον παράγοντα της επικοινωνίας.

II. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Οι έννοιες ως κατασκευές

Με τον όρο μεθοδολογία της έρευνας εννοούμε το σύνολο των διαδικασιών και των μεθόδων που μπορούν να εφαρμοστούν από έναν ειδικό ώστε να πραγματοποιηθεί μια ερευνητική διαδικασία. Σε αυτήν την ερευνητική διαδικασία χρησιμοποιούνται σωστά ορθολογικές τεχνικές, αλλά και διαδικασίες, οι οποίες είναι συνδυασμένες για τη διερεύνηση ενός προβλήματος που υφίσταται στο σύνολό του (Ζαφειρόπουλος, 2005).

Στις έρευνες τρία είδη πραγμάτων μετρώνται σύμφωνα με τον Αβδημιώτη (2014). Τα άμεσα παρατηρήσιμα, που βασίζονται στην απλή και άμεση παρατήρηση, τα έμμεσα παρατηρήσιμα που απαιτούν περισσότερο λεπτές έμμεσες ή σύνθετες παρατηρήσεις και τέλος οι κατασκευές ή θεωρητικές δημιουργίες που βασίζονται σε παρατηρήσεις, αλλά είναι δυνατό να παρατηρηθούν είτε άμεσα είτε έμμεσα. Οι θεωρητικές κατασκευές συντίθενται από έννοιες, στις οποίες λαμβάνουμε υπόψη ή δημιουργούμε κατά τη διαδικασία ανάπτυξης μιας θεωρίας (Kaplan, 1964).

Ο ίδιος ο Kaplan (1964 σελ. 49) ορίζει την έννοια ως μια «οικογένεια αντιλήψεων», υπονοώντας ότι μια έννοια είναι κάτι που δημιουργείται μέσα από την αντίληψη του καθενός για τα πράγματα. Πρόκειται λοιπόν για κατασκευές που προέρχονται από την αμοιβαία συμφωνία νοητικών εικόνων και αντιλήψεων. Οι αντιλήψεις μας συνοψίζουν σύνολα παρατηρήσεων και εμπειριών που φαινομενικά συνδέονται. Οι παρατηρήσεις και οι εμπειρίες είναι πραγματικές, ακόμη και αν έχουν υποκειμενικό χαρακτήρα, ωστόσο οι αντιλήψεις και οι έννοιες που προκύπτουν από αυτές είναι μόνο νοητικές κατασκευές. Συνήθως ωστόσο, πιστεύουμε μάλλον εσφαλμένα ότι οι κατασκευασμένοι όροι διαθέτουν εγγενές νόημα και ονομάζονται πραγματικές οντότητες του κόσμου, τούτο όμως δεν συμβαίνει μέχρις ότου ανακαλύψουμε το πραγματικό τους περιεχόμενο και την αυθεντική μέθοδο μέτρησής τους. Σε αυτή τη διατριβή, οι όροι προσαρμοσμένοι κανόνες, κοινωνικότητα, επικοινωνιακές δομές, είναι έννοιες που χρησιμοποιήθηκαν για να γίνουν η γέφυρα σύνδεσης και απόδειξης των υποθέσεων, ως εκ τούτου, η επιστημονική εγκυρότητα της μεθόδου μέτρησης τους είναι καθοριστικής σημασίας. Η διαδικασία αυτή της

δημιουργίας συγκεκριμένης «υπόστασης» των εννοιών, ονομάζεται «εννοιολόγηση» (Αβδημιώτης, 2014).

2.2. Εννοιολόγηση

Σύμφωνα με τον Babbie (2010), η διαδικασία μέσω της οποίας προσδιορίζουμε τι εννοούμε όταν χρησιμοποιούμε συγκεκριμένους όρους στην έρευνα, ονομάζεται εννοιολόγηση. Στην επικείμενη έρευνα, ο όρος για παράδειγμα της κοινωνικότητας, έλαβε συγκεκριμένο νόημα επιτυγχάνοντας ένα λειτουργικό consensus κάνοντας αντιληπτό το περιεχόμενο της έννοιας στα πρόσωπα που έλαβαν μέρος στην πρωτογενή έρευνα. Ουσιαστικά λοιπόν, παρήχθη ένα συγκεκριμένο (συμβατικό) νόημα για τους σκοπούς της έρευνας. Αυτή η διαδικασία προσδιορισμού του νοήματος με ακρίβεια, περιλαμβάνει τους ενδείκτες, (Item) που χρησιμοποιήθηκαν για να μετρηθούν οι έννοιες και να αποκτήσουν μια περισσότερο «απτή» υπόσταση, διασαφηνίζοντας παράλληλα τις συμπεριφορές των ανθρώπων στους οποίους εστιάζουμε και μελετούμε. Από την άλλη πλευρά, η εστίαση στο τι σημαίνουν οι λέξεις και οι συμπεριφορές (πράξεις) για τους υπό μελέτη ανθρώπους, περιπλέκει σχεδόν πάντοτε τις έννοιες που ενδιαφέρουν τον ερευνητή και αυτό διότι η κάθε έννοια μεταφράζεται ή διωλίζεται μέσα από την προσωπική θεώρηση και το σύστημα αξιών του καθενός ανθρώπου - εργαζομένου. Αυτό σημαίνει ότι οι καταχωρήσεις στο νοητικό αρχείο του καθενός μπορεί να εκτείνονται σε ένα ευρύ φάσμα αποχρώσεων της ίδιας αντιληπτής έννοιας. Για το λόγο αυτό οφείλουμε να δημιουργήσουμε ομαδοποιήσεις ή «διαστάσεις» προσδιορίζοντας συνολικά και με έναν κοινά αντιληπτό και αποδεκτό τρόπο τις έννοιες. Για παράδειγμα, στην έννοια της κοινωνικότητας, συμπεριλήφθηκαν οι υποέννοιες - διαστάσεις της εμπιστοσύνης (φυσικής και εργασιακής) της κατά πρόσωπο επικοινωνίας, της ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων, της προθυμίας για συνεργασία και της παροχή βοήθειας. Στην ουσία δημιουργώντας διαστάσεις και εναλλαξιμότητα στους δείκτες, επιτυγχάνεται καλύτερος προσδιορισμός των εννοιών, κοινή προσέγγιση και ως εκ τούτου, διασφάλιση εγκυρότητας και πληρότητας στη μέτρηση, ενώ περιορίζεται σημαντικά ο κίνδυνος της αμφισημίας και της λανθασμένης κατανόησης από την πλευρά του πληθυσμού της έρευνας.

Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της ερευνητικής μεθοδολογίας έγινε επίσης αντιληπτό, ότι η βελτίωση προσδιορισμού των εννοιών είναι μια επίπονη και δυναμική διαδικασία και πολύ συχνά απαιτήθηκε να τροποποιηθούν τόσο οι ενδείκτες, όσο και οι διαστάσεις που χρησιμοποιήθηκαν, προκειμένου να έρθουν σε απόλυτη συμφωνία με το πληθυσμό της έρευνας. Η επιτυχία της προσαρμογής και η εγκυρότητα, αποδείχθηκε ωστόσο μέσα από τα εργαλεία εγκυρότητας τα οποία ξεπέρασαν κατά πολύ όπως θα αναφερθεί σε επόμενη παράγραφο τα βιβλιογραφικά όρια (thresholds) (Αβδημιώτης, 2013).

2.3. Λειτουργικοποίηση- Αξιοπιστία

Επιτυγχάνοντας στη μεθοδολογία της έρευνας την εννοιολόγηση, δηλαδή την επεξεργασία και την αντικειμενικοποίηση αφηρημένων εννοιών, το επόμενο στάδιο δράσης είναι αυτές οι έννοιες να τεθούν στην διάθεση του ερευνητή ως μετρήσιμα μεγέθη, ουσιαστικά να λειτουργικοποιηθούν, οδηγώντας σε εμπειρικές παρατηρήσεις.

Κατά τη λειτουργικοποίηση μιας έννοιας, δόθηκε ιδιαίτερο βάρος στο εύρος της διακύμανσης των εννοιών συνδυάζοντας ιδιότητες και εντάσσοντάς τες στην υπό συζήτηση έννοια. Είναι σαφές, ότι για να μετρήσουμε το πλήρες εύρος της διακύμανσης, πρέπει η λειτουργικοποίηση των στάσεων που αφορούν τη συγκεκριμένη έννοια να περιλαμβάνει όλο το εύρος των υπο-εννοιών, με την υποσημείωση όμως ότι θα πρέπει να επιλεγούν οι κατάλληλες που εξυπηρετούν τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας.

Για τη λειτουργικοποίηση, των μεταβλητών, πρέπει λοιπόν να ληφθεί υπόψη τόσο ο βαθμός της ακρίβειας όσο και της πιστότητας, θέτοντας σαφή όρια ανάμεσα στο πόσο λεπτές και ευδιάκριτες θα είναι οι διακρίσεις μεταξύ των πιθανών τιμών που θα συνθέτουν τη μεταβλητή. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η αξιοπιστία και αντιμετωπίζεται η υποκειμενικότητα του ενός παρατηρητή/ερευνητή, ο οποίος αντιλαμβάνεται και επεξεργάζεται τις απαντήσεις και τις συμπεριφορές του παρατηρούμενου πληθυσμού. Στην παρούσα έρευνα, η υποκειμενικότητα αντιμετωπίστηκε με την μέθοδο «ελέγχου – επανελέγχου», αναπροσαρμόζοντας δυναμικά τα ερευνητικά εργαλεία και διενεργώντας πιλοτικές δοκιμές.

Η αξιοπιστία επίσης της έρευνας διασφαλίστηκε χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της διχοτόμησης με σκοπό αφενός να εκφραστούν πλήρως οι υπο-έννοιες που χρησιμοποιήθηκαν, αλλά και αφετέρου να υπάρξει η πληρέστερη δυνατή κατηγοριοποίηση. Τέλος, η αξιοπιστία διασφαλίστηκε με τη χρησιμοποίηση καθιερωμένων μέτρων που λήφθηκαν από τη διεθνή βιβλιογραφία στο θεματικό αντικείμενο (Αβδημιώτης, 2013).

2.4. Ποσοτική έρευνα

Η διαδικασία διεξαγωγής μιας ποσοτικής κοινωνικής έρευνας ακολουθεί δύο διακριτά στάδια. Το στάδιο σχεδιασμού και το στάδιο υλοποίησης, ενώ τέλος ακολουθεί η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που προκύπτουν και γίνεται η σύνθεσή τους και η διατύπωση των σχετικών συμπερασμάτων. Κατά το πρώτο στάδιο προσδιορίζονται τα ερωτήματα, οι ανάλογες παραδοχές και σχηματίζονται οι υποθέσεις εργασίας η ισχύς των οποίων τίθεται υπό διερεύνηση. Το κύριο ερευνητικό εργαλείο στις ποσοτικές έρευνες είναι το ερωτηματολόγιο μέσω του οποίου ο ερευνητής προσπαθεί να αντικειμενοποιήσει συγκεκριμένες έννοιες και επομένως να τις μετρήσει. Συνήθως, μετά την κατάρτιση του ερωτηματολογίου, γίνεται δοκιμαστική έρευνα για να προσδιορισθεί η λειτουργικότητα του ερωτηματολογίου και να διαμορφωθεί οριστικά η δομή του. Εν συνεχεία ακολουθεί η επιλογή δείγματος από το σύνολο του πληθυσμού, στο οποίο θα πραγματοποιηθεί η επιτόπια έρευνα. Μετά την συλλογή των δεδομένων λαμβάνει χώρα το στάδιο της επεξεργασίας τους. Η φάση της επεξεργασίας αποτελείται από τα εξής διακεκριμένα στάδια: έλεγχο, κωδικογράφηση, μηχανογραφική επεξεργασία.

Ο έλεγχος είναι μια συνεχής και δυναμική διαδικασία που γίνεται σε όλα τα στάδια της έρευνας και αφορά στην διατήρηση της εγκυρότητας και την αξιοπιστία της έρευνας. Κομβικό σημείο της έρευνας είναι αυτό της κωδικογράφησης, όπου ο ερευνητής μετατρέπει αφηρημένες έννοιες σε μετρήσιμες. Είναι μια μηχανογραφική διαδικασία, από όπου ξεκινά η περιγραφική στατιστική επεξεργασία, η οποία περιλαμβάνει την κατάρτιση των πινάκων συχνότητας, γίνονται οι παλινδρομήσεις που αφορούν στη συσχέτιση δύο μεταβλητών και

τέλος, δημιουργούνται τα διαγράμματα, όπου αποτυπώνονται με γραφικό τρόπο τα στοιχεία της έρευνας (Αβδημιώτης, 2013).

2.5. Εγκυρότητα

Στην καθημερινή της χρήση, η εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα εμπειρικό μέτρο αντικατοπτρίζει επαρκώς το πραγματικό νόημα της υπό εξέταση έννοιας, χρησιμοποιώντας κριτήρια που εξασφαλίζουν τη συμφωνία των μετρήσεων με την ορθή αντίληψη των εννοιών. Το πρώτο κριτήριο είναι η φαινομενική εγκυρότητα, όπου συγκεκριμένα εμπειρικά μέτρα συνάδουν με τις ατομικές θεωρήσεις και νοητικές εικόνες που αφορούν σε μια ορισμένη έννοια. Για παράδειγμα, η συχνότητα προσέλευσης ενός ατόμου σε θρησκευτικές εκδηλώσεις είναι ένδειξη της θρησκευτικότητας του ατόμου που μοιάζει λογική, χωρίς να χρειάζονται πολλές εξηγήσεις. Έχει δηλαδή φαινομενική εγκυρότητα. Καθοριστικό όμως ρόλο στην επίτευξη εγκυρότητας έχει η εγκυρότητα των κριτηρίων ή προγνωστική εγκυρότητα, που βασίζονται συνήθως σε κάποιο εξωτερικό κριτήριο (παράδειγμα είναι πολύ θρήσκος, υποστηρίζει την ισότητα ανδρών γυναικών, υποστηρίζει ακροδεξιές πολιτικές παρατάξεις κλπ). Παράλληλα ή μάλλον σε συμπλήρωση της εγκυρότητας των κριτηρίων επέρχεται η εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής, ή δομική εγκυρότητα η οποία βασίζεται σε λογικές σχέσεις που έχουν οι μεταβλητές μεταξύ τους, προφέροντας ισχυρή επιβεβαίωση για το αν το χρησιμοποιούμενο κριτήριο μετράει πραγματικά την ιδιότητα που θέλουμε να μετρηθεί. Τέλος, η εγκυρότητα περιεχομένου, αναφέρεται στον βαθμό με τον οποίο ένα μέτρο καλύπτει τις πιθανές σημασίες που περιλαμβάνονται σε μια έννοια.

2.6. Κατασκευή δεικτών

Η κατασκευή των δεικτών που εντάθηκαν στην παρούσα έρευνα, εξελίχθηκε σε τέσσερα βήματα: α) Την επιλογή των βασικών στοιχείων, β) Την εξέταση των εμπειρικών σχέσεων μεταξύ τους, γ) Την βαθμολόγηση των δεικτών και δ) Την τελική επικύρωσή τους. Στο πρώτο βήμα της επιλογής των βασικών στοιχείων, που συνθέτουν το νόημα και αποσκοπούν στην καλύτερη δυνατή μέτρησή του, χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω κριτήρια:

- Φαινομενικής (λογικής) εγκυρότητας, όπου συλλέχθηκαν τα κριτήρια που έχουν λογική συνοχή και εξηγούν σε σημαντικό βαθμό την έννοια
- Μονοδιαστατικότητας, προκειμένου να μην υπάρξουν αμφισημίες, παρανοήσεις και διχασμός των ερωτήσεων, λειτουργώντας σε βάρος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας
- Επαρκούς διακύμανσης η οποία ελέγχθηκε κυρίως στο δομημένο ερωτηματολόγιο μέσα από τη χρήση κλιμάκων ικανοποίησης Likert.

Στο δεύτερο βήμα της εξέτασης των εμπειρικών σχέσεων, η προσοχή δόθηκε στη χρήση ή κατασκευή ερωτημάτων που δημιουργούν σχέση αλληλουχίας μεταξύ των εννοιών, εξηγώντας στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό την έννοια, καθιστώντας τη μετρήσιμη. Αυτή η σχέση αλληλουχίας εδράζεται είτε σε διμεταβλητή όπου εξετάζεται η σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών, είτε σε πολυμεταβλητή σχέση των στοιχείων μεταξύ τους, η οποία προέρχεται από το σύνολο των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν. Στο τρίτο βήμα της κατασκευής των δεικτών έλαβε χώρα η βαθμολόγηση των δεικτών, που προήλθε από την αξιολόγηση και την αποδοχή των ερευνητικών εργασιών που τις περιείχαν στο επιστημονικό πεδίο της διαχείρισης γνώσης. Με άλλο λόγια, για τη βαθμολόγηση των δεικτών-ερωτήσεων που αναπτύχθηκαν στο δομημένο ερωτηματολόγιο βασικό κριτήριο βαθμολόγησης και αποδοχής ήταν το σύνολο των αναφορών που είχαν οι ερευνητές που ανέπτυξαν προηγούμενα ερευνητικά μοντέλα. Στις περιπτώσεις που δεν υπήρχαν συναφή μοντέλα, οι δείκτες επελέγησαν με κριτήριο την πληρέστερη ερμηνεία των εννοιών, ενώ παράλληλα στην ποιοτική έρευνα οι δείκτες επελέγησαν χρησιμοποιώντας τη μέθοδο Delphi. Στο τελευταίο βήμα επικύρωσης των δεικτών, αυτή προήλθε μέσα από το δοκιμαστικό έλεγχο τόσο του δομημένου, όσο και το ημι-δομημένου ερωτηματολογίου.

2.7. Σχεδιασμός Επιλογής και Μέγεθος Δείγματος

Η δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιείται όταν απαιτείται κάποια γρήγορη έρευνα ή όταν δεν υπάρχει πρόσβαση στο σύνολο του πληθυσμού με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για το σύνολο αυτού (Berg, 2007).

Λόγω αυτών των περιορισμών, η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη. Ωστόσο, αυτή η τεχνική δειγματοληψίας είναι ευρέως διαδεδομένη στο χώρο της ψυχολογίας, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση στον υπό μελέτη πληθυσμό. Σε αυτή την περίπτωση, το επιχείρημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και της γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων αντιστρέφεται. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά το δείγματος. Στον κοινωνικό και υγειονομικό τομέα, δύο είναι οι μέθοδοι της έρευνας: η ποιοτική και η ποσοτική (Μαντζούκας, 2007).

Στην ποσοτική έρευνα ο ερευνητής κάνει αντικειμενική συλλογή των δεδομένων και στη συνέχεια ακολουθεί μετατροπή αυτών σε αριθμητικά ή στατιστικά στοιχεία και στη συνέχεια με συγκεκριμένες στατιστικές διαδικασίες εξηγούνται τα υπό μελέτη φαινόμενα (Δαρβίρη, 2009). Στην παρούσα εργασία διεξήχθη ποσοτική, πρωτογενής έρευνα με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου σε ηλεκτρονική μορφή, το οποίο συμπληρώθηκε οικειοθελώς και ανώνυμα από τους συμμετέχοντες. Η μεθοδολογική προσέγγιση για τη συλλογή του δείγματος ήταν κατά τεκμήριο «ευκολίας» και δεν έγινε κάποιου είδους διαστρωμάτωση. Συνολικά απαντήθηκαν 127 ερωτηματολόγια.

2.7.1. Πεδίο διεξαγωγής της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 48 ερωτήσεις κλειστού τύπου απευθύνθηκε σε ειδικευμένους ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το μήνα Μάρτιο 2018 στην πόλη της Θεσσαλονίκης. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες σε μορφή ηλεκτρονικής φόρμας (Google forms) μετά από προσωπική επαφή με την ερευνήτρια και συγκατάθεση συμμετοχής τους στην έρευνα. Υπήρξε άμεση ανταπόκριση από όλους τους εργαζόμενους και συμπληρώθηκε ευχάριστα και χωρίς κόπο από τη συντριπτική πλειοψηφία αυτών.

Η διαδικασία των ερωτηματολογίων περιλάμβανε τα ακόλουθα βήματα

1. Σύνταξη του ερωτηματολογίου
2. Αποστολή των ερωτηματολογίων στους εργαζομένους
3. Παροχή απαραίτητου χρόνου για να μελετηθούν τα ερωτηματολόγια
4. Επίλυση πιθανών αποριών
5. Παραλαβή των απαντημένων ερωτηματολογίων.

2.7.2. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ενός ερωτηματολογίου, το οποίο δημιουργήθηκε στην ελληνική γλώσσα από την ερευνήτρια, με τη βοήθεια του επιβλέποντος καθηγητή, βάσει βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας που αφορούσε σε παρόμοια ή παρεμφερή θέματα. Τα ερωτήματα βασίστηκαν κυρίως πάνω στις θεωρίες παρακίνησης και στις τεχνικές/μεθόδους παρακίνησης και ικανοποίησης. Το ερωτηματολόγιο ήταν κοινό για όλους τους ερωτώμενους και ήταν ανώνυμο.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα περιελάμβανε σαράντα οκτώ (48) ερωτήσεις. Εκτός από τις εννέα (9) ερωτήσεις που αφορούσαν σε δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, έτη εργασίας, οικογενειακή κατάσταση), οι υπόλοιπες τριάντα εννέα (39) ερωτήσεις ήταν διαβαθμισμένες σύμφωνα με την κλίμακα τύπου Likert, δηλαδή «κλειστές» ερωτήσεις, με συγκεκριμένο περιεχόμενο, στις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνταν να εκφράσουν το βαθμό που συμφωνούν ή διαφωνούν.

2.7.3. Συλλογή Δεδομένων

Η ερευνήτρια έστειλε προσωπικά μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στους ειδικευμένους ιατρούς και τους ενημέρωσε για τους στόχους και το αντικείμενο της έρευνας και για τον προαιρετικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους τονίζοντας, ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν για την καταγραφή των ποσοστών της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης των ιατρών για ακαδημαϊκούς σκοπούς και μόνο και με τελικό στόχο τη σκιαγράφηση του προφίλ των ειδικευόμενων ιατρών. Κατόπιν ανάρτησε μια φόρμα του ερωτηματολογίου στην ιστοσελίδα της Google (Google forms) όπου οι ιατροί μπορούσαν να το συμπληρώσουν ανώνυμα.

2.7.4. Εργαλείο Αξιολόγησης

Οι ειδικευόμενοι ιατροί εκτός από τις ερωτήσεις πάνω στην εργασιακή εξουθένωση και την ικανοποίηση συμπλήρωσαν τα ατομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Πιο συγκεκριμένα, το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος/άγαμος και ηλικία), την ειδικότητα, την προϋπηρεσία και τον αριθμό των μηναίων εφημεριών και ρεπό. Επίσης, αν έχουν επιπλέον σπουδές εκτός του βασικού πτυχίου διορισμού τους (δεύτερο πτυχίο, μεταπτυχιακό, διδακτορικό).

Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε στα ερωτηματολόγια των Maslach (1987), Μπουραντά(1988) και Αβδημιώτη (2016). Έγινε προσθήκη ερωτήσεων που αφορούν στον παράγοντα "ειδικευόμενοι ιατροί" από μία ομάδα εμπειρογνομόνων χρησιμοποιώντας τη μέθοδο Delphi. Οι ερωτήσεις αυτές έχουν ως στόχο να αναδείξουν κάποιους παράγοντες οι οποίοι διαφοροποιούν τους ειδικευόμενους και παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του εργασιακού προφίλ των ειδικευόμενων ιατρών. Έτσι το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε με τις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου
- Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των άλλων μέσα από τη δουλειά μου
- Νιώθω αναζωογονημένος/η δουλεύοντας στενά με τους ασθενείς μου
- Νιώθω ότι αντιμετωπίζω μερικούς ασθενείς σαν να είναι απρόσωπα αντικείμενα
- Νιώθω συναισθηματικά στραγγισμένος/η από τη δουλειά μου
- Νιώθω κουρασμένος/η όταν σηκώνομαι το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μία ακόμα ημέρα στη δουλειά
- Έγινα πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που ξεκίνησα αυτή τη δουλειά
- Το να εργαζομαι με ανθρώπους όλη την ημέρα μου δημιουργεί ένταση
- Δεν νοιάζομαι για το τι πραγματικά συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς
- Η δουλειά μου, μου προκαλεί άγχος
- Η δουλειά μου, μου προκαλεί θυμό
- Επιδιώκω να ασκούμαι (τρέξιμο, γυμναστήριο, αθλήματα κλπ.)
- Αντιμετωπίζω προβλήματα με τον ύπνο μου
- Νιώθω ικανοποιημένος/η από τις ημερήσιες ώρες ύπνου μου
- Θεωρώ πως έχω μία σωστή και ισορροπημένη διατροφή
- Η ευθύνη που έχω στη δουλειά με επηρεάζει
- Έχω τον ελεύθερο χρόνο που θέλω για ταξίδια - εκδρομές
- Είμαι ευχαριστημένος/η από το ωράριο εργασίας μου
- Είμαι ικανοποιημένος/η από το μισθό μου
- Πιστεύω πως ο μισθός μου αναλογεί στο ωράριο εργασίας μου
- Θεωρώ πως η δουλειά μου επηρεάζει τις φιλικές σχέσεις μου
- Δυσκολεύομαι να διατηρήσω φιλικές σχέσεις με άτομα εκτός νοσοκομείου
- Δυσκολεύομαι να διατηρήσω φιλικές σχέσεις με άτομα εκτός του κλάδου
- Θεωρώ πως η δουλειά μου επηρεάζει τις προσωπικές σχέσεις μου
- Διατηρώ καλές σχέσεις με τη διοίκηση του νοσοκομείου
- Έχω πλήρη εμπιστοσύνη στο συντονιστή /διευθυντή της κλινικής μου
- Νιώθω ότι έχω την αποδοχή των συναδέλφων μου
- Διατηρώ καλές σχέσεις με τους συναδέλφους μου

- Μου αρέσει να συνεργάζομαι με συναδέλφους σε ομαδικό επίπεδο
- Νιώθω καλύτερα όταν διεκπεραιώνω μια εργασία μόνος/η μου
- Πιστεύω πως οι εφημερίες - το να λείπεις αρκετές ώρες από το σπίτι επηρεάζει τη ζωή μου
- Ο κοντινός μου κύκλος παραπονιέται που δεν με βλέπει τόσο συχνά
- Θα ήθελα να εργάζομαι λιγότερες ώρες
- Είμαι ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας μου
- Νιώθω ότι επιτελώ σημαντικό κοινωνικό έργο με την εργασία μου
- Έχω υψηλή συναίσθηση του καθήκοντος
- Νιώθω σημαντικός/ή στην εργασία μου
- Πιστεύω πως η έλλειψη κατάλληλου και σύγχρονου εξοπλισμού θα μπορούσε να μου προκαλέσει μεγάλο άγχος
- Πιστεύω ότι οι προοπτικές που έχω για το μέλλον είναι καλές

2.7.5. Επιλογή τεχνικών ανάλυσης δεδομένων

Έγινε κωδικοποίηση των απαντήσεων ως ονομαστικά σύμβολα (π.χ. άντρας=1, γυναίκα=2) και καταγράφηκαν στο Πακέτο Στατιστικής Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών SPSS 20.0, προκειμένου να γίνει περιγραφική στατιστική ανάλυση και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Amos 19 με σκοπό τη δημιουργία ενός μοντέλου παραγόντων που σχετίζονται με τους ειδικευόμενους ιατρούς. Η επαγγελματική εξουθένωση και η επαγγελματική ικανοποίηση ήταν οι εξαρτημένες μεταβλητές. Από τις ανεξάρτητες μεταβλητές εξετάστηκε το φύλο με ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (one way anova) για τον εντοπισμό τυχόν διαφορών. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίζεται το $p < 0.05$.

2.7.6. Μέθοδος ανάλυσης και παρουσίασης δεδομένων

Ως μέθοδο ανάλυσης και παρουσίασης δεδομένων επιλέχθηκε το SPSS, λόγω της διευκόλυνσης, της αξιοπιστίας και της λειτουργικότητας που παρέχει στην εξαγωγή των αποτελεσμάτων. Κωδικοποιήθηκαν τα αποτελέσματα και βγήκαν οι σχετικοί πίνακες.

Επαγωγική Στατιστική ανάλυση (Μετρικό μοντέλο & Παραγοντική Ανάλυση).

Ο παράγοντας ειδικευόμενοι, προέκυψε από την αρχική ανάλυση DELPHI και ενσωματώθηκε στον παράγοντα της ικανοποίησης και επιβεβαιώθηκε από την CFA (Αβδημώτης 2014).

2.7.7. Περιορισμοί - αδυναμίες έρευνας

Η μεθοδολογική προσέγγιση για τη συλλογή του δείγματος, όπως προαναφέρθηκε, ήταν κατά τεκμήριο «ευκολίας» και δεν έγινε κάποιου είδους διαστρωμάτωση. Συνολικά απαντήθηκαν εκατόν είκοσι επτά (127) ερωτηματολόγια, δείγμα στατιστικά ασφαλές και αξιόπιστο μεν, ωστόσο θα ήταν ασφαλέστερο, προκειμένου να γενικευτούν τα συμπεράσματα που εξάγονται, να διευρυνθεί σημαντικά (αριθμητικά και γεωγραφικά) το δείγμα.

3. Μέθοδος Delphi

Για την ανάπτυξη του παράγοντα και την ανάδειξη των items του «προφίλ ειδικευόμενων ιατρών» στην ποσοτική έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Delphi που αφορά σε μια δομημένη ερευνητική διαδικασία κατά την οποία μια σειρά από ερωτηματολόγια συντάσσονται και διανέμονται σε μια ομάδα εμπειρογνομόνων, με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών για το θέμα που διερευνάται. Η διαδικασία ολοκληρώνεται όταν επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή συναίνεση μεταξύ των μελών της ομάδας. Η Delphi, ως ερευνητική διαδικασία, έχει παρουσιαστεί από διάφορους επιστήμονες ως έρευνα, προσέγγιση, μέθοδος, διαδικασία, τεχνική ή, απλά, Delphi. Σε αντίθεση με τις αμιγώς ποσοτικές ή ποιοτικές έρευνες, η μέθοδος Delphi στηρίζεται σε ποσοτικές αναλύσεις που προκύπτουν συνήθως μέσα από ποιοτικές προσεγγίσεις των φαινομένων που διερευνώνται. Η μέθοδος χρησιμοποιείται ευρέως στις επιχειρήσεις, στην βιομηχανία και στην εκπαίδευση. Στον υγειονομικό κλάδο, έχει χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την επίλυση ιατρικών, νοσηλευτικών και διοικητικών προβλημάτων. Καθώς έχουν δημιουργηθεί πολλές ερευνητικές παραλλαγές της, πολλοί ερευνητές επιλέγουν να αναφέρονται στον όρο «προσέγγιση Delphi» έναντι του «μέθοδος/τεχνική Delphi» για την περιγραφή της συγκεκριμένης ερευνητικής μεθοδολογίας. Η ευελιξία που διαθέτει μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στους άπειρους ερευνητές, ενώ το γεγονός ότι χρησιμοποιούνται διάφορες παραλλαγές της ενέχει τον κίνδυνο να εκληφθεί ως έλλειψη μεθοδολογικής αυστηρότητας.

3.1 Βασικές αρχές και χαρακτηριστικά της Delphi

Λειτουργικά, η Delphi περιλαμβάνει μια σειρά από γύρους συλλογής δεδομένων στους οποίους διανέμονται ερωτηματολόγια σε μια ομάδα εμπειρογνομόνων. Τα ερωτηματολόγια συνδέονται μεταξύ τους με ελεγχόμενη ανατροφοδότηση, στοχεύοντας να καταλήξουν στη διατύπωση προτάσεων μέσα από την αξιόπιστη συναίνεση των συμμετεχόντων. Για να εντοπιστεί ένα ευρύ φάσμα απόψεων στην κλασική μορφή της μεθοδολογίας, ο πρώτος γύρος συλλογής δεδομένων έχει ποιοτική προσέγγιση. Τα δεδομένα του πρώτου γύρου

αναλύονται, ομαδοποιούνται και σχεδιάζεται ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο, βασισμένο στα αποτελέσματα αυτής της ομαδοποίησης. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο αποστέλλεται στους ίδιους εμπειρογνώμονες, οι οποίοι καλούνται να καταθέσουν τις απόψεις τους είτε με τη μορφή συμφωνίας-διαφωνίας με την κλίμακα τύπου Likert, είτε κατατάσσοντας κατά σειρά σημαντικότητας τις διατυπώσεις. Οι εμπειρογνώμονες έχουν συχνά τη δυνατότητα να προσθέσουν σχόλια ή να επεξεργαστούν τα δεδομένα. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια επιστρέφονται στην ερευνητική ομάδα για περαιτέρω ανάλυση. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται έως ότου επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή συναίνεση.

Η Delphi είναι μια ευέλικτη ερευνητική μεθοδολογία και για το λόγο αυτόν έχουν διαμορφωθεί διάφορες παραλλαγές της. Οι Gupta και Clarke (1996) αναφέρουν μάλιστα ότι «οι επαγγελματίες επιθυμούν πολλές φορές και μάλιστα διακαώς να τροποποιήσουν την Delphi». Συμπεραίνουν ακόμη ότι, ενώ κάποιες τροποποιήσεις είναι χρήσιμες, κάποιες άλλες υπονομεύουν την ποιότητα και την αξιοπιστία της. Η πιο διαδεδομένη κατηγοριοποίηση της Delphi είναι η εξής:

- Κλασική Delphi: Τα δεδομένα συλλέγονται από τους εμπειρογνώμονες μέσα από επαναλαμβανόμενους γύρους έως ότου οι απαντήσεις αποκτήσουν σταθερότητα και δεν μπορούν να τροποποιηθούν περαιτέρω. Συχνά, σε αυτό το σημείο προκύπτει συναίνεση.
- Delphi πολιτικής τακτικής: Ο στόχος της είναι η παραγωγή εναλλακτικών, ακόμη και αντιφατικών πολιτικών πάνω σε ένα θέμα, χρησιμοποιώντας ένα δομημένο δημόσιο διάλογο.
- Delphi αποφάσεων: Χρησιμοποιείται για τη λήψη αποφάσεων. Η ανωνυμία σε αυτή είναι σχετική, αφού οι εμπειρογνώμονες γνωρίζουν τα ονόματα των συμμετεχόντων και έτσι αυξάνεται η δέσμευσή τους να απαντήσουν οι ίδιοι τα ερωτηματολόγια.
- Ομαδική Delphi: Σε μια ολόημερη συνάντηση των εμπειρογνομώνων λαμβάνονται οι απόψεις μέσα από ανατροφοδότηση και σχηματισμό μικρών ομάδων.

Άλλες παραλλαγές της Delphi που έχουν περιγραφεί στην βιβλιογραφία είναι η τροποποιημένη Delphi, η Delphi πραγματικού χρόνου, ενώ, τα χαρακτηριστικά της μεθόδου διαφοροποιούνται μερικώς, ανάλογα με την παραλλαγή που θα χρησιμοποιήσουν οι ερευνητές. Στην κλασική της μορφή, τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη μεθοδολογία είναι τα ακόλουθα:

- **Ανωνυμία:** Διασφαλίζεται μέσα από τη χορήγηση ερωτηματολογίων. Θεωρητικά, κάθε μέλος της ομάδας μπορεί να σκεφτεί και να δώσει τις απαντήσεις του, χωρίς να ανησυχεί για το <<προφίλ>> του μέσα στην ομάδα.
- **Επανάληψη:** Προκύπτει μέσα από την επαναχορήγηση δομημένων ερωτηματολογίων και έτσι ο συμμετέχων μπορεί να διατυπώσει εκ νέου τις απόψεις του.
- **Ελεγχόμενη ανατροφοδότηση:** Λαμβάνει χώρα ανάμεσα στους γύρους ερωτήσεων, στο σημείο κατά το οποίο κάθε μέλος της ομάδας ενημερώνεται για τις απόψεις των υπολοίπων μελών. Μπορεί να λάβει τη μορφή απλής στατιστικής σύνοψης ή ακόμη και διατύπωσης επιχειρημάτων.
- **Στατιστική ανάλυση:** Διενεργείται στο τέλος της διαδικασίας. Η ομαδική κρίση εκφράζεται συνήθως ως μέσος όρος και η τυπική απόκλιση των απόψεων των μελών χρησιμοποιείται ως δείκτης συναίνεσης. Με τον τρόπο αυτόν παρέχονται περισσότερες πληροφορίες απ' ό,τι μέσα από μια απλή ομόφωνη ή κατά πλειοψηφία συμφωνία απόψεων.

3.2. Η χρήση της Delphi

Σε κάθε ερευνητική προσπάθεια, η επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογίας εξαρτάται από τη φύση του ερευνητικού προβλήματος και από τη διαθεσιμότητα των πηγών. Οι Linstone και Turoff (1975) υποδεικνύουν ότι η Delphi είναι χρηστική στις ακόλουθες περιπτώσεις όπως αναφέρεται στον Αβδημιώτη (2016):

– Το πρόβλημα δεν προσφέρεται για ακριβείς αναλυτικές τεχνικές, αλλά για υποκειμενικές κρίσεις σε συλλογική βάση

- Τα άτομα που συνεισφέρουν στην εξέταση ενός πολύπλευρου θέματος διαθέτουν διαφορετική εμπειρία ή ειδικότητα
- Είναι ανέφικτη η συνάντηση των μελών της ομάδας, π.χ. για να πραγματοποιηθούν ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups) λόγω χρόνου και κόστους
- Η αποτελεσματικότητα της διαπροσωπικής επικοινωνίας μπορεί να αυξηθεί με διαδικασίες επιπρόσθετης ομαδικής επικοινωνίας
- Οι διαφωνίες είναι τόσο έντονες που θα πρέπει να διασφαλιστεί η ανωνυμία
- Η ετερογένεια των συμμετεχόντων είναι αναγκαία, προκειμένου να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων (π.χ. για να μην κυριαρχήσει η άποψη των ατόμων με ισχυρή προσωπικότητα).

Σύμφωνα με τους Rowe και Wright (1999) το κύριο κριτήριο για την υιοθέτηση της μεθόδου Delphi είναι η αναγκαιότητα της υποκειμενικής εκτίμησης (όπως στην πρόβλεψη), που προκύπτει σε περιπτώσεις κατά τις οποίες τα δεδομένα είναι ανεπαρκή ή ακατάλληλα (π.χ. έχουν παρουσιαστεί νέοι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τα δεδομένα που είναι γνωστά έως σήμερα).

3.3. Στατιστική μεθοδολογική προσέγγιση

Στην προσπάθεια εκτίμησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης των ειδικευόμενων, επιλέχθηκαν τεχνικές περιγραφικής στατιστικής, αλλά κυρίως τεχνικές πολυμεταβλητής ανάλυσης, όπως της ανάλυσης διαδρομών. Για τις ανάγκες της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης, καθώς και άλλων στατιστικών αναλύσεων, όπως της περιγραφικής στατιστικής, των συσχετίσεων και του έλεγχου της αξιοπιστίας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS. Για τις υποθέσεις που επίσης αναπτύχθηκαν, λόγω της σύνθετης φύσης που παρουσιάζουν για τις ανάγκες της ανάλυσης διαδρομών, χρησιμοποιήθηκαν τα μοντέλα δομικών εξισώσεων SEM. Οι διαδικασίες ανάλυσης που προσφέρουν, επιτρέπουν στους ερευνητές να εξετάσουν την προτεινόμενη υποθετική δομή ενός μοντέλου συνολικά για το σύνολο των σχέσεων μεταξύ των εξαρτώμενων και των ανεξάρτητων μεταβλητών ταυτόχρονα.

3.4. Λανθάνουσες Μεταβλητές

Οι λανθάνουσες μεταβλητές χρησιμοποιούνται ευρέως στις κοινωνικές επιστήμες, στην ψυχολογία, αλλά και στις περιβαλλοντικές επιστήμες. Οι ερευνητές στην προσπάθεια τους να δώσουν ποσοτικές διαστάσεις σε έννοιες και να τις καταστήσουν μετρήσιμες κατέφυγαν στις λανθάνουσες μεταβλητές. Οι συγκεκριμένες μεταβλητές είναι υποθετικές κατασκευές, που προσεγγίζουν έννοιες αναπαριστώντας τις μέσω πολλών μετρήσιμων μεταβλητών, οι οποίες χρησιμοποιούνται σαν δείκτες (indicators). Οι λανθάνουσες μεταβλητές μετρώνται μέσω των υπολοίπων μεταβλητών, αφού δεν μπορούν να μετρηθούν απευθείας. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να οριστούν με σωστό τρόπο και να συνδεθούν με μετρήσιμες μεταβλητές για να μετρηθούν. Στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια σκιαγράφησης του προφίλ των ειδικευόμενων ιατρών έτσι ώστε να διασαφηνιστούν οι παράγοντες που τους διαφοροποιούν σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση και την επαγγελματική ικανοποίηση. Η επεξεργασία των μεταβλητών αυτών γίνεται με την βοήθεια των δομικών μοντέλων εξισώσεων SEM. Τα μοντέλα δομικών εξισώσεων στα οποία θα αναφερθούμε στην συνέχεια, περιλαμβάνουν δυο είδη μεταβλητών, τις μετρήσιμες μεταβλητές και τις μη μετρήσιμες μεταβλητές ή λανθάνουσες.

3.5. Μοντέλα δομικών εξισώσεων (SEM)

Τα μοντέλα δομικών εξισώσεων προσδιορίζονται ως μια οικογένεια στατιστικών τεχνικών και αναλύσεων, που δίνουν σχέσεις ανάμεσα σε μεταβλητές ακολουθώντας επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων. Δημιουργήθηκαν επειδή τα στατιστικά μοντέλα που υπήρχαν, όπως η διερευνητική ανάλυση παραγόντων, δεν επέτρεπαν την επίλυση σύνθετων προβλημάτων και δεν μπορούσαν να δώσουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στην ανάλυση ποιοτικών μεταβλητών (Weston & Gore, 2006).

Τα SEM συνήθως χρησιμοποιούνται σαν μια επικυρωτική διαδικασία διαφόρων θεωρητικών υποθέσεων, επειδή δεν υπολογίζουν μόνο τις εκτιμήσεις για τους παράγοντες του μοντέλου (όπως διακυμάνσεις και συνδιακυμάνσεις των παραγόντων, τον υπολογισμό

της διακύμανσης των καταλοίπων και των λαθών), αλλά εξετάζουν επίσης και το βαθμό προσαρμογής τους με τα δεδομένα. Σύμφωνα με των Byrne (2001) τα μοντέλα δομικών εξισώσεων είναι μια στατιστική μεθοδολογία που υιοθετεί μια επικυρωτική μέθοδο στην πολυμεταβλητή ανάλυση ενός μοντέλου, που αφορά κάποιες παρατηρήσεις ή μετρήσεις.

Για τον έλεγχο της προσαρμογής του εκτιμώμενου μοντέλου στα δεδομένα, αλλά και τον προσδιορισμό σχέσεων ανάμεσα στις μεταβλητές, χρησιμοποιούνται οι λεγόμενοι δείκτες προσαρμογής. Ο σκοπός της εκτίμησης της συνολικής προσαρμογής ενός μοντέλου, είναι ο προσδιορισμός του βαθμού στον οποίο το μοντέλο είναι συμβατό με τα εμπειρικά δεδομένα. Στα μοντέλα δομικών εξισώσεων, δεν υπάρχει ένα μόνο στατιστικό τεστ, το οποίο μπορεί να περιγράψει την προβλεπτική ισχύ και την προσαρμοστικότητα ενός μοντέλου. Αντίθετα, οι ερευνητές έχουν αναπτύξει ένα ευρύ φάσμα δεικτών, που προσδιορίζουν την καταλληλότητα της προσαρμογής ενός μοντέλου. Αυτοί οι δείκτες, όταν χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό, εκτιμούν την προσαρμοστικότητα και την προβλεπτικότητα του μοντέλου, από τρεις διαφορετικές σκοπιές:

- Την συνολική ή απόλυτη προσαρμογή του μοντέλου (*absolute fit*)
- Την συγκριτική προσαρμογή του μοντέλου (*incremental fit*)
- Την φειδωλότητα του μοντέλου (*parsimony*)

Για την απόλυτη προσαρμογή του μοντέλου, χρησιμοποιούνται οι απόλυτοι δείκτες προσαρμογής, οι οποίοι προσδιορίζουν το βαθμό στον οποίον το συνολικό μοντέλο (δομικό και μετρικό), προβλέπει τον παρατηρούμενο πίνακα διακύμανσης ή συσχέτισης. Μερικοί από τους απόλυτους δείκτες προσαρμογής που έχουν ευρεία χρήση στα SEM, είναι η στατιστική χ^2 , η παράμετρος της μη κεντρικότητας NCP, ο δείκτης κατάλληλης προσαρμογής GFI κλπ. Η δεύτερη κατηγορία δεικτών αποτελείται από τους δείκτες της επαυξητικής (incremental) προσαρμογής, οι οποίοι συγκρίνουν το προτεινόμενο μοντέλο με κάποιο μοντέλο βάσης, το οποίο συχνά αναφέρεται και ως το μηδενικό ή κενό (null) ή ανεξάρτητο μοντέλο. Το μηδενικό μοντέλο θα πρέπει να είναι ένα ρεαλιστικό μοντέλο, το οποίο όλα τα άλλα μοντέλα πρέπει να υπερβαίνουν. Σε πολλές περιπτώσεις το μηδενικό μοντέλο αποτελείται από μία μόνο δομή, με όλους τους δείκτες του να υπολογίζουν τέλεια τη δομή αυτή. Έχουν προταθεί διάφοροι δείκτες επαυξητικής (incremental) προσαρμογής. Οι νεότερες εκδόσεις του Amos

περιλαμβάνουν το διορθωμένο δείκτη κατάλληλης προσαρμογής (AGFI), το κανονικοποιημένο δείκτη προσαρμογής (NFI), το σχετικό δείκτη προσαρμογής (RFI), τον επαυξητικό δείκτη προσαρμογής (IFI), και το συγκριτικό δείκτη προσαρμογής (CFI). Στην ουσία, όλοι αυτοί οι δείκτες αναπαριστούν τα αποτελέσματα συγκρίσεων, ανάμεσα στο εκτιμώμενο μοντέλο και το μηδενικό. Οι τιμές των δεικτών αυτών βρίσκονται μεταξύ του μηδέν και του ένα, όπου οι μεγαλύτερες τιμές δείχνουν υψηλότερα επίπεδα προσαρμοστικότητας.

Τέλος, οι δείκτες φειδωλότητας σχετίζουν την καταλληλότητα προσαρμογής του μοντέλου με τον αριθμό των εκτιμώμενων παραγόντων, που απαιτούνται για να επιτευχθεί αυτό το συγκεκριμένο επίπεδο προσαρμογής. Τυπικοί δείκτες είναι: ο φειδωλός κανονικοποιημένος δείκτης προσαρμογής (PNFI) και ο φειδωλός δείκτης κατάλληλης προσαρμογής (PGFI). Το σημαντικότερο μέρος για τα SEM είναι τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν για την επιτυχή εφαρμογή τους.

III. Αποτελέσματα

3.1. Περιγραφική στατιστική

Το 50,4% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες και το 49,5% γυναίκες. Από το σύνολο αυτών το 69,3% ήταν ηλικίας 25 ως 35 ετών, το 29,1% ηλικίας 36 ως 45 ετών και μόνο το 1,6% ηλικίας 46 ως 55 ετών. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος το 35,4% ήταν έγγαμοι ενώ το 64,6% άγαμοι. Το 49,6% του δείγματος κατείχε βασικό πτυχίο ιατρικής, το 31,5% μεταπτυχιακό, το 11,8% διδακτορικό και το 7,1% δεύτερο πτυχίο. Όσον αφορά τα χρόνια προϋπηρεσίας το 43,3% είχε 1 ως 4 χρόνια, το 44,9% 5 ως 9 χρόνια, το 8,7% 10 ως 14 και το 3,1% πάνω από 14 χρόνια προϋπηρεσίας. Το 72,4% είχε μηνιαίο σύνολο εφημεριών 4 ως 7, το 22,8% 8 ως 10 και το 4,7% 1ως 3 εφημερίες το μήνα. Όσον αφορά τα ρεπό το 15% του συνόλου δεν λάμβανε καθόλου ρεπό, το 52% λάμβανε 1 ως 3 ρεπό το μήνα, το 32,3% 4 ως 7 ρεπό το μήνα και το 8% 8 ως 10 ρεπό το μήνα. Συμμετείχαν ειδικευόμενοι ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων. Από αυτούς το 16,5% είναι ειδικευόμενοι στην Παθολογία, 11% στη Γενική ιατρική, 10,2% στη Δερματολογία, 7,1% στην Ακτινολογία, 5,5% στην ΩΡΛ, 4,7% στη Γενική χειρουργική, 4,7% στη Νευρολογία, 3,9% στην Πλαστική Χειρουργική, 3,9% στην Ουρολογία, 3,9% στην Ορθοπεδική, 3,9% στην Οφθαλμολογία, 3,9% Αναισθησιολογία, 3,1% στην Καρδιολογία, 3,1% στην Αγγειοχειρουργική, 3,1% στην Παθολογική Ογκολογία, 2,4% στη Μικροβιολογία, 2,4% στη Νεφρολογία, 2,4% στην Ψυχιατρική, 1,6% στην Παιδιατρική, 0,8% στην Πυρηνική Ιατρική, 0,8% Παιδοχειρουργική, και 0,8% Μαιευτική Γυναικολογία. Το 22% του συνόλου των ειδικευόμενων βρισκόταν στο 3^ο έτος της ειδικότητας, 20,5% στο 4^ο έτος ειδικότητας, 16,5% στο 5^ο έτος ειδικότητας, 15% στο 2^ο έτος, 11% σε παράταση, 7,9% στο 1^ο έτος, 6,3% στο 6^ο και 0,8% στο 7^ο έτος ειδικότητας.

Στην ερώτηση "**Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν 3,9%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 25,2%, ενώ συμφωνούν 55,9% και συμφωνούν απόλυτα 15%. Η μέση τιμή είναι 3,82 και η

τυπική απόκλιση στο 0,728, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση **"Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των άλλων μέσα από τη δουλειά μου"** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν 0,8%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 14,2%, ενώ συμφωνούν 61,4% και συμφωνούν απόλυτα 23,6%. Η μέση τιμή είναι 4,08 και η τυπική απόκλιση στο 0,638, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση **"Νιώθω αναζωογονημένος/η δουλεύοντας στενά με τους ασθενείς μου"** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 12,6%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 37,8%, ενώ συμφωνούν 39,4% και συμφωνούν απόλυτα το 10,2%. Η μέση τιμή είναι 3,45 και η τυπική απόκλιση στο 0,897, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή

Στην ερώτηση **"Νιώθω ότι αντιμετωπίζω μερικούς ασθενείς σαν να είναι πρόσωπα αντικείμενα"** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα 19.7%, διαφωνούν 37,0%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 16.5%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 26.7%. Η μέση τιμή είναι 2,54 και η τυπική απόκλιση στο 1,16, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση **"Νιώθω συναισθηματικά στραγγισμένος/η από τη δουλειά μου"** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν το 37,8%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν το 30,7%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 37,8%. Η μέση τιμή είναι 3,06 και η τυπική απόκλιση στο 1,173, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση **"Νιώθω κουρασμένος/η όταν σηκώνομαι το πρωί και πρέπει να αντιμετωπίσω μία ακόμα ημέρα στη δουλειά"** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 26,7%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 22,8%, ενώ συμφωνούν 36,2% και συμφωνούν απόλυτα 14,2%. Η μέση τιμή είναι 3,33 και η τυπική απόκλιση στο 1,113, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση **"Έγινα πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που ξεκίνησα αυτή τη δουλειά "** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν

38,6%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 20,5%, ενώ συμφωνούν 27,6% και συμφωνούν απόλυτα 13,4%. Η μέση τιμή είναι 3,07 και η τυπική απόκλιση στο 1,21, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Το να εργάζομαι με ανθρώπους όλη την ημέρα μου δημιουργεί ένταση**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 42,5%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν το 22,8%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 34,6%. Η μέση τιμή είναι 2,89 και η τυπική απόκλιση στο 1,048, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Δεν νοιάζομαι για το τι πραγματικά συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 72,4%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 15,7%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 11,8%. Η μέση τιμή είναι 2,17 και η τυπική απόκλιση στο 0,966, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Η δουλειά μου, μου προκαλεί άγχος**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 18,1%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 20,5%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 61,4%. Η μέση τιμή είναι 3,56 και η τυπική απόκλιση στο 1,051, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Η δουλειά μου, μου προκαλεί θυμό**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 44,9%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν το 29,9%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 25,2%. Η μέση τιμή είναι 2,7 και η τυπική απόκλιση στο 1,079, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Επιδιώκω να ασκώμαι (τρέξιμο, γυμναστήριο, αθλήματα κλπ.)**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα το 8,7%, διαφωνούν 20,5%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 15,7%, ενώ συμφωνούν 33,1% και συμφωνούν απόλυτα το 22%. Η μέση τιμή είναι 3,39 και η τυπική απόκλιση στο 1,273, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Αντιμετωπίζω προβλήματα με τον ύπνο μου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 50,4%, δεν συμφωνούν/δεν

διαφωνούν 19,7%, ενώ συμφωνούν 21,3% και συμφωνούν απόλυτα 8,7%. Η μέση τιμή είναι 2,75 και η τυπική απόκλιση στο 1,188, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Νιώθω ικανοποιημένος/η από τις ημερήσιες ώρες ύπνου μου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 64,5%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 18,9%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 16,6%. Η μέση τιμή είναι 2,31 και τυπική απόκλιση στο 1,035, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Θεωρώ πως έχω μία σωστή και ισορροπημένη διατροφή**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 50,9%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 22,8%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 25,1%. Η μέση τιμή είναι 2,66 και τυπική απόκλιση στο 1,033, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Η ευθύνη που έχω στη δουλειά με επηρεάζει**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 18,9%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 19,7%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 61,4%. Η μέση τιμή είναι 3,56 και τυπική απόκλιση στο 1,021, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Έχω τον ελεύθερο χρόνο που θέλω για ταξίδια -εκδρομές**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα το 29,9%, διαφωνούν 41,7%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 15%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 13,3%. Η μέση τιμή είναι 2,15 και τυπική απόκλιση στο 1,062, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Είμαι ευχαριστημένος/η από το ωράριο εργασίας μου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα 24,4%, διαφωνούν 23,6%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν το 24,4%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 27,5%. Η μέση τιμή είναι 2,59 και τυπική απόκλιση στο 1,204, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Είμαι ικανοποιημένος/η από το μισθό μου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 67,7%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 19,7%,

ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 12,6%. Η μέση τιμή είναι 2,14 και τυπική απόκλιση στο 1,11, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Πιστεύω πως ο μισθός μου αναλογεί στο ωράριο εργασίας μου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 77,9%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 15,7%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 6,3%. Η μέση τιμή είναι 1,8 και τυπική απόκλιση στο 0,952, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Θεωρώ πως η δουλειά μου επηρεάζει τις φιλικές σχέσεις μου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 23,6%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν το 15%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 61,4%. Η μέση τιμή είναι 3,47 και τυπική απόκλιση στο 1,097, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Δυσκολεύομαι να διατηρήσω φιλικές σχέσεις με άτομα εκτός νοσοκομείου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 46,4%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 22%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 31,5%. Η μέση τιμή είναι 2,75 και τυπική απόκλιση στο 1,188, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Δυσκολεύομαι να διατηρήσω φιλικές σχέσεις με άτομα εκτός του κλάδου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 61,5%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 17,3%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 21,2%. Η μέση τιμή είναι 2,43 και τυπική απόκλιση στο 1,138, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Θεωρώ πως η δουλειά μου επηρεάζει τις προσωπικές σχέσεις μου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 19,6%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 16,5%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 64,8%. Η μέση τιμή είναι 3,59 και τυπική απόκλιση στο 1,064, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Διατηρώ καλές σχέσεις με τη διοίκηση του νοσοκομείου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 11,8%, δεν συμφωνούν/δεν

διαφωνούν 48,8%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 39,4%. Η μέση τιμή είναι 3,33 και τυπική απόκλιση στο 0,787, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση **"Έχω πλήρη εμπιστοσύνη στο συντονιστή /διευθυντή της κλινικής μου"** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 15,8%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 31,5%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 52,8%. Η μέση τιμή είναι 3,38 και τυπική απόκλιση στο 0,999, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση **"Νιώθω ότι έχω την αποδοχή των συναδέλφων μου"** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 4,7%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 23,6%, ενώ συμφωνούν 59,1% και συμφωνούν απόλυτα 12,6%. Η μέση τιμή είναι 3,79 και τυπική απόκλιση στο 0,741, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση **"Διατηρώ καλές σχέσεις με τους συναδέλφους μου"** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν 1,6%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 15,7%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 82,7%. Η μέση τιμή είναι 4 και τυπική απόκλιση στο 0,642, υποδεικνύοντας περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση **"Μου αρέσει να συνεργάζομαι με συναδέλφους σε ομαδικό επίπεδο"** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν 3,1%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 14,2%, ενώ συμφωνούν το 55,9% και συμφωνούν απόλυτα 26,8%. Η μέση τιμή είναι 4,06 και τυπική απόκλιση στο 0,732, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση **"Νιώθω καλύτερα όταν διεκπεραιώνω μια εργασία μόνος/η μου"** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν το 18,1%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν το 29,1%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 52,8%. Η μέση τιμή είναι 3,47 και τυπική απόκλιση στο 0,933, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση **"Πιστεύω πως οι εφημερίες - το να λείπεις αρκετές ώρες από το σπίτι επηρεάζει τη ζωή μου"** το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν 3,9%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 8,7%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 87,4%. Η μέση

τιμή είναι 4,31 και τυπική απόκλιση στο 0,794, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Ο κοντινός μου κύκλος παραπονιέται που δεν με βλέπει τόσο συχνά**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν το 10,2%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 11,8%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 78%. Η μέση τιμή είναι 3,94 και τυπική απόκλιση στο 0,894, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Θα ήθελα να εργάζομαι λιγότερες ώρες**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 10,2%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν το 21,3%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 68,5%. Η μέση τιμή είναι 3,83 και τυπική απόκλιση στο 0,944, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Είμαι ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας μου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 42,5%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 31,5%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 26%. Η μέση τιμή είναι 2,76 και τυπική απόκλιση στο 1,074, υποδεικνύοντας μια σχετικά διευρυμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Νιώθω ότι επιτελώ σημαντικό κοινωνικό έργο με την εργασία μου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 4,7%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν 13,4%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 81,9%. Η μέση τιμή είναι 4,06 και τυπική απόκλιση στο 0,814, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Έχω υψηλή συναίσθηση του καθήκοντος**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν το 0,8%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν το 8,7%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 90,5%. Η μέση τιμή είναι 4,31 και τυπική απόκλιση στο 0,661, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Νιώθω σημαντικός/ή στην εργασία μου**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν 4,7%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν το 22,8%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 72,4%. Η μέση τιμή είναι 3,87 και τυπική απόκλιση στο 0,77, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Πιστεύω πως η έλλειψη κατάλληλου και σύγχρονου εξοπλισμού θα μπορούσε να μου προκαλέσει μεγάλο άγχος**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν το 15,8%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν το 29,9%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 54,3%. Η μέση τιμή είναι 3,53 και τυπική απόκλιση στο 0,974, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

Στην ερώτηση "**Πιστεύω ότι οι προοπτικές που έχω για το μέλλον είναι καλές**" το δείγμα συμπεριφέρθηκε ως εξής: Διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν 16,6%, δεν συμφωνούν/δεν διαφωνούν το 34,6%, ενώ συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα το 48,8%. Η μέση τιμή είναι 3,43 και τυπική απόκλιση στο 0,973, υποδεικνύοντας μια περιορισμένη διασπορά των τιμών γύρω από τη μέση τιμή.

3.2 Επαγωγική στατιστική ανάλυση

3.2.1 Παραγοντική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε στις παρατηρούμενες μεταβλητές που αντιστοιχούν στην κάθε κλίμακα Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών (Principal Components Analysis – PCA) με τη βοήθεια του SPSS Statistics. Η εκτέλεση της PCA πραγματοποιήθηκε σε κάθε κλίμακα χωριστά επιλέγοντας τη δημιουργία συνιστωσών με ιδιοτιμές μεγαλύτερες ή ίσες του ένα και Varimax περιστροφή των αξόνων, ώστε να διαπιστωθεί αν η κάθε κλίμακα αντιστοιχεί σε 1 μόνο παράγοντα. Παρακάτω δίνεται το αποτέλεσμα για όλες τις κλίμακες.

3.2.2 Έλεγχος μονοδιαστικότητας

Μεταβλητή εργασιακής εξουθένωσης και άγχους από την εργασία

Η παραγοντική ανάλυση μπορεί να προσδιορίσει τη δομή ενός συνόλου μεταβλητών καθώς και να παρέχει τη διαδικασία μείωσης των δεδομένων. Η μεταβλητή «**Εξουθένωση και άγχος**» έχει 16 ερωτήματα βασισμένα στο ερωτηματολόγιο της Maslach στα οποία θα εξετάσουμε εάν μπορούμε να ομαδοποιήσουμε κάποια από τα χαρακτηριστικά της.

Το δείγμα μεγέθους είναι πολύ καλό. Στον πίνακα των συσχετίσεων παρατηρούμε ότι αρκετές συσχετίσεις είναι πάνω από 0.50 και μάλιστα στατιστικά σημαντικές. Εξάλλου, το sig του Bartlett test of sphericity είναι 0.810 (sig ,000) και το Measure of Sampling Adequacy (MSA) είναι 0.703, και χαρακτηρίζεται ως πολύ ικανοποιητικό (πάνω από 0,80 πολύ καλό, από 0,70 αρκετά καλό, από 0,60 μεσαίο, από 0,50 ασθενές και κάτω από 0,50 μη ικανοποιητικό).

Οι 16 από τις 16 μεταβλητές έχουν MSA πάνω από 0,50 οπότε δεν θα χρειαστεί να διαγράψουμε καμία ερώτηση.

Από την παραγοντική ανάλυση συνάγοντας δύο βασικούς υποπαράγοντες 1. Εργασιακό άγχος και 2. Εργασιακή εξουθένωση.

Μεταβλητή Ικανοποίησης

Η μεταβλητή «**Ικανοποίηση**» έχει 17 ερωτήματα, βασισμένα κυρίως στους παράγοντες ικανοποίησης του Μπουραντά στα οποία θα εξετάσουμε εάν μπορούμε να ομαδοποιήσουμε κάποια από τα χαρακτηριστικά της.

Το δείγμα μεγέθους είναι πολύ καλό. Στον πίνακα των συσχετίσεων παρατηρούμε ότι αρκετές συσχετίσεις είναι πάνω από 0.50 και μάλιστα στατιστικά σημαντικές. Εξάλλου, το sig του Bartlett test of sphericity είναι 0.840 (sig ,000) και το Measure of Sampling Adequacy (MSA) είναι 0.754, και χαρακτηρίζεται ως πολύ ικανοποιητικό (πάνω από 0,80 πολύ καλό, από 0,70 αρκετά καλό, από 0,60 μεσαίο, από 0,50 ασθενές και κάτω από 0,50 μη ικανοποιητικό).

Όλες οι μεταβλητές πλην μίας έχουν MSA, πάνω από 0,50 οπότε θα χρειαστεί να διαγράψουμε μόνον μια. Από την ανάλυση προκύπτουν τέσσερις παράγοντες που εξηγούν το 68% της μεταβλητής, και που θα ονομαστούν:

1. Προοπτικές στο μέλλον
2. Αντικείμενο εργασίας
3. Συνθήκες εργασίας
4. Επικοινωνία

Μεταβλητή προφίλ ειδικευόμενου ιατρού

Η μεταβλητή «**προφίλ ειδικευόμενου ιατρού**» έχει 6 ερωτήματα στα οποία θα εξετάσουμε εάν μπορούμε να ομαδοποιήσουμε κάποια από τα χαρακτηριστικά της.

Το δείγμα μεγέθους είναι πολύ καλό. Στον πίνακα των συσχετίσεων παρατηρούμε ότι αρκετές συσχετίσεις είναι πάνω από 0.50 και μάλιστα στατιστικά σημαντικές. Εξάλλου, το sig του Bartlett test of sphericity είναι 0.910 (sig ,000) και το Measure of Sampling Adequacy (MSA) είναι 0.873, και χαρακτηρίζεται ως πολύ ικανοποιητικό (πάνω από 0,80 πολύ καλό, από 0,70 αρκετά καλό, από 0,60 μεσαίο, από 0,50 ασθενές και κάτω από 0,50 μη ικανοποιητικό).

Όλες οι μεταβλητές έχουν MSA πάνω από 0,50 οπότε δεν θα χρειαστεί να διαγράψουμε καμία.

Από την ανάλυση προκύπτει ένας παράγοντας ικανοποίησης που εξηγεί το 85% της μεταβλητής και θα ονομαστεί «**προφίλ ειδικευόμενου ιατρού**».

3.2.3 Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση

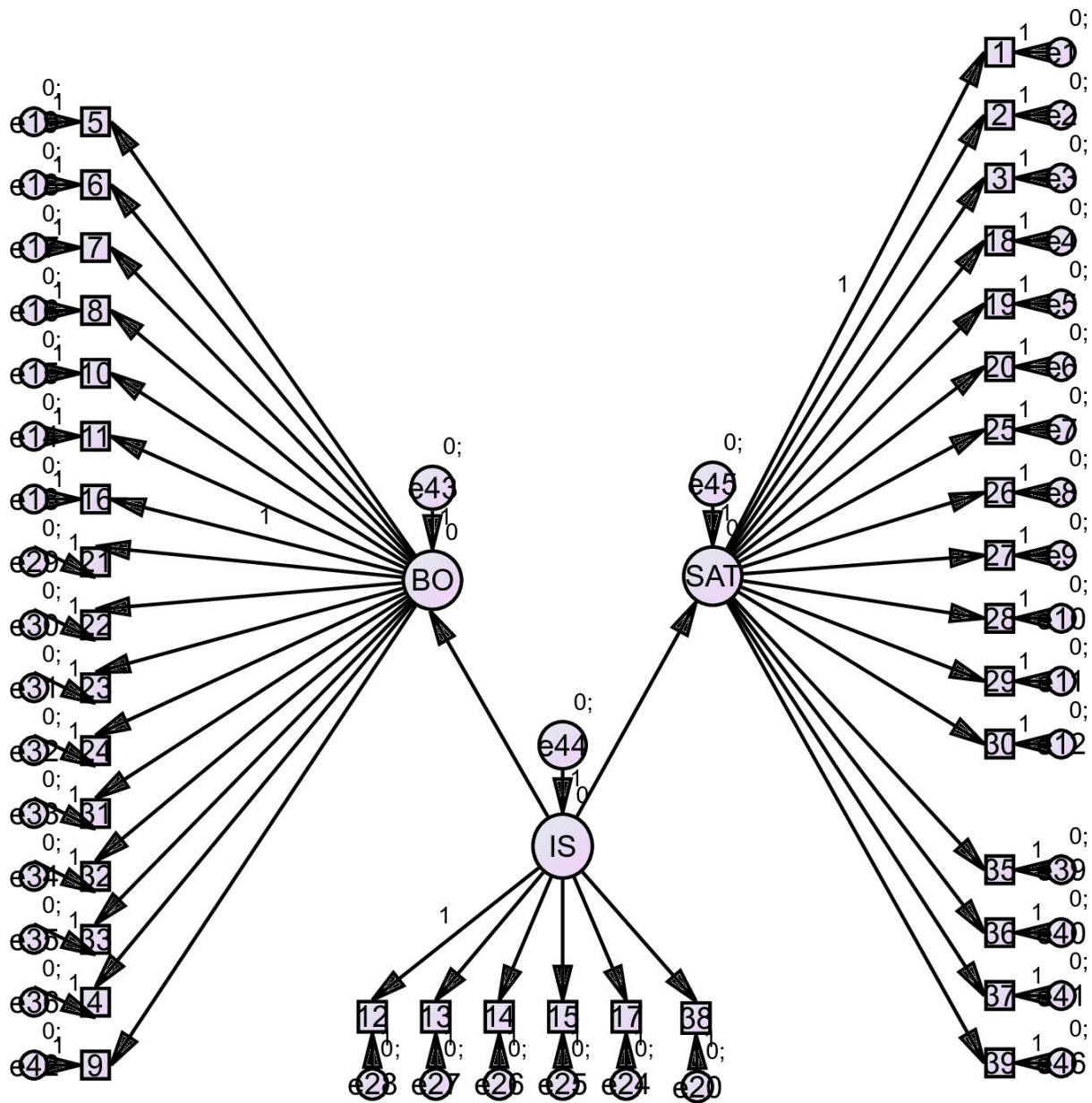
Τέλος η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση έδειξε τις συσχετίσεις των παραγόντων που εξάγονται από κάθε μεταβλητή.

Προφίλ Ειδικευόμενοι → Ικανοποίηση από την εργασία συσχέτιση 0,77 (p_{value} ,000)

Προφίλ Ειδικευόμενοι → Εργασιακή εξουθένωση 0,48 (p_{value} ,000)

Προφίλ Ειδικευόμενοι → Εργασιακό άγχος 0,40 (p_{value} ,000)

Προφίλ Ειδικευόμενοι → Επικοινωνία 0,76 (p_{value} ,000)



Εικόνα 1. Μοντέλο Δομικών Εξισώσεων

Το μετρικό μοντέλο

Υπάρχει μία ευρεία «εργαλειοθήκη» σφαιρικών μέτρων που χρησιμεύουν στην αξιολόγηση της ολοκληρωμένης προσαρμογής ενός μοντέλου στην μέτρηση πραγματικών δεδομένων (Diamantopoulos και Sigauw, 2000).

Σύμφωνα με τους Diamantopoulos και Sigauw (2000), όπως αναφέρεται στο Ζαφειρόπουλο (2005) ο κάθε δείκτης προσαρμογής εξετάζει το μοντέλο με διαφορετική προσέγγιση και απαιτεί κατά περίπτωση διαφορετικά στοιχεία και κριτήρια ώστε να απαντήσει στο κατά πόσο προσαρμόστηκε το μοντέλο ή όχι. Οι ίδιοι συνεχίζουν λέγοντας ότι υπάρχει μία σειρά από δείκτες που θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν παράλληλα για την τελική απάντηση στο παραπάνω ερώτημα. Αυτοί είναι: ο *Δείκτης Καλής Προσαρμογής (ΔΚΠ)*, ο *Συγκριτικός Δείκτης Προσαρμογής (ΣΔΠ)*, ο *Μέσος των Τετραγωνικών Ριζών των Αποκλίσεων (ΜΤΡΑ)*, ο *Μέσος των Τετραγωνικών Ριζών του Προσεγγιστικού Σφάλματος (ΜΤΡΠΣ)*, ο *Δείκτης Αναμενόμενης Σταυροειδούς Εγκυρότητας (ΔΑΣΕ)* και το χ^2 . Κατά συνέπεια, αποφασίσθηκε ο έλεγχος της προσαρμογής του μοντέλου με βάση όλους τους πιο πάνω δείκτες. Στις επόμενες παραγράφους παρατίθενται τα σημαντικότερα από τα μέτρα αυτά, καθώς και τα αποτελέσματα που προέκυψαν όταν χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας του μοντέλου.

- **Δείκτης καλής προσαρμογής.**

Ο Δείκτης Καλής Προσαρμογής (ΔΚΠ) (*the Goodness of Fit Index – GFI*) υπολογίζεται διαιρώντας το ελάχιστο της συνάρτησης προσαρμογής του προσαρμοσμένου μοντέλου με το ελάχιστο της συνάρτησης προσαρμογής του μοντέλου πριν την προσαρμογή (Joreskog και Sorbom, 1989). Για αυτό και όσο μεγαλύτερος ο ΔΚΠ, τόσο καλύτερη είναι η προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα. Ο ΔΚΠ κυμαίνεται στο διάστημα [0,1], ενώ οι τιμές που ξεπερνούν το 0,84 υποδεικνύουν ιδανική προσαρμογή του μοντέλου (Mueller, 1998). Ο *Εξομαλυσμένος Δείκτης Καλής Προσαρμογής (ΕΔΚΠ) (the Adjusted Goodness of Fit Index – AGFI)* εξομαλύνει των ΔΚΠ σύμφωνα με τους βαθμούς ελευθερίας του μοντέλου (Mueller, 1998). Ο συνολικός δείκτης προσαρμογής του μοντέλου CMIN/DF είναι σε επίσης αποδεκτά όρια φθάνοντας στο 2,472 με $p < 0,000$.

- **Μέσος τετραγωνικών ριζών του προσεγγιστικού σφάλματος**

Όπως ο ΜΤΡΑ, έτσι και ο Μέσος των Τετραγωνικών Ριζών του Προσεγγιστικού Σφάλματος (ΜΤΡΠΣ) (*the Root Mean Square Error of Approximation – RMSEA*), στηρίζεται στην ανάλυση των αποκλίσεων, και όσο μικρότερος είναι ο δείκτης τόσο καλύτερη η προσαρμογή (Kelloway, 1998), όπως αναφέρεται στο Ζαφειρόπουλο. Ο δείκτης παίρνει τιμές μέσα στο διάστημα [0,1]. Ο Steiger (1990) πιστεύει ότι τιμές κάτω του 0,10 και κάτω του 0,05, υποδηλώνουν πολύ καλή και άριστη προσαρμογή, αντίστοιχα, ενώ δείκτες κάτω του 0,01, υποδεικνύουν τέλεια προσαρμογή. Παρ' όλα αυτά, ο ίδιος ο Steiger (1990), σημειώνει ότι τέτοιες τιμές σπάνια συναντώνται στην έρευνα με πραγματικά δεδομένα. Ο Kelloway (1998) όπως αναφέρεται στο Ζαφειρόπουλο, υποστηρίζει ότι σε αντίθεση με τα μέτρα που παρουσιάστηκαν νωρίτερα, ο ΜΤΡΠΣ πλεονεκτεί, καθώς παρέχει διάστημα εμπιστοσύνης 90%. Επί πλέον, υπογραμμίζει ότι το πρόγραμμα AMOS, παρέχει μία ακόμη δυνατότητα ελέγχου, αυτή της σπουδαιότητας της διαφοράς του ΜΤΡΠΣ από το επίπεδο του 0,05 (το επίπεδο που ο Steiger (1990) θεωρεί ως καλή προσαρμογή). Ο ΜΤΡΠΣ για το συγκεκριμένο μοντέλο υπολογίστηκε στο 0,775 υποδεικνύοντας ένα ικανοποιητικό επίπεδο προσαρμογής.

- **Συγκριτικός δείκτης προσαρμογής**

Μία σεβαστή μερίδα ερευνητών έχει στρέψει το ενδιαφέρον της στα συγκριτικά μέτρα προσαρμογής, ώστε να υπερπηδηθούν οι σκόπελοι που συνδέονται με την χρήση των απόλυτων μέτρων (Kelloway, 1998). Οι συγκριτικοί δείκτες άπτονται του ζητήματος εάν ένα υπό κατασκευή μοντέλο είναι αποτελεσματικότερο ή όχι ενός ανταγωνιστικού. Ο Συγκριτικός Δείκτης Προσαρμογής (*the Comparative Fit Index – CFI*) κυμαίνεται μεταξύ 0 και 1, με όσες τιμές ξεπερνούν το 0,90 να υποδηλώνουν τέλεια προσαρμογή. Ενώ οι τιμές που αγγίζουν το 0,70 είναι απολύτως ικανοποιητικές. Ο ΣΔΠ του προτεινομένου μοντέλου έφτασε το 0,883, υποδεικνύοντας ότι η προσαρμογή του μοντέλου στα πραγματικά στοιχεία, αγγίζει το ιδανικό.

- **Εσωτερική προσαρμογή του μοντέλου**

Παρά το γεγονός ότι όσα μέτρα χρησιμοποιήθηκαν υπέδειξαν μερική, αλλά ικανοποιητική προσαρμογή, οι Bagozzi και Yi (1988) και οι Diamantopoulos και Sigauw (2000), όπως αναφέρεται στο Ζαφειρόπουλο (2005) υποστηρίζουν ότι σε καμία περίπτωση αυτοί οι έλεγχοι δεν είναι αρκετοί, και ότι πρέπει να εξεταστεί και η εσωτερική προσαρμογή του μοντέλου, ώστε να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά (εγκυρότητά) του.

Αυτό, με λίγα λόγια, συνεπάγεται ότι είναι απαραίτητη η ανάλυση της φύσης των μεμονωμένων παραμέτρων και διαστάσεων της εσωτερικής δομής του μοντέλου. Για τον σκοπό αυτό θα πρέπει να εξεταστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των κατασκευών που χρησιμοποιήθηκαν για να αντικατοπτρίσουν την μελετούμενη οντότητα (π.χ. η κλίμακα μέτρησης της αντιληπτής εικόνας του προορισμού). Η εγκυρότητα μελετά τον βαθμό στον οποίο ένας δείκτης μετρά αυτό που υποτίθεται ότι μετρά, ενώ η αξιοπιστία στο κατά πόσο αυτή η μέτρηση είναι συνεπής και ορθή.

Η μεγάλη σπουδαιότητα της προηγούμενης παρατήρησης γίνεται κατανοητή αν αναλογιστούμε ότι εμμέσως αναφέρεται στο επίπεδο εμπιστοσύνης που θα μπορούμε να έχουμε απέναντι στα μέτρα και τις κλίμακες που χρησιμοποιήσαμε, και στο κατά πόσο θα μπορούμε να μελετήσουμε με μεθοδολογική ορθότητα τις σχέσεις που μας ενδιαφέρουν. Οι Bagozzi και Yi (1988) υπογραμμίζουν ότι οι παράμετροι των εκτιμώμενων σχέσεων ανάμεσα στους δείκτες και τους παράγοντές τους, θα πρέπει να είναι στατιστικά σημαντικοί, για να είναι δυνατή η εξέταση τόσο της εγκυρότητας, όσο και της αξιοπιστίας τους.

Για το μοντέλο που αναπτύχθηκε, όλες οι επιρροές πάνω στους δείκτες είχαν υψηλή στατιστική αξία (στο επίπεδο του $p < 0.003$ στην χειρότερη των περιπτώσεων), όπως αποδείχθηκε από τις τιμές t σε απόλυτους όρους. Συμπερασματικά, αυτό σημαίνει ότι η εγκυρότητα των δεικτών που χρησιμοποιήθηκαν για την αναπαράσταση των υπό μελέτη οντοτήτων βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα (Diamantopoulos και Sigauw, 2000), όπως αναφέρεται στο Ζαφειρόπουλο (2005)

- χ^2

Το χ^2 είναι ένα μέτρο που χρησιμοποιείται με μεγάλη αποδοχή για την μέτρηση της προσαρμογής μοντέλων σε δομικές τυποποιήσεις, και ελέγχει την υπόθεση ότι το μοντέλο προσαρμόζεται τέλεια στα δεδομένα (Diamantopoulos & Siguaaw, 2000).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ένα στατιστικά σημαντικό χ^2 οδηγεί στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης, υποδεικνύοντας ατελή προσαρμογή του μοντέλου και ενδεχόμενη απόρριψή του. Ένα υψηλό χ^2 σε σύγκριση με τους *βαθμούς ελευθερίας*, υποδεικνύει ότι η μηδενική υπόθεση (ότι δηλαδή το μοντέλο προσαρμόστηκε στα δεδομένα) θα πρέπει να απορριφθεί. Εν τούτοις, εάν το χ^2 είναι μικρό σε σχέση με τους βαθμούς ελευθερίας, η μηδενική υπόθεση ενδέχεται να ισχύει, υποδεικνύοντας ότι το μοντέλο προσαρμόστηκε στα δεδομένα, στο βαθμό που οι παράγοντες αλληλοσχετίζονται σύμφωνα με το προτεινόμενο δομικό μοντέλο (Heaney, 1995), όπως αναφέρεται στο Ζαφειρόπουλο (2005).

Η ανάλυση ροών με την χρήση του AMOS κατέληξε στην εξαγωγή ενός δείκτη χ^2 για την προσαρμογή του προτεινομένου μοντέλου στα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν.

Με βαθμούς ελευθερίας 627, το χ^2 έφτασε το 1550,229. Η προσαρμογή του προτεινομένου μοντέλου ήταν στο επίπεδο σημαντικότητας του 0,000

3.3. Σύνοψη αποτελεσμάτων και έλεγχος υποθέσεων

Κατά τη δοκιμή και τα αποτελέσματα του μοντέλου τηρήθηκε τα όρια της κανονικότητας (normality). Σημειώνεται ότι και στους ελέγχους κανονικότητας που προηγήθηκαν αποκλείστηκαν οι περιπτώσεις μη κανονικότητας, μη επηρεάζοντας όμως το συνολικό μοντέλο και τη λειτουργία του. Η εκτίμηση των παραμέτρων ελέγχθηκε με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων.

Οι σχετικές στατιστικές δείχνουν αποδεκτή προσαρμογή του μοντέλου μέτρησης . Το μοντέλο έδωσε χ^2 με 627 βαθμούς ελευθερίας ($p = 0,000$). Το CMIN / DF fit (χ^2 διαιρούμενο με τους βαθμούς ελευθερίας) αποκάλυψε ένα αποδεκτό CMIN / DF = 2,47, σύμφωνα με τα κριτήρια που προτείνουν οι Bagozzi και Yi (1988) , Hair et al (1988) ,

Fornell και Larcker (1981). Ειδικότερα ,το μοντέλο πέτυχε τιμή RMSEA= 0,665 , με κατώτερο όριο δύο όψεων 90 % διάστημα εμπιστοσύνης για τον πληθυσμό .068 και ένα ανώτερο όριο 0.066 . Επιπλέον , το μοντέλο παρουσιάζει τιμές στο δείκτη CFI = .783 και IFI 0.765, τιμές οι οποίες εμπίπτουν εντός των αποδεκτών ορίων (> .70) Το PRATIO (0.736) και PCFI (0.752) ήταν επίσης σε αποδεκτά όρια (Mulaik , James , Van Alstine , Bennett , Lind & Stilwell , 1989) όπως αναφέρεται στο Ζαφειρόπουλο (2005)

Με βάση τους ελέγχους που προηγήθηκαν οι αρχικές υποθέσεις ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΟΝΤΑΙ στο σύνολό τους

α. Η επαγγελματική ικανοποίηση των ειδικευόμενων συσχετίζεται με το εργασιακό άγχος	Επιβεβαίωση
β. Η επαγγελματική ικανοποίηση των ειδικευόμενων συσχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση	Επιβεβαίωση
γ. Η επαγγελματική ικανοποίηση συσχετίζεται με την επικοινωνία (διαπροσωπικές και δομημένες σχέσεις εντός του φορέα)	Επιβεβαίωση
δ. Το εργασιακό άγχος συσχετίζεται με τον παράγοντα της επικοινωνίας (κάθετης και οριζόντιας)	Επιβεβαίωση
ε. Η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίζεται με τον παράγοντα της επικοινωνίας (κάθετης και οριζόντιας)	Επιβεβαίωση

IV. Συζήτηση- Συμπεράσματα

Είναι σημαντικό να ειπωθεί και να γίνει εξ αρχής σαφές στον αναγνώστη, ότι τόσο οι παράγοντες του άγχους και της εξουθένωσης συσχετίζονται με την αντιμετώπιση στρεσογόνων παραγόντων. Όπως αναφέρεται με εμφαντικό πλέον τρόπο στη βιβλιογραφία (Αβδημιώτης 2014) ο στρεσογόνος παράγοντας οδηγεί σε «δημιουργικό» άγχος όταν υπάρχουν οι οδηγίες, οι διαδικασίες και τα εργαλεία αντιμετώπισης ενός στόχου ενώ λαμβάνει σημαντικά επιβαρυντικό χαρακτήρα όταν εκλείπουν οι αντίστοιχες οδηγίες, διαδικασίες και εργαλεία, οδηγώντας συχνά προς την εργασιακή εξουθένωση. Στο υφιστάμενο ασαφές πλαίσιο αναφοράς, το έργο των ειδικευόμενων ιατρών δείχνει να συσχετίζεται με την εξουθένωση και το άγχος, ενώ έχει ισχυρό αντίκτυπο στη συνεκτικότητα των ομάδων που σχετίζονται με το διοικητικό έργο.

Σε κάθε περίπτωση, η εργασιακή ευημερία των ειδικευόμενων ιατρών επηρεάζει τόσο τους ίδιους όσο και τους ασθενείς. Εφόσον τα ποσοστά της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους φάνηκε ότι είναι υψηλά, η ενίσχυση της επανατακτικότητας των ειδικευόμενων ιατρών αποτελεί βασική προτεραιότητα. Η προσαρμοστικότητα στους ειδικευόμενους ιατρούς είναι στοιχείο του χαρακτήρα το οποίο μπορεί να παρατηρηθεί ήδη με την έναρξη της εργασίας τους (Winkel, Honart, Robinson, Johns & Squires, 2018) αλλά μπορεί επίσης να αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια της ειδικότητάς τους.

Ως επανατακτικότητα, ορίζεται η ικανότητα ενός ατόμου να διατηρήσει προσωπική και κοινωνική σταθερότητα παρά τις δυσκολίες που προκύπτουν στις σχέσεις με τους φίλους, την οικογένεια, τους ανώτερους ειδικούς/διευθυντές και τους συναδέλφους (Chabra, 2014). Επανατακτικότητα είναι η ικανότητα του ατόμου να ξεπεράσει τα εμπόδια που προκύπτουν από τις προσωπικές ανάγκες και τις προσδοκίες του με στόχο την επίτευξη των επαγγελματικών του ιδανικών. Αυτό αποτελεί πρόκληση για τους ειδικευόμενους, οι οποίοι πρέπει να ενεργοποιήσουν μηχανισμούς αντιμετώπισης των δυσκολιών που προκύπτουν. Οι ομαδικές συναντήσεις, όπου οι ειδικευόμενοι έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν τις εμπειρίες εκπαίδευσής τους και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα, μπορούν να μειώσουν το αίσθημα απομόνωσης και να τους βοηθήσουν να καλλιεργήσουν

δεξιότητες βασικές, έτσι ώστε να καταφέρουν να αναπτύξουν την προσαρμοστικότητα. Οι προσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους και τους διευθυντές/εκπαιδευτές (ειδικούς ιατρούς) μπορεί να συμβάλλουν στη μείωση/διαχείριση του άγχους καθώς και των συγκρούσεων που μπορεί να προκύψουν. Συνεπώς η επανατακτικότητα είναι αναπτυξιακό φαινόμενο και προκύπτει ως αποτέλεσμα των συναισθημάτων αβεβαιότητας και των αντιξοοτήτων που βιώνει ο ειδικευόμενος ιατρός στην εργασία του. Η επανατακτικότητα σχετίζεται με την προσωπική και την επαγγελματική ταυτότητα του ειδικευόμενου και απαιτεί την αφοσίωσή του, με βασικότερο σκοπό την βέλτιστη αντιμετώπιση των δυσκολιών και των κρίσιμων καταστάσεων που πρόκειται να αντιμετωπίσει. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία, η προσωπική ικανοποίηση και η ανάπτυξη πρακτικών αυτο-φροντίδας ενισχύουν την προσαρμοστικότητα (Chabra, 2014, Winkel et al., 2018).

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επανατακτικότητα είναι σταθερό προσωπικό γνώρισμα ή μια ικανότητα που μπορεί ένα άτομο να εξασκήσει. Εσωτερικοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η αισιοδοξία και ο αλτρουισμός συμβάλλουν στην ενίσχυσή της. Εξαιτίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι ειδικευόμενοι, αναπτύσσουν συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από αυξημένη προσοχή και αίσθηση ελέγχου. Εξωτερικοί παράγοντες, όπως η κοινωνική υποστήριξη και η κάλυψη των αναγκαίων καθημερινών ωρών ύπνου/ξεκούρασης είναι απαραίτητα, ειδικότερα, όταν ο ειδικευόμενος πρέπει να αντιμετωπίσει επείγουσες καταστάσεις όπου πρέπει να ενεργήσει με διαύγεια και καθαρή σκέψη. Αυτό υποδηλώνει, ότι η επανατακτικότητα είναι και τα δύο, δηλαδή και χαρακτηριστικό και ικανότητα και μπορεί να επηρεάζεται από το ίδιο το άτομο καθώς και το περιβάλλον του. Η προσαρμοστικότητα ως αποτέλεσμα της επανατακτικότητας αναπτύσσεται στους ειδικευόμενους που ασχολούνται με επείγοντα περιστατικά. Υπάρχουν ιατροί, οι οποίοι ανέπτυξαν την προσαρμοστικότητα μέσα από τις εμπειρίες που βίωσαν, πριν ακόμα ξεκινήσουν την ειδικότητα. Ο λεπτομερής έλεγχος και η εμμονή (ψυχαναγκασμός) χαρακτηρίζουν την προσέγγιση των περισσότερων ειδικευόμενων στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς τους. Έτσι σε επείγουσες καταστάσεις, όπου υπάρχει αβεβαιότητα για την εξέλιξη της κλινικής κατάστασης του ασθενή, η εμπειρία που διαθέτουν οι ειδικευόμενοι, παίζει σημαντικό ρόλο στην καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς. Σε περίπτωση που το αίτιο της ασθένειας είναι άγνωστο, οι επιπλοκές είναι μη αναστρέψιμες, οι

θεραπείες που παρέχονται δεν είναι αποτελεσματικές, παρατηρείται μείωση της αυτοπεποίθησης του ιατρού. Οι ειδικευόμενοι συνδέουν την ευημερία και τις δεξιότητες τους με την παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς. Η έλλειψη προσωπικού χρόνου φαίνεται να επηρεάζει την ενσυναίσθηση απέναντι στους ασθενείς τους. Οι προβληματισμοί σχετικά με την αυτο-φροντίδα συχνά επικεντρώνονται στις βασικές ανάγκες των ιατρών, όπως ανάγκες για ανάπαυση (απαραίτητες ώρες ύπνου/ξεκούρασης), μία σωστή και ισορροπημένη διατροφή καθώς και η φροντίδα της σωματικής τους εικόνας (φυσική δραστηριότητα) (Winkel et al., 2018).

Σήμερα στην Ελλάδα η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα και από ορισμένους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένου του Τριτοβάθμιου (Νοσοκομεία), Δευτεροβάθμιου (Κέντρα Υγείας) και Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Η έντονη έλλειψη συντονισμού μεταξύ αυτών των εναλλακτικών μορφών παροχής υγειονομικής περίθαλψης προκάλεσε σειρά διαρθρωτικών προβλημάτων στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας (Mossialos et al., 2005). Πιο συγκεκριμένα στα νοσοκομεία ειδικοί και ειδικευόμενοι ιατροί καλούνται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και να εξυπηρετήσουν πλήθος ασθενών σε καθημερινή βάση πολλά από τα οποία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Όσον αφορά την εκπαίδευση των ειδικευόμενων, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην άτυπη πρακτική εξάσκηση των νεότερων ειδικευόμενων από τους πιο έμπειρους ειδικούς και παλαιότερους ειδικευόμενους ιατρούς (Kostakis & Mantas, 2008). Η μεταβατική αυτή περίοδος είναι πολύ σημαντική για τους ειδικευόμενους, επειδή αποτελεί το ξεκίνημα της επαγγελματικής τους καριέρας στην ιατρική. Οι ειδικευόμενοι όλων των ειδικοτήτων εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση εξαιτίας του άγχους που βιώνουν κατά την περίοδο της ειδικότητάς τους. Την περίοδο αυτή ο ειδικευόμενος καλείται ο ίδιος να αντιμετωπίσει τον ασθενή και να αναλάβει την ευθύνη των ιατρικών πράξεων, πολλές φορές απουσία του ειδικού ιατρού. Όσον αφορά τις νυχτερινές εφημερίες, συνήθως οι ειδικευόμενοι πρέπει να καλύψουν το νοσοκομείο, ενώ οι ειδικοί ιατροί μπορεί να βρίσκονται σε τηλεφωνική επικοινωνία από το σπίτι. Το Σύστημα Υγείας όπως προαναφέρθηκε βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην άτυπη πρακτική εξάσκηση των νεότερων

ειδικευόμενων από τους πιο έμπειρους ειδικούς ή/και ειδικευόμενους ιατρούς, κάτι το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται επίσημα στα καθήκοντά τους. Συνεπώς σε κάποιες ειδικότητες ακόμα και σήμερα και παρά τη δημιουργία του βιβλιαρίου ειδικευόμενου (logbook) δεν υπάρχει συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης ούτε άτομα διορισμένα από το Υπουργείο Υγείας ως εκπαιδευτές των ειδικευόμενων σε κάθε κλινική. Άρα, η εκπαίδευση των ειδικευόμενων επαφίεται στην προσωπική θέληση, το φιλότιμο, στην εμπειρία, στις γνώσεις κ.ά. των παλαιότερων ειδικευόμενων ή/και ειδικών ιατρών για να εκπαιδεύσουν τους νεότερους ειδικευόμενους.

Όσον αφορά τα προγράμματα σπουδών των ειδικευόμενων στις διάφορες κλινικές, δεν έχουν συστηματοποιηθεί και υπάρχει σημαντική ετερογένεια στην ποιότητα των προγραμμάτων πρακτικής άσκησης μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων και πόλεων (Kostakis & Mantas, 2008, Margariti, Kontaxakis & Christodoulou, 2002, Σακοράφας & Τσιώτος, 2004). Ειδικότερα στις χειρουργικές ειδικότητες το χάσμα είναι ακόμα μεγαλύτερο στα διάφορα νοσοκομεία. Έτσι στα νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων λαμβάνουν χώρα πιο πολλά, πιο εξειδικευμένα και πιο μεγάλης βαρύτητας χειρουργεία σε σχέση με τα περιφερειακά νοσοκομεία παρόλα αυτά παρατηρούνται περιπτώσεις, όπου οι ειδικευόμενοι στην επαρχία συμμετέχουν πιο ενεργά στα χειρουργεία, δηλαδή λαμβάνουν περισσότερες πρωτοβουλίες. Αυτό συμβαίνει λόγω υποστελέχωσης των περιφερειακών νοσοκομείων (έλλειψη επαρκούς αριθμού ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών) σε αντίθεση με τα νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων τα οποία τις περισσότερες φορές έχουν ικανοποιητικό αριθμό ειδικευόμενων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ανταγωνισμός για τη συμμετοχή των ειδικευόμενων στα χειρουργεία να είναι έντονος.

Ένα ακόμα πρόβλημα με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι οι ιατροί στην Ελλάδα είναι η έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών (πρωτόκολλο αντιμετώπισης περιστατικού) καθώς και η μη εφαρμογή κάποιων ήδη υφιστάμενων στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό. Συνεπώς μερικές φορές επαφίεται στην προσωπική κρίση του εκάστοτε ιατρού ο τρόπος αντιμετώπισης του ασθενή και δεν ακολουθείται μία κοινή γραμμή αντιμετώπισης. Πολλοί ιατροί χρησιμοποιούν κατευθυντήριες οδηγίες άλλων χωρών, αλλά είναι αναγκαία η προσαρμογή τους στο ελληνικό σύστημα λαμβάνοντας υπόψη το διαθέσιμο ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό στα διαφορετικά δίκτυα υγείας (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο)

καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του Ελληνικού λαού. Εν κατακλείδι, θεωρείται απαραίτητη η καταγραφή και η χρήση κατευθυντήριων οδηγιών, έτσι ώστε οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο και όσο το δυνατό ισότιμα. Βέβαια, κάθε ασθενής είναι διαφορετικός και σε κάθε περίπτωση ο ιατρός πρέπει να κρίνει αν η συγκεκριμένη αντιμετώπιση ωφελεί ή βλάπτει τον ασθενή και να ενεργεί με βάση αυτά τα κριτήρια.

Όσον αφορά την πρακτική εκπαίδευση των ειδικευόμενων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ειδικότητα γενικής-οικογενειακής ιατρικής) καθώς και η προληπτική ιατρική βρίσκονται σε υποανάπτυκτο στάδιο στην Ελλάδα (Exadaktylos, 2005). Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής έχει ορισμένα χαρακτηριστικά μοναδικά σε σύγκριση με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες στην Ελλάδα. Ο ρόλος της πρακτικής άσκησης στην γενική ιατρική στο Π.Ε.Δ.Δ.Υ. τέως Ε.Σ.Υ. δεν αναγνωρίζονταν αντάξια σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες και οι γενικοί ιατροί ακόμα και σήμερα δεν χαιρούν υψηλής εκτίμησης από τους άλλους ειδικευόμενους, αλλά και από τους ειδικούς ιατρούς (Liangas & Lionis, 2004, Mihas et al., 2006). Επιπλέον, το πρόγραμμα ειδικότητας στη γενική ιατρική είναι ουσιαστικά διαφορετικό σε σύγκριση με όλες τις άλλες ιατρικές ειδικότητες στην Ελλάδα. Το μικρό χρονικό διάστημα παραμονής σε κάθε κλινική δυσκολεύει την προσαρμογή του ειδικευόμενου καθώς και την ένταξη του στο νέο τμήμα ως μέλος της ομάδας. Ο ειδικευόμενος βιώνουν έντονο αίσθημα άγχους λόγω του ευρέως φάσματος δεξιοτήτων που πρέπει να καλλιεργήσουν και των γνώσεων που πρέπει να αποκτηθούν σε μικρό χρονικό διάστημα. Μόνο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 10 μηνών τοποθετούνται και εκπαιδεύονται σε ένα Κέντρο Υγείας όπου έρχονται αντιμέτωποι με την πράξη, τις προκλήσεις που είναι χαρακτηριστικά της πρακτικής στη γενική ιατρική και στο σημείο αυτό μπορεί να αρχίσουν να αμφισβητούν την ικανότητά τους και την απόδοσή τους καθώς και τις γνώσεις που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια της ειδικότητας (Liangas & Lionis, 2004, Mihas et al., 2006).

Παρόλο που τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια ενδυνάμωσης της πρωτοβάθμιας υγείας στην Ελλάδα και προσπάθεια αλλαγής του συστήματος εκπαίδευσης των γενικών ιατρών τα αποτελέσματα δεν είναι πολύ ενθαρρυντικά. Η πρακτική εκπαίδευση των ειδικευόμενων στη γενική ιατρική και την προληπτική ιατρική είναι σοβαρά υποανάπτυκτες στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες όπως για παράδειγμα την Γερμανία,

όπου το σύστημα υγείας βασίζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι ασθενείς δεν έχουν πρόσβαση στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη χωρίς την παραπομπή τους από ιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας η οποία γίνεται παραμόνο σε περιπτώσεις όπου το περιστατικό χρήζει άμεσα νοσοκομειακή περίθαλψη και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Αντίθετα στην Ελλάδα οι ασθενείς έχουν άμεση πρόσβαση στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη χωρίς να είναι απαραίτητη η παραπομπή τους από κάποια δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτό δυσχεραίνει σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργία των νοσοκομείων εξαιτίας της τεράστιας αναμονής που προκύπτει από ‘ψυχρά’ περιστατικά τα οποία δεν χρήζουν άμεσης-επείγουσας αντιμετώπισης ή/και θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κάτι που θα μείωνε σε μεγάλο βαθμό την αναμονή στα νοσοκομεία. Ο μεγάλος αριθμός περιστατικών στα νοσοκομεία έχει ως αποτέλεσμα οι ειδικευόμενοι ιατροί που συνήθως καλύπτουν το τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) να βλέπουν ασταμάτητα περιστατικά. Έτσι σε κρίσιμα περιστατικά, τα οποία χρήζουν ειδική διαχείριση καθώς και σε επείγοντα χειρουργεία που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της εφημερίας, να είναι εξουθενωμένοι εξαιτίας του συνεχόμενου ωραρίου εργασίας 24/ωρες εφημερίες, γεγονός που μειώνει την απόδοσή τους σε μεγάλο βαθμό. Επίσης ο μεγάλος φόρτος εργασίας πολλές φορές δεν επιτρέπει στους ειδικευόμενους να λάβουν την μία μέρα άδειας (ρεπό) που δικαιούνται μετά από κάθε 24/ωρη εφημερία με αποτέλεσμα να δουλεύουν την επόμενη μέρα κάτι το οποίο επιβαρύνει σημαντικά την υγεία καθώς και την ψυχολογία του ειδικευόμενου και συμβάλλει στην εμφάνιση εργασιακής εξουθένωσης. Αυτό παρατηρείται κυρίως στις χειρουργικές ειδικότητες καθώς και σε υποστελεχομένες κλινικές.

Όλα τα παραπάνω καθώς και η έλλειψη ύπνου, η ανθυγιεινή διατροφή, το άτακτο πρόγραμμα εργασίας επηρεάζουν τη ζωή του ειδικευόμενου ιατρού και του προκαλούν αρνητικά συναισθήματα. Ειδικότερα, σε περιπτώσεις όπου ο ιατρός συνεχίζει να εργάζεται μετά την εφημερία είναι πιο επιρρεπής σε ιατρικά λάθη και πολλές φορές είναι υπό αμφισβήτηση και η ικανότητα της ασφαλούς επιστροφής του οδικώς στο σπίτι μετά την εργασία. Το αποτέλεσμα είναι να επηρεάζεται αρνητικά η ψυχολογία των ειδικευόμενων, να ενισχύεται το άγχος και το αίσθημα θυμού και να επηρεάζονται αρνητικά και οι

διαπροσωπικές σχέσεις του. Επίσης είναι αρκετά σύνηθες η έλλειψη ποιοτικού χρόνου του ιατρού με την οικογένεια και τους φίλους του να επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του.

Ένα ακόμα πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ειδικευόμενοι ιατροί είναι η έλλειψη σαφούς καθηκοντολογίου. Παρόλο όμως που δεν υπάρχει καθηκοντολόγιο με βάση το νομικό πλαίσιο, υπάρχουν ποινές και υποχρεώσεις. Όλα αυτά συντελούν στην αύξηση του άγχους του ιατρού και του αισθήματος ευθύνης απέναντι στον ασθενή. Κάθε ιατρός έχει νομική υποχρέωση να αποτρέψει το αξιόποιο αποτέλεσμα του θανάτου του ασθενούς και να εγγυάται για την ασφάλεια της ζωής ή της υγείας του ασθενούς κατά την εκτέλεση οιασδήποτε ιατρικής πράξης. Ωστόσο, οι ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες του ιατρού, λαμβάνονται υπόψη για την επίταση της ευθύνης, η οποία διαφοροποιείται μεταξύ ειδικευόμενων και ειδικών ιατρών, αφού οι τελευταίοι διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις που τους καθιστούν ικανότερους να αντιμετωπίσουν τα περιστατικά που άπτονται στην ειδικότητά τους, ενώ οι ειδικευόμενοι δεν έχουν ακόμα ολοκληρώσει το πρόγραμμα εκπαίδευσής τους. Παρόλα αυτά η οφειλόμενη προσοχή πρέπει να δίδεται και στην περίπτωση του ειδικευόμενου ιατρού, όταν η διάγνωση του ασθενούς δεν προϋποθέτει ειδικές ή επιπλέον ιατρικές γνώσεις, που προσδίδει στον ιατρό η απόκτηση μιας ειδικότητας, αλλά μπορεί να επιτευχθεί και με τις βασικές γνώσεις της ιατρικής επιστήμης, που κάθε απόφοιτος ιατρός πρέπει να διαθέτει. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ιατρός καλείται να ενεργήσει με βάση την μέχρι τώρα εκπαίδευση και άσκηση του ως φοιτητής και ως ειδικευόμενος, την πείρα και τις δεξιότητες που έχει αποκτήσει κατά την περίοδο της ειδίκευσης και τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.

Σύμφωνα με την υφιστάμενη νομοθεσία και νομολογία, ο ειδικευόμενος φέρει νομική ευθύνη αν παραλείπει ή καθυστερήσει να ειδοποιήσει τον ειδικό ιατρό, αν αναλάβει μόνος του τη διεξαγωγή διαγνωστικού ή θεραπευτικού εγχειρήματος, χωρίς να παραπέμψει το περιστατικό σε ειδικό ιατρό, κρίνοντας εσφαλμένα ότι οι γνώσεις και ικανότητες του επαρκούν για την περίπτωση, αν παραλείπει να παράσχει ή να παράσχει πλημμελώς ιατρική αρωγή (μη διενέργεια ιατρικών πράξεων ή διενέργεια αυτών κατά τρόπο εσφαλμένο).

Όσον αφορά τις πρώτες βοήθειες ή άλλες ιατρικές πράξεις, για τις οποίες δεν απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις ή εμπειρία, μπορούν να διενεργηθούν από έναν ειδικεύόμενο χωρίς την εποπτεία ειδικού ιατρού.

Ο ειδικεύόμενος φέρει ακόμα νομική ευθύνη εάν παραλείψει να δώσει εντολή για τη διενέργεια αναγκαίων διαγνωστικών εξετάσεων ή παραλείψει να προβεί σε διενέργεια κλινικής εξέτασης και αξιολόγησης των συμπτωμάτων, απαιτήτων για την εκτίμηση του περιστατικού ή να προβεί σε λανθασμένη ερμηνεία των ευρημάτων της κλινικής και εργαστηριακής εξέτασης, σε περιπτώσεις που η διάγνωση και ορθή ερμηνεία των συμπτωμάτων είναι προφανής ακόμη και για έναν ιατρό άνευ ειδικότητας ή σε περιπτώσεις που ενεργεί κατά παράβαση υποδείξεων και εντολών του ειδικού ιατρού.

Αν και όλα αυτά αναφέρονται στο νομικό πλαίσιο για τους ειδικεύόμενους, υπάρχει μεγάλη ετερογένεια μεταξύ των νοσοκομείων. Ωστόσο το σύστημα υγείας βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στους ειδικεύόμενους που αποτελούν την ραχοκοκαλιά των νοσοκομείων. Ειδικότερα τα τμήματα επειγόντων περιστατικών λειτουργούν τις περισσότερες φορές αποκλειστικά με ειδικεύόμενους ιατρούς, οι οποίοι καλούνται να βγάλουν ένα μεγάλο φόρτο εργασίας απουσία ειδικών ιατρών. Έτσι, κάθε ειδικεύόμενος αναλαμβάνει την ευθύνη των περιστατικών που βλέπει και μόνο σε περιπτώσεις αμφιβολίας ως προς τη διάγνωση και διαχείριση του περιστατικού καλεί τον ειδικό ιατρό.

Ο τομέας ευθύνης του ειδικεύόμενου καθορίζεται από τα καθήκοντα που του ανατίθενται από τους ειδικούς ιατρούς. Έτσι, ο ειδικεύόμενος ιατρός καθίσταται υπόχρεος ή συνυπόχρεος της υγείας και της ασφάλειας του ασθενούς, παρόλο που δεν μπορεί να του αποδοθεί ο τίτλος του θεράποντος ιατρού, τον οποίο κατέχει ο ειδικός ιατρός. Αν και τα καθήκοντα που ανατίθενται στους ειδικεύόμενους θα πρέπει να συμβαδίζουν με τις γνώσεις και τις ικανότητες που διαθέτουν, πολλές φορές οι ειδικεύόμενοι καλούνται να αντιμετωπίσουν περιστατικά που απαιτούν περαιτέρω γνώσεις γεγονός που τους προκαλεί αισθήματα άγχους, αμφιβολίας και ανασφάλειας. Σε τέτοιες περιπτώσεις συντρέχουν προϋποθέσεις ευθύνης και στους ειδικούς ιατρούς, όταν δηλαδή αναθέτουν στους ειδικεύόμενους τη διενέργεια ιατρικών πράξεων, στις οποίες οι τελευταίοι αδυνατούν να ανταποκριθούν ("σφάλμα περί την ανάθεση") λόγω έλλειψης εμπειρίας και γνώσεων, χωρίς τη δική τους εποπτεία.

Ένα θέμα που τίθεται είναι κατά πόσο οι ιατροί ειδικοί και ειδικευόμενοι είναι ενημερωμένοι για το νομικό πλαίσιο που υπάρχει για τους ειδικευόμενους. Πολλοί ειδικευόμενοι δεν γνωρίζουν ούτε το νομικό πλαίσιο αλλά ούτε και τις ποινικές κυρώσεις που μπορεί να έχουν σε περίπτωση που δεν εφαρμόσουν αυτά που προβλέπονται από το νομικό πλαίσιο. Απατείται ενημέρωση των ειδικευόμενων για τα καθήκοντά τους, το νομικό πλαίσιο και τις υποχρεώσεις τους απέναντι στους ασθενείς.

Ο ειδικευόμενος ιατρός, ως αρχάριος, οφείλει να τηρεί αυστηρά κριτική στάση ως προς τις ικανότητες και την κατάρτισή του και να ειδοποιεί τον ειδικό ιατρό, ενημερώνοντάς τον με τις απαραίτητες πληροφορίες για τη φύση και τη σοβαρότητα του εκάστοτε περιστατικού. Σύμφωνα με το άρθρο 9 πρφ. 3 του Ν. 3418/2005 «ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης. Έτσι σε κατεπείγουσες περιπτώσεις, όπου η ζωή του ασθενούς βρίσκεται σε κίνδυνο και ο ειδικός ιατρός αν και έχει κληθεί δεν παρευρίσκεται, ο ειδικευόμενος δεν μπορεί να αρνηθεί την ανάληψη ενός περιστατικού εξαιτίας των ιδιαίτερων συνθηκών και του κατεπείγοντος χαρακτήρα της κατάστασης του ασθενούς, αφού το υπέρτατο καθήκον του κάθε ιατρού είναι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών στους ασθενείς με στόχο τη διαφύλαξη της ζωής τους». Η ευθύνη αυτή απέναντι στον ασθενή και η πιθανότητα αντιμετώπισης δύσκολων περιστατικών χωρίς την παρουσία ειδικού εντείνει το άγχος ειδικότερα κατά τη διάρκεια των εφημεριών κατά τις οποίες ο ειδικευόμενος αντιμετωπίζει μεγάλο αριθμό ευρέως φάσματος περιστατικά.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι σε περίπτωση που διαπιστωθεί αμέλεια στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού θα αξιολογηθεί αυτοτελώς η πλημμελής συμπεριφορά των υπευθύνων ειδικών/ειδικευομένων, κατά πόσο δηλαδή η συμπεριφορά του καθενός συνέβαλλε αρνητικά στην εξέλιξη του περιστατικού και οδήγησε στην πρόκληση ζημιογόνου αποτελέσματος στην υγεία του ασθενούς. Επίσης, θα αξιολογηθούν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες έλαβε χώρα το περιστατικό όπως την κατάσταση της υγείας του ασθενούς κατά

την προσέλευση στο Κέντρο Υγείας ή στο νοσοκομείο, η ύπαρξη κατάλληλου ιατροφαρμακευτικού εξοπλισμού κ.ά.. Σε μια τέτοια περίπτωση ο ειδικευόμενος δεν απαλλάσσεται των ευθυνών του λόγω της ιδιότητάς του. Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις που έχουν παραπεμφεί ή καταδικαστεί ιατροί που διένυαν την περίοδο ειδικότητας τους. Τις περισσότερες φορές συγκατηγορούμενος του ειδικευόμενου είναι ο ειδικός ιατρός, ο οποίος έχει την εποπτεία και την καθοδήγηση του ειδικευόμενου. Συνεπώς ο ειδικευόμενος καλείται χωρίς την απαραίτητη εμπειρία και σε μικρό χρονικό διάστημα να αντιμετωπίσει τους ασθενείς κάνοντας την κατάλληλη κλινική εξέταση και τον απαραίτητο εργαστηριακό έλεγχο αν κριθεί αναγκαίο. Στη συνέχεια λαμβάνει την ευθύνη της θεραπείας του ασθενούς σε περιπτώσεις όπου χρήζει θεραπείας, της παραπομπής του σε ιατρό άλλης ειδικότητας ή ακόμα και της νοσηλείας του. Στις περιπτώσεις όπου ο ειδικευόμενος έχει αμφιβολία ως προς την αντιμετώπιση του περιστατικού οφείλει να συμβουλευτεί τον ειδικό ιατρό, έτσι ώστε να αποφύγει να βάλει σε κίνδυνο την υγεία του ασθενούς. Προφανώς η διαδικασία αυτή προκαλεί αρνητικά συναισθήματα στους ειδικευόμενους και ιδιαίτερα σε αυτούς οι οποίοι δεν έχουν μεγάλη προϋπηρεσία και συνεπώς εμπειρία.

Η περίοδος της ειδικότητας είναι ζωτικής σημασίας για την πιστοποίηση ενός ιατρού καθώς και για την επαγγελματική του πορεία στο μέλλον και γενικότερα σχετίζεται με υψηλά επίπεδα φυσικών και συναισθηματικών απαιτήσεων. Η πρακτική εξάσκηση συχνά φέρνει τους ειδικευόμενους αντιμέτωπους με δύσκολες καταστάσεις όπως η ενημέρωση των ασθενών και συγγενών για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου το προσδόκιμο ζωής είναι μικρό καθώς και σε περιπτώσεις όπου ο ειδικευόμενος καλείται να ανακοινώσει έναν θάνατο. Όλα τα παραπάνω συντελούν στη συναισθηματική φόρτιση του ιατρού, στην αύξηση του άγχους και στη μείωση της αυτοπεποίθησής του. Ειδικότερα, στα πρώτα έτη της ειδικότητας ο ιατρός είναι περισσότερο ευάλωτος, διότι δεν έχει αναπτύξει ακόμα μηχανισμούς διαχείρισης τέτοιων καταστάσεων, οι οποίοι αναπτύσσονται μηχανικά κατά την διάρκεια των χρόνων της ειδικότητας όπου ο ιατρός καλλιεργεί ταυτόχρονα και τις επικοινωνιακές του δεξιότητες. Συνεπώς, η πρακτική εξάσκηση είναι μια περίοδος υψηλής πίεσης και μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, καταπόνησης και κατάθλιψης. Η διοργάνωση σεμιναρίων εκπαίδευσης για τη σωστή ενημέρωση-επικοινωνία με τους ασθενείς και τους συγγενείς σε

κάθε περίπτωση θεωρείται αναγκαία τόσο για το ιατρικό όσο και για το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η διάρκεια των χρόνων της ειδικότητας είναι μια δύσκολη περίοδος με άγχος και ιδιαίτερα κρίσιμη, αφού είναι καθοριστική για την καριέρα και το μέλλον του ειδικευόμενου ιατρού. Οι ειδικευόμενοι θα πρέπει να αντιμετωπίσουν την αύξηση της ατομικής ευθύνης, τον φόρτο εργασίας, τη στέρηση ύπνου, τη σωματική εξάντληση σε συνδυασμό με το χαμηλό εισόδημα. Την περίοδο αυτή πολλοί ειδικευόμενοι φθάνουν στο σημείο να αμφιβάλλουν, εάν επέλεξαν το κατάλληλο επάγγελμα ή την κατάλληλη ειδικότητα, εξαιτίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην προσπάθειά τους να εξασκήσουν το επάγγελμα της ιατρικής στην καθημερινότητα. Έχουν λοιπόν να αντιμετωπίσουν όχι μόνο την υπερφόρτωση του όγκου εργασίας, αλλά ταυτόχρονα και τη στέρηση ύπνου (εφημερίες) και ενδεχομένως κόπωση και φόβο για πιθανά ιατρικά λάθη, μειωμένο προσωπικό χρόνο, πιθανά προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις εξαιτίας της πολύωρης εργασίας, παράγοντες που μπορεί να αποτελέσουν επιπλέον προκλήσεις για τη διατήρηση της ευημερίας τους. Το άγχος που βιώνουν οι ειδικευόμενοι οφείλεται κυρίως στις αυξημένες προσδοκίες και ευθύνες που αντιμετωπίζουν, καθώς αναμένεται όχι μόνο να είναι ικανοί και αποτελεσματικοί ως κλινικοί ιατροί, αλλά και να υπηρετούν σωστά τους ρόλους τους ως εκπαιδευόμενοι και πολλές φορές και ως ερευνητές.

Σε μία ανταγωνιστική κοινωνία με απαιτήσεις, ο ειδικευόμενος για να συμβαδίσει και να εξελιχθεί σε σχέση με τους συναδέλφους του θα πρέπει να συνεχίσει τις σπουδές του (μεταπτυχιακό, διδακτορικό, μεταδιδακτορικό, μετεκπαιδεύσεις στο εξωτερικό κ.ά.). Η δύσκολη φύση του επαγγέλματος σε συνδυασμό με τον δαπανώμενο χρόνο και ενέργεια για τις επιπλέον γνώσεις συντελούν στην ύπαρξη άγχους, στην έλλειψη του απαραίτητου ύπνου και στη μείωση του ελεύθερου προσωπικού χρόνου. Οι υψηλές προσδοκίες για μια ολοκληρωμένη κατάρτιση και η απρόβλεπτη φύση του επαγγέλματος των ειδικευόμενων μπορεί να τους οδηγήσουν στο να δώσουν προτεραιότητα στην εργασία και στην εκμάθηση και να αμελήσουν την προσωπική τους ζωή, υγεία και ευημερία με αποτέλεσμα να εμφανίσουν άγχος, κατάθλιψη, κόπωση, εξάντληση καθώς και άλλα αρνητικά συναισθήματα. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου οι ειδικευόμενοι αναρωτιούνται, εάν αξίζει όλη αυτή η

προσπάθεια που κάνουν και υπάρχουν φορές που συγκρίνουν τους εαυτούς τους με άλλους συνομηλικούς διαφορετικών επαγγελμαμάτων οι οποίοι έχουν περισσότερο προσωπικό χρόνο, ή/και καλύτερες αμοιβές και γενικότερα έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Η περίοδος της ειδικότητας θεωρείται μια ευνοϊκή περίοδος για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω του διπλού ρόλου του ειδικευόμενου ως εκπαιδευόμενος και ως εργαζόμενος και της ισχυρής πίεσης που δέχεται από τους ειδικούς ιατρούς, την κοινωνία καθώς και τον περίγυρο του. Ο ειδικευόμενος οφείλει να ακολουθεί τους ρυθμούς των συναδέλφων που βρίσκονται στην ίδια κλινική, έτσι ώστε να εναρμονιστεί με την ομάδα στην οποία ανήκει. Η έλλειψη αυτονομίας, η ανταγωνιστικότητα, οι νέες προσδοκίες, η ανεπαρκής υποστήριξη από τους ειδικούς και τα άτακτα χρονοδιαγράμματα εργασίας είναι παράγοντες που σχετίζονται επίσης με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Από την άλλη όλα τα παραπάνω καθώς και η αβεβαιότητα για το μέλλον οδηγούν ταυτόχρονα στην έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης, η οποία θεωρείται σημαντική για την ευημερία του εργαζόμενου.

Οι ειδικευόμενοι παρόλο που προσπαθούν να διατηρήσουν έναν ισορροπημένο τρόπο ζωής, εξαιτίας των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν στο εργασιακό περιβάλλον (σοβαρά ατυχήματα, θάνατο κλπ.) ακούσια υιοθετούν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής (στέρηση ύπνου, έλλειψη ελεύθερου χρόνου, κακές διατροφικές συνήθειες κλπ.). Το εργασιακό άγχος, η κοινωνική απομόνωση, η αποπροσωποποίηση, οι πολλές ώρες εργασίες, οι εφημερίες, ο άστατος ύπνος, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας καθημερινότητας που προωθεί την κακή ψυχική υγεία. Οι ειδικευόμενοι έχουν ένα συνεχή καθημερινό αγώνα, ώστε να είναι σε θέση να εξισορροπήσουν την προσωπική και την επαγγελματική τους ζωή χωρίς άγχος και παράλληλα να παρέχουν ένα επαρκές επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς. Αυτό προϋποθέτει αφοσίωση, επιμονή, υπομονή και στέρηση προσωπικού ελεύθερου χρόνου. Η ψυχική υγεία των ειδικευόμενων είναι ένα ζήτημα το οποίο προκαλεί μεγάλη ανησυχία στην ιατρική κοινότητα παγκοσμίως, καθώς συχνά συμβάλλει αρνητικά στην επαγγελματική τους εκπαίδευση, στη διαχείριση των ευθυνών τους όσον αφορά τους ασθενείς και στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τους ίδιους τους ασθενείς και τους συναδέλφους. Τα συμπτώματα κατάθλιψης ποικίλουν ανά έτος ειδικότητας με τα υψηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του δεύτερου

έτους. Η κατάθλιψη σχετίζεται με τις μειωμένες ώρες ύπνου, αφού οι συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν σε κακή ποιότητα και ποσότητα ύπνου. Είναι αναγκαία η συνεχής αξιολόγηση της ψυχικής υγείας τόσο των φοιτητών ιατρικής, όσο και των ειδικευόμενων σε τακτά χρονικά διαστήματα κάτι που δεν εφαρμόζεται στη χώρα μας. Παρόλο που με το ξεκίνημα της εργασίας είναι απαραίτητη η προσκόμιση ιατρικής βεβαίωσης από ψυχίατρο αυτό από μόνο του δεν εξασφαλίζει την άρτια ψυχική υγεία του ειδικευόμενου καθόλη τη διάρκεια της πρακτικής του εκπαίδευσης και μετά από αυτή ως ειδικός ιατρός.

Η επαγγελματική εξουθένωση αρχίζει να καλλιεργεί τους σπόρους της την περίοδο της φοίτησης στην ιατρική σχολή και ωριμάζει την περίοδο της ειδικότητας των ιατρών. Οι φοιτητές ιατρικής συνήθως αποφεύγουν να αναζητήσουν θεραπεία σε περιπτώσεις που εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης, διότι υπάρχει η πεποίθηση ότι αυτό θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο τη μελλοντική τους καριέρα. Επίσης λίγοι ειδικευόμενοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της ψυχιατρικής υποστήριξης, εξαιτίας του στιγματισμού, του κόστους και της προσβασιμότητας. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη φύση του επαγγέλματος όπου οι ιατροί ως ειδικευόμενοι και στη συνέχεια ως ειδικοί καλούνται να αντιμετωπίσουν κρίσιμες καταστάσεις μερικές φορές αμέσως μετά το πέρας των σπουδών τους και είναι αναγκαία η ύπαρξη ψυχολογικής και ψυχιατρικής υποστήριξης, ειδικότερα σε περιπτώσεις σοβαρών καταστάσεων (απώλειας ζωής, σοβαρά ατυχήματα, αυτοκτονίες). Σε τέτοιες περιπτώσεις η ύπαρξη υποστήριξης ωφελεί όχι μόνο τον ίδιο τον ειδικευόμενο, ώστε να αναπτύξει κατάλληλους μηχανισμούς αντιμετώπισης, αλλά και τους ασθενείς, συγγενείς όσον αφορά τη σωστή προσέγγισή τους, την ανακοίνωση δυσάρεστων νέων, την υποστήριξη και τη σωστή καθοδήγησή τους για τυχόν αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν. Όμως δίδεται χαμηλή προτεραιότητα στην ύπαρξη ψυχολογικής υποστήριξης στους ιατρούς εξαιτίας της κουλτούρας της ιατρικής, παρά τα αποδεικτικά στοιχεία των μη θεραπευμένων ψυχικών διαταραχών και της αυξημένης συχνότητας αυτοκτονιών στην ιατρική κοινότητα. Από τις έρευνες φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ εξουθένωσης και αυτοκτονικού ιδεασμού, ενώ το άγχος και η εξουθένωση των ειδικευόμενων φάνηκε να σχετίζεται με την επιθυμία τους να εγκαταλείψουν την πρακτική εξάσκηση. Επίσης, άλλες έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα

ότι εάν τους δοθούν καλύτερες ευκαιρίες σε άλλο εργασιακό περιβάλλον, οι περισσότεροι ειδικευόμενοι ιατροί σκοπεύουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους.

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει και το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης. Όταν το επίπεδο της ικανοποίησης είναι χαμηλό, οι εργαζόμενοι τείνουν να απουσιάζουν αδικαιολόγητα από την εργασία τους, επιθυμούν να αλλάξουν δουλειά και δεν είναι τόσο αφοσιωμένοι στο έργο τους με αποτέλεσμα να μην είναι παραγωγικοί. Η ικανοποίηση από την εργασία, τόσο από το αντικείμενο του επαγγέλματος και τις υλικές ή/και ηθικές ανταμοιβές, όσο και από το εργασιακό περιβάλλον και τις σχέσεις με τους συναδέλφους μπορούν να επηρεάσουν την οικογενειακή και κοινωνική ζωή, αλλά και τη σωματική και ψυχική υγεία του ειδικευόμενου.

Επιπλέον, οι ειδικευόμενοι προβληματίζονται σε μεγάλο βαθμό για τις συνθήκες στο περιβάλλον εργασίας, τις οικονομικές απολαβές και τις προοπτικές για το μέλλον. Τα τελευταία χρόνια ένα μεγάλο ποσοστό ελλήνων ειδικευόμενων και ειδικών ιατρών τείνει να μεταναστεύει σε χώρες του εξωτερικού Γερμανία, Σουηδία, Νορβηγία κ.α., εξαιτίας καλύτερων ευκαιριών εκπαίδευσης, υψηλότερων οικονομικών απολαβών και προοπτικών για το μέλλον σε σχέση με την Ελλάδα όπου τελούν τα παραπάνω υπό αμφισβήτηση.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο. Σε περιπτώσεις όπου οι ειδικευόμενοι δεν έχουν καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους υπόλοιπους εργαζόμενους και υπάρχει έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, οδηγούνται σε αποξένωση, αρνητικά συναισθήματα και μείωση της απόδοσης τους, ενώ σε ένα περιβάλλον αλληλοεκτίμησης, αλληλοσεβασμού, αυξάνεται και η απόδοσή τους. Η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού μια κλινικής, αλλά και του ιατρού με τους ασθενείς είναι πολύ σημαντική καθώς μπορεί να συμβάλει στον αποδοτικότερο συντονισμό των δραστηριοτήτων και ενεργειών του. Η αμεροληψία επίσης υπονομεύει την προσωπική σχέση των εργαζόμενων με την εργασία, δημιουργώντας ένα αίσθημα αποπροσωποποίησης. Αισθήματα αποπροσωποποίησης και μείωση της αποτελεσματικότητας εμφανίζονται όταν η εργασία δεν συμβαδίζει με τις αξίες του εργαζόμενου. Συμπερασματικά ο φόρτος εργασίας, η κακή/ανύπαρκτη εποπτεία από τους ανώτερους, οι συγκρούσεις στο χώρο εργασίας, η έλλειψη επαρκούς χρόνου για την οικογένεια, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, το άγχος που βιώνουν οι ειδικευόμενοι κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους λόγω των πολλών ωρών

εργασίας/των υπερωριών, το άτακτο χρονοδιάγραμμα εργασίας, η εξάρτηση από τους ανωτέρους στο χώρο εργασίας με τους οποίους μερικές φορές δεν υπάρχει καλή συνεργασία και επικοινωνία, οι απαιτήσεις της κλινικής και η έλλειψη προσωπικού χρόνου μπορεί να οδηγήσουν σε επαγγελματική εξουθένωση. Όσο αυξάνεται η επαγγελματική εξουθένωση του ιατρού τόσο επηρεάζεται ο ίδιος εξαιτίας των αρνητικών συναισθημάτων που αισθάνεται και παράλληλα μειώνεται η ποιότητα παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς κάτι το οποίο μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ιατρικών λαθών και να επηρεάσει το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό και περαιτέρω το σύστημα υγείας της χώρας.

Οι ειδικευόμενοι οι οποίοι εμφανίζουν το σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης συνήθως διακατέχονται από αισθήματα απελπισίας, μοναξιάς, κατάθλιψη, θυμό, ανυπομονησία, ευερεθιστότητα, ένταση, μειωμένη ενσυναίσθηση, αίσθηση έλλειψης ενέργειας και ανησυχία. Το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης υποδηλώνει τη ματαίωση των προσδοκιών του ιατρού, την αίσθηση της ανικανότητας να φροντίσει για την ίαση των ασθενών και συνεπώς τη μείωση της ικανοποίησης από την εργασία του. Ο ιατρός δεν αισθάνεται ευτυχισμένος και επιτυχημένος. Η μείωση της προσωπικής επίτευξης ή η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, μπορεί να περιγραφούν ως ένα συναίσθημα, όπου το άτομο νιώθει ότι μπορεί να πετύχει λίγα, είναι ανίκανο να πετύχει παραπάνω και ότι αυτά που έχει πετύχει μέχρι τώρα είναι ασήμαντα. Έτσι το άτομο εμφανίζει την τάση να αποσπάται από την εργασία του και να αποφεύγει τις ευθύνες. Επίσης, η αύξηση του άγχους συμβάλλει στη μείωση της αυτοπεποίθησης του ατόμου και στην αύξηση του αισθήματος φόβου για το μέλλον. Υψηλά επίπεδα άγχους μπορεί να οδηγήσουν σε καταστροφικές συνέπειες σε διάφορους τομείς (ατομικό, επαγγελματικό κ.ά.). Ο τρόπος διαχείρισης και η ικανότητα προσαρμογής "προσαρμοστικότητα" ενός ατόμου σε καταστάσεις καινούριες και κυρίως σε επείγουσες καταστάσεις διαφοροποιεί και τα επίπεδα εκδήλωσης άγχους που θα εμφανίσει το κάθε άτομο. Γι' αυτό και όλοι οι άνθρωποι δεν έχουν το ίδιο άγχος.

Όμως μεσολαβεί ένα διάστημα μέσα στο οποίο κάποιοι ειδικευόμενοι μετά την πρόσληψή μεταβαίνουν από διάφορα στάδια για να εμφανίσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο πρώτο στάδιο "του ενθουσιασμού" ξεκινούν την καριέρα τους θέτοντας υψηλούς στόχους και προσδοκίες για το μέλλον, επενδύοντας από τα ψυχικά και σωματικά τους ενεργειακά αποθέματα σε υπερβολικό βαθμό, πιστεύοντας ότι είναι δυνατή η επίτευξη

τους. Στο δεύτερο στάδιο "της αμφιβολίας και της αδράνειας" συνειδητοποιούν ότι τα ενεργειακά αποθέματα που καταναλίσκονται για το παραγόμενο έργο είναι μεγάλα, ενώ ταυτόχρονα δεν καλύπτονται οι στόχοι και οι προσδοκίες τους. Έτσι κάνουν μια υπέρτατη προσπάθεια να καλύψουν τα κενά. Αυτό αυξάνει τον φόρτο εργασίας χωρίς άμεσο όφελος και ταυτόχρονα συμβάλλει στη μείωση του προσωπικού χρόνου. Το στάδιο που ακολουθεί είναι το στάδιο "της απογοήτευσης και της ματαίωσης", όπου οι ειδικευόμενοι καλούνται να επανεξετάσουν τους στόχους και τις προσδοκίες τους. Έτσι, οι ειδικευόμενοι είτε αναπροσαρμόζουν τους στόχους τους, ώστε να καταστούν εφικτοί, είτε αποστασιοποιούνται από τους ασθενείς και γενικότερα από το χώρο εργασίας με αποτέλεσμα να αμφισβητείται η αξία της εργασίας και να δημιουργείται άγχος. Στο επόμενο στάδιο "της απάθειας" οι ειδικευόμενοι ενεργοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς για να αντιμετωπίσουν το αίσθημα της απογοήτευσης. Σε αυτό το στάδιο οι εντάσεις αυξάνονται όσον αφορά τις σχέσεις τους με τους ασθενείς και τις διαπροσωπικές σχέσεις με το προσωπικό στο περιβάλλον εργασίας. Συνεχίζουν να εργάζονται, κυρίως για βιοποριστικούς λόγους, καταναλίσκοντας την ελάχιστη δυνατή ενέργεια και μη δίνοντας την πρέπουσα προσοχή στα 'περιστατικά' αποφεύγοντας έτσι και την ευθύνη. Τέλος, ακολουθεί το στάδιο "της παρέμβασης" το οποίο είναι κρίσιμο, διότι σε αυτό γίνονται παρεμβάσεις για τη μείωση ή την αποτροπή της επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευόμενων. Οι παρεμβάσεις μπορούν να εφαρμοστούν σε οποιαδήποτε από τα παραπάνω στάδια που αναφέρθηκαν.

Σημαντικό ποσοστό των ελλήνων ειδικευόμενων είναι δυσαρεστημένο από την ποιότητα της εκπαίδευσής τους. Για το λόγο αυτό απαιτείται να εφαρμοστούν συστηματικές παρεμβάσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, που να αποσκοπούν στη μείωση της φθοράς των ειδικευόμενων εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην βελτίωση των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών προοπτικών τους. Το πρόγραμμα της ειδικότητας πρέπει να είναι σαφές και σύμφωνο με αυτά που ορίζει το logbook της κάθε ειδικότητας, έτσι ώστε να μην υπάρχει ανομοιογένεια μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων και πόλεων. Η ενασχόληση των ειδικευόμενων με ιατρικά έγγραφα, διαδικαστικά και γραμματειακή υποστήριξη αποτελεί άλλο ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Πολύτιμος χρόνος από την εκπαίδευσή τους δαπανάται στην ενασχόληση με τα παραπάνω, τα οποία δεν ανήκουν στα καθήκοντά τους. Όμως εξαιτίας της υποστελέχωσης και της κακής

οργάνωσης της διοίκησης των νοσοκομείων καταλήγουν να διεκπεραιώνονται από αυτούς. Επιπλέον, θεωρείται απαραίτητη η πρόσληψη εκπαιδευτών σε κάθε ειδικότητα, έτσι ώστε οι ειδικευόμενοι να λαμβάνουν όσο το δυνατόν καλύτερη εκπαίδευση κατά την ειδίκευσή τους και να μην βασίζεται το πρόγραμμα εκπαίδευσής τους στην προσωπική θέληση των παλαιών ειδικευόμενων ή ειδικών ιατρών να τους διδάξουν το οποίο δημιουργεί μεγάλο χάσμα και ανταγωνισμό ανάμεσα στους ιατρούς (κυρίως στις χειρουργικές ειδικότητες όσον αφορά τα χειρουργεία που θα παρακολουθήσει ή θα κάνει ο κάθε ειδικευόμενος και τις αρμοδιότητες που θα του δοθούν). Τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν είναι αναγκαίο να είναι συνδυαστικά έτσι ώστε να γίνουν συστηματικές αλλαγές προς όφελος όχι μόνο των ειδικευόμενων αλλά και βελτίωση της παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς. Ένα βραχυπρόθεσμο μέτρο θα μπορούσε να είναι ο σταδιακός περιορισμός των ωρών εργασίας εφόσον ακολουθείται από ταυτόχρονες μακροπρόθεσμες μεταρρυθμίσεις στο πρόγραμμα εκπαίδευσης των ειδικευόμενων σε συνδυασμό με νέα πρότυπα διαχείρισης των ασθενών και άλλες συστηματικές παρεμβάσεις με στόχο τη μείωση των επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευόμενων.

Στην Ελλάδα ο αριθμός των ερευνών για την επαγγελματική εξουθένωση και την επαγγελματική ικανοποίηση των ειδικευόμενων ιατρών στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα είναι περιορισμένος. Η ικανοποίηση από την εργασία και η επαγγελματική εξουθένωση είναι ζητήματα που δεν μπορούν να αγνοηθούν λόγω του σημαντικού ρόλου τους στην ιατρική κοινότητα. Παρόλο που η επαγγελματική εξουθένωση και η επαγγελματική ικανοποίηση των ειδικευόμενων, είναι επίκαιρα θέματα παγκοσμίως και η έρευνα συνεχίζεται υπάρχουν ακόμη πολλές πτυχές που δεν έχουν μελετηθεί. Η εκτενέστερη μελέτη του επιπέδου ικανοποίησης και εξουθένωσης σε σχέση με τις πτυχές της εργασίας τους είναι σημαντική στη διαμόρφωση στρατηγικών για τη παραμονή των ειδικευόμενων στην εργασία, στη χώρα μας καθώς και την καλύτερη απόδοσή τους και με κύριο στόχο την βέλτιστη περίθαλψη του ασθενή. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η διεξαγωγή περισσότερων ερευνών και σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους σημαντικών αλλαγών στο σύστημα υγείας όσον αφορά τους ειδικευόμενους ιατρούς αφού αυτοί αποτελούν τη βάση της πυραμίδας των ειδικών ιατρών στους οποίους βασίζεται το δημόσιο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας.

Προτάσεις

Προγράμματα παρέμβασης για βελτίωση της ευημερίας σε ειδικευόμενους ιατρούς

Η επιστημονική βιβλιογραφία για την επαγγελματική εξουθένωση των ειδικευόμενων παραμένει ακόμα σε πρωταρχικό στάδιο καθώς δεν έχουν γίνει πολλές έρευνες στο χώρο αυτό όσον αφορά τις ειδικότητες, τις συνθήκες διαβίωσης (διατροφή, ύπνος, φυσική δραστηριότητα κλπ.). Παρόλα αυτά οι ειδικευόμενοι ανεξαρτήτου ειδικότητας βιώνουν την εργασιακή εξουθένωση σε υψηλά επίπεδα (Thomas, 2004). Οι Romani και Ashkar (2014) υποστηρίζουν ότι περισσότερες παρεμβατικές έρευνες είναι απαραίτητο να γίνουν σε φοιτητές ιατρικής, ειδικευόμενους και ειδικούς ιατρούς με στόχο την βελτίωση της ευημερίας, της επαγγελματικής σταδιοδρομίας, καθώς και της ποιότητας περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς.

Το 2018 σε έρευνα εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα ευημερίας σε οκτώ ειδικευόμενους νευροχειρουργικής το οποίο στόχευε στην εκπαίδευσή τους. Οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν: α. Διαλέξεις διάρκειας δύο εβδομάδων για το πόσο σημαντική είναι η τακτική άσκηση, η ισορροπημένη διατροφή, η διαχείριση του στρες και οι αναγκαίες ημερήσιες ώρες ύπνου και β. Μια ώρα φυσική δραστηριότητα για αντοχή την εβδομάδα. Τονίστηκε η σημασία της φυσικής δραστηριότητας στην καθημερινή τους ζωή όπως το τρέξιμο, η ποδηλασία και τα ομαδικά αθλήματα. Το πρόγραμμα φάνηκε ότι είχε ευνοϊκά αποτελέσματα στους συμμετέχοντες αφού υπήρξε βελτίωση της ψυχικής τους υγείας. Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι τα εθελοντικά προγράμματα ευημερίας παρέχουν ψυχολογικά οφέλη στους συμμετέχοντες βελτιώνοντας το αίσθημα ευτυχίας και ικανοποίησης του ιατρού. Αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να συμβάλει στην βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών, αντισταθμίζοντας την εξάντληση και την κατάθλιψη και μπορεί να βοηθήσει τους ειδικευόμενους ιατρούς να είναι πιο προετοιμασμένοι για να μπορούν να ανταπεξέλθουν με επιτυχία και να εκπληρώσουν τις προσδοκίες τους κατά τη διάρκεια της καριέρας τους στο μέλλον (Spiotta et al., 2018).

Σε έρευνα των Dahn et al. (2019) βρέθηκε ότι ειδικευόμενοι που ακολούθησαν πρόγραμμα ευημερίας το οποίο περιελάμβανε πρακτικές διαλογισμού διαχείρισης του άγχους και διαχείρισης του χρόνου, συζητήσεις, συμβουλευτικές συνεδρίες, δραστηριότητες για την βελτίωση της ψυχικής και σωματικής τους υγείας είχε ως αποτέλεσμα να καταστούν πιο ικανοί να ανταπεξέλθουν στην επαγγελματική τους ζωή. Αυτό ίσως θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση του ποσοστού επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρόλα ταύτα ποσοστό 58% των ειδικευόμενων δήλωσε ότι η προσαρμοστικότητα και το αίσθημα ευημερίας ήταν ανεπαρκής, ενώ το 9% πρότεινε στα προγράμματα ευημερίας να συμπεριληφθούν περισσότερες δραστηριότητες και να γίνει δομημένη υποχρεωτική ανασκόπηση των περιστατικών άγχους καθώς και ενθάρρυνση για τη χρήση περισσότερου χρόνου για αυτοφροντίδα.

Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών από το 2003 ως το 2011 όσον αφορά παρεμβάσεις όπου συμμετείχαν 2030 ειδικευόμενοι φάνηκε ότι ο διαλογισμός και η μείωση των ωρών εργασίας θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη μείωση του ποσοστού επαγγελματικής εξουθένωσης (Busireddy, Miller, Ellison, Ren, Qayyum & Panda, 2017).

Ο συνδυασμός τόσο μεμονωμένων όσο και οργανωμένων παρεμβάσεων φαίνεται να έχει θετικό αντίκτυπο στη μείωση των ποσοστών εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ιατρούς κατά την περίοδο της ειδικότητας. Επίσης, διεπιστημονικές ενέργειες που περιλάμβαναν αλλαγές στους εργασιακούς καθώς και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες με προγράμματα διαχείρισης άγχους τα οποία δίδασκαν στους συμμετέχοντες πώς να ανταπεξέρχονται καλύτερα σε καταστάσεις άγχους, έδειξαν πολλές υποσχόμενες λύσεις για τη διαχείριση της εξουθένωσης.

Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχουν υπάρξει ουσιαστικές μελέτες για να αποδειχθεί αυτό. Η πρόληψη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σημαντική όχι μόνο για τους ίδιους τους εργαζόμενους, αλλά για την υγειονομική περίθαλψη των ασθενών, η οποία εξαρτάται από το ιατρικό προσωπικό καθώς έχουν αναφερθεί λάθη ειδικευομένων κατά την περίοδο της ειδικότητάς τους (Prins, Van Der Heijden, Hoekstra-Weebers et al., 2009). Χρηματοδοτούμενα παρεμβατικά προγράμματα στους ειδικευόμενους θα μπορούσαν να συμβάλλουν σε μια ουσιαστική έρευνα παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή, την ασφάλεια και την αποφυγή πρόωρης συνταξιοδότησης των ιατρών με στόχο την βελτίωση

της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εστιάζουν σε τέτοιου είδους προγράμματα απαραίτητα για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών και την προαγωγή της ψυχικής τους υγείας καθώς και στην παροχή πρόσθετων πληροφοριών για το πώς τα χρόνια της ειδικότητας, αλλά και η ίδια η ειδικότητα επηρεάζει τους ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζονται από τους ειδικευόμενους. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν: 1. Στην βελτίωση της αυτονομίας των ειδικευόμενων σε επείγοντα περιστατικά, όπου είναι δυνατόν, 2. Στην εποπτεία και στις οδηγίες για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων που μπορεί να τους επηρεάσουν ή να τους διδάξουν πως να αντιμετωπίσουν επείγουσες καταστάσεις και 3. Στην κοινωνική υποστήριξη για τη μείωση των συγκρούσεων στο χώρο εργασίας.

Επίσης προτείνονται προγράμματα παρέμβασης για τη διαχείριση της ισορροπίας μεταξύ της επαγγελματικής και της προσωπικής τους ζωής. Αλλαγές στο πρόγραμμα της ειδικότητας ή στο περιβάλλον εκπαίδευσης των ειδικευόμενων θα μπορούσαν να αποτελέσουν μια συντονισμένη προσπάθεια για την πρόληψη ή την βελτίωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης (Takayesu, et al., 2014). Επίσης, θα μπορούσε να ερευνηθεί εάν η βελτίωση του περιβάλλοντος εκπαίδευσης συμβάλλει στη μεγιστοποίηση της ασφάλειας των ασθενών καθώς και στην βελτίωση των επαγγελματικών προοπτικών των ειδικευόμενων ιατρών. Πρέπει να ληφθούν μέτρα πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης από την έναρξη της ειδικότητας.

Συνεπώς, η βελτίωση της προσαρμοστικότητας των ειδικευόμενων και της επαγγελματικής τους αφοσίωσης, η δημιουργία ενός θετικού περιβάλλοντος εργασίας μέσα στο οποίο μπορούν να διατηρήσουν ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της προσωπικής τους ζωής, η παροχή αισθήματος ασφάλειας κατά τη διάρκεια της εργασίας, ένα ευνοϊκό περιβάλλον εργασίας με τον απαραίτητο ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό και προοπτικές εξέλιξης για το μέλλον είναι μερικές από τις παρεμβάσεις οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και να αυξήσουν την επαγγελματική ικανοποίηση των ειδικευόμενων ιατρών.

VI Βιβλιογραφία

- Abdulrahman, M., Farooq, M.M., Al Kharmiri A., Al Marzooqi, F., & Carrick. F.R. (2018). Burnout and depression among medical residents in the United Arab Emirates:A Multicenter study. *J Family Med Prim Care*, 7, 435-41.
- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction: Individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 536-543.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288, 1987-1993.
- Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ., & Πιλάτης, Ι. (2014). Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου Νοσοκομείου των Αθηνών. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131(131), 109-136. doi:http://dx.doi.org/10.12681/grsr.83
- Alderfer, P.C. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(2), 142-175.
- Aldreess, T., Bardi, M., Islam, T., & Alquahtani, K. (2015). Burnout among Otolaryngology residents in Saudi Arabia: A Multicenter study. *J Surg Educ*, Sep-Oct, 72(5), 844-8. doi: 10.1016/j
- Allen, T. J. 1984. *Managing the Flow of Technology: Technology Transfer and the Dissemination of Technological Information within the R&D Organization*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Amofo, A., Hanbali, N., A. Patel, A., & Singh, P. (2014). What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational Medicine Advance*, 65(2), 1-5.
- Asch, D.A., Jedrzejewski, M.K., & Christakis, N.A. (1997). Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol*, 50, 1129-1136.
- Ashkar, K. Romani, M., Musharrafieh, U., & Chaaya, M. (2010). Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgrad Med J*, 86, 266e271. doi:10.1136/pgmj
- Asken, M.J., & Raham, D.C. (1983). Resident performance and sleep deprivation: a review. *Journal of Medical Education*, 58, 382-388.
- Argyle, M. (1988). *Bodily communication*, New York: Methuen & Co.

- Arvey, R. D., Bouchard, T. J., Segal, N.L., & Abraham, L.M. (1989). Job satisfaction: Environmental and genetic components. *Journal of Applied Psychology*, 74(2), 187-192. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.74.2.187>
- Babbie, E. (2010). *The practice of social research*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Baldwin, P.J., Dodd, M., & Wrate, R.W. (1997). Young doctors' health, I: how do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med*, 45, 35-40.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263.
- Biaggi, P., Peter, S., & Ulich, E. (2003). Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents—what can be done? *Swiss Med Wkly*, 133, 339-346.
- Bantz, C.R. (1983). Naturalistic Research Traditions. In L.L. Putnam & M.E. Pacanowsky (Eds), *Communication and Organizations: An Interpretive Approach*, pp. 55–72. Beverly Hills, CA: Sage.
- Beckman, J.A., & Fang, J.C. (2002). Resident burnout [letter]. *Ann Intern Med*, 137, 698-700.
- Benedek, D.M., & Ursano, R.J. (2008). Exposure to war as a risk factor for mental disorders. *PLoS Med*, 5(4):e61.
- Bennett, S., Plint, A., & Clifford, T.J. (2005). Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: a survey of Canadian hospital based child protection professionals. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 1112-1116.
- Berg, B. L. (2007). *Qualitative research methods for the social sciences*. London: Pearson.
- Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L., Dewas, S., Pointreau, Y., Rodrigues, M., et al. (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer*, 46, 2708–15.
- Boyar, L. C., & Mosley, C.D. (2007). The relationship between core self-evaluations and work and family satisfaction: The mediating role of work–family conflict and facilitation. *Journal of Vocational Behavior*, 71(2), 265-281.
- Burn, P. (2005). *European Dimensions*. Ανακτήθηκε στις 12 Φεβρουαρίου 2019 από http://www.rcplondon.ac.uk/college/statements/doc_ewtd_european.asp
- Burkhart, R.A., Tholey, R.M., Guinto, D., Yeo, C.J., & Chojnacki, K.A. (2014). Grit: a marker of residents at risk for attrition? *Surgery*, 155(6), 1014-1022.
- Businger, A., Stefanelli, U., & Guller, U. (2010). Prevalence of burnout among surgical residents and surgeons in Switzerland. *Archives of Surgery*, 145, 1013–1016.

- Busireddy, K.R., Miller, J.A., Ellison, K., Ren, V., Qayyum, R., & Panda, M. (2017). Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 9, 294-301.
- Booth, M., & Smith, D.F. (1990). Job satisfaction amongst resident medical officers. *N Z Med J*, 12,103(897), 425-7.
- Braddock, R. (1958). An Extension of the Lasswell Formula. *Journal of Communication*, 8.
- Brewer, E., & Clippard, L. (2002). Burnout and job satisfaction. *Human Resource Development Quarterly*, 13(2), 169-186.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with AMOS, basic concepts, applications, and programming* (pp. 79-88). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Campbell, J., Prochazka, A.V., Yamashita, T., & Gopal, R. (2010). Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. *Acad Med*, 85(10), 1630-1634.
- Carson, T.L., Hidalgo, B., Ard, J.D., & Affuso, O. (2014). Dietary interventions and quality of life: a systematic review of the literature. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(2), 90-101.
- Center, C., Davis, M., Detre, T, et al. (2003). Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement. *JAMA*, 289:3161–3166.
- Chabra, S. (2017). Resident Burnout: Urgent need for peer-appointed “Wellbeing officers” to strengthen resilience. *Academic Psychiatry*, 42(1), P179-180. doi: 10.1007/s40596-017-0787-0
- Cohen, J.S., & Patten, S. (2005). Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med. Educ*, 5(1), 21.
- Collier, V.U., McCue, J.D., Markus, A., & Smith, L. (2002). Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Annals of Internal Medicine*, 36, 384–390.
- Cooper, C.L., Rout, U., & Faragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *Br Med J*, 298, 366–370.
- Cubero, D.I., Fumis, R.R., de Sá TH., Dettino, A., Costa, F.O., Van Eyll B.M. et al. (2016). Burnout in medical oncology fellows: a prospective multicenter cohort study in Brazilian institutions. *J Cancer Educ*, 31(3), 582-7.
- Chomsky, N. (1964). A review of B.F.Skinner's "Verbal behavior". In J.A. Fodod & J.J. Katz (Eds), *The structure of language: readings in the philosophy of language*. New Jersey:Practice Hall.
- Constitution of the World Health Organization (2006). Ανακτήθηκε στις 2, Φεβρουαρίου 2019 από http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

- Dahn, H., McGibbon, A., & Bowes, D. (2019). Burnout and Resiliency in Canadian oncology residents: A nationwide resident and program director survey. *Practical Radiation Oncology Jan*, 9(1), e118-e125. doi:10.1016/j.prro.2018.08.001
- Dance, F.E.X. (1967). A Helical Model of Communication in Dance. F.E.X. (ed.) *Human Communication Theory*, New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Daskivich, T.J., Jardine, D.A., Tseng, J. et al. (2015). Promotion of wellness and mental health awareness among physicians in training: perspective of a national, multispecialty panel of residents and fellows. *J Grad Med Educ*, 7(1), 143-147.
- Davis, M. (2002). The value of knowledge management. Ανακτήθηκε στις 9 Σεπτεμβρίου 2018 από http://www.knowledgepoint.com.au/intellectual_capital/Articles/IC_MD001a
- Delongis, A., Coyne, J.C., Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1, 119–136.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2013). Social skills inventory (SSI-Del-Prette): Characteristics and studies in Brazil. In F.L. Osório (Eds), *Social anxiety disorder*, pp. 49–62. New York, NY: Nova Science.
- Devi, S. (2011). Doctors in distress. *The Lancet*, 377, 454. Ανακτήθηκε στις 8 Σεπτεμβρίου 2019 από <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673611601451.pdf>
- Dewa, C.S., Loong, D., Bonato, S., Trojanowski, L., & Rea, M. (2017). The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Med Educ*.17(1),195. doi: 10.1186/s12909-017-1040-y.
- Dick Van Dierendonck, Schaufeli B.W., & Sixma, H.J. (1994). Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13(1), 86-100.
- DiTomasso, R.A., DeLauro, J.P., & Carter, S.T. (1983). Factors influencing programme selection among family practice residents. *J Med Educ*, 58, 527-33.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Huschka, M.M., et al. (2006). A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clin Proc*, 81(11), 1435–1442.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Shanafelt, T.D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*, 81, 354–373.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Massie, F.S. Power, D.V., Eacker, A., Harper, W., Durning, S., Moutier, C. et al. (2008). Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Ann Intern Med*, 149, 334–41.
- Dyrbye, L.N., Massie, F.S. Jr., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S.J, et al. (2010). Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA*, 304, 1173-1180.

- Dyrbye, L.N., Harper, W., Moutier, C. et al. (2012). A multi-institutional study exploring the impact of positive mental health on medical students' professionalism in an era of high burnout. *Acad Med*, 87(8), 1024-1031.
- Dyrbye, L.N., & Shanafelt, T. A. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ*, 50(1), 132-49.
- 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(3), 443–51.
- Dyrbye, N.L., Burke, E.S., Hardeman, R.R., Herrin, J., Natalie, M. Wittlin, M.N., Yeazel, M., Dovidio, F.J., Cunningham, B., White, O.R., Phelan, M.S., Satele, V.D., Shanafelt, D.T., & Michelle van Ryn (2018). Association of clinical specialty with symptoms of burnout and career choice regret among US resident physicians. *JAMA*, 320(11), 1114-1130. doi:10.1001/jama.2018.12615
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burned-out: Stages of disillusionment in the helping profession*. New York: Human Sciences Press.
- Ellis, A. & Beattie, G. (1986). *The psychology of language and communication*. London: Weidenfeld & Nicolson.
- Eisenberg, E.M. (1984). Ambiguity as strategy in organizational communication. *Communication Monographs*, 51, 227–42.
- Exadaktylos, N.M. (2005). Organization and financing of the health care systems of Bulgaria and Greece - what are the parallels? *BMC Health Services Research*, 5, 41. doi:10. 1186/1472-6963-5-41
- Zis, P., Anagnostopoulos, F., & Sykioti, P. (2014). Burnout in medical residents: A study based on the job demands-resources model. *The Scientific World Journal*, 1-12.
- Fahrenkopf, A.M., Sectish, T.C., Barger, L.K., Sharek, P.J., Lewin, D., Chiang, V.W., & Landrigan, C.P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *BMJ*, 336, 488–491.
- Fargen, K.M., & Friedman, W.A. (2012). An observational study of junior neurosurgery resident call at a large teaching hospital. *J Grad Med Educ*, 4(1), 119-119.
- Feeley, R.J., & Ross, D.A. (2016). The creation and implementation of a wellness initiative in a large adult psychiatry residency program. *Acad Psychiatry*, 40(1), 100-104.
- Finkelstein, C., Brownstein, A., Scott, C., & Lan, Y.L. (2007). Anxiety and stress reduction in medical education: An intervention. *Med Educ*, 41, 258-64.
- Firth-Cozens, J. (1987). Emotional distress in junior house officers. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 295(6597), 533-536.

- Fogel, A. (1981). The ontology of gestural communication. In Stark R.E. *Language behavior in infancy and early childhood*. Johnson & Johnson: Baly Products Company.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1980). *Burnout*. New York: Doubleday.
- 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. *Archives of Surgery*, 139(9), 933–940.
- Geurts, S., Rutte, C., & Peeters, M. (1999). Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Soc Sci Med*, 48, 1135-1148.
- Goehring, C., Bouvier, G.M., Kunzi, B., & Bovier, P. (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: A cross-sectional survey. *Swiss Med. Wkly*, 135, 101–108.
- Goldberg, R., Boss, R.W., Chan, L. et al. (1996). Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med*, 3(12):1156–1164.
- Goldhagen, B.E., Kingsolver, K., Stinnett, S.S., & Rosdahl, J.A. (2015). Stress and burnout in residents: Impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract*, 6, 525-532.
- Gopal, K.R., Carreira, F., Baker, A.W. et al. (2005). Does internal medicine resident burnout affect self-reported quality of care? *Journal of General Internal Medicine*, 20(1), 153-154.
- Gosden, T., Williams, J., Petchey, R., Leese, B., & Sibbald, B. (2002) Salaried contracts in UK general practice: A study of job satisfaction and stress. *J Health Serv Res Policy*, 7, 26–33. doi:10.1258/1355819021927647
- Griffin, R. W. (1990). *Management* (3rd ed.). Boston, USA: Houghton Mifflin Co.
- Grol, R., Mokkink, H., Smits, A., Van Eljk, J., Beek, M., Mesker, P. et al. (1985). Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract*, 2, 128-135.
- Gupta, U.G. & Clarke, R.E. (1996). Theory and applications of the Delphi Technique: A bibliography (1975-1994). *Technological Forecasting and Social Change* 53, 185-211.
- Hakim, A., Ahmed Jan F., Kurshid, R., & Kotwal, S. Y. (2014). A comparative study of the level of job satisfaction among resident doctors & nurses working at a tertiary care teaching Hospital of Jammu & Kashmir. *IJMT*, 4(9), 1-13.
- Hobfoll, S.E., & Shirom, A. (2000). Conservation of resources theory: applications to stress and management in the workplace. In R.T.Golembiewski (Eds), *Handbook of organization behavior* (2nd rev. ed.), pp. 57-81. New York: Dekker.
- Howard, M. (2002). Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Hum Resour Manage Rev*, 12, 174.

- Howe, A., Smajdor, A., & Stocki, A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Med Educ*, 46(4), 349-356. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04188.x
- Houry, D., Shockley, L.W., & Markovchick, V. (2000). Wellness issues and the emergency resident. *Ann Emerg Med*, 35,394-97.
- Hwang, S.J., Ippolito, A.J., Beede, S.K., Benevenia, J. & Berberian, S.W. (2018). Dealing with a loss of a resident: An analysis of burnout rates in a reduced complement training program. *Work*. 60(4), 567-571. doi: 10.3233/WOR-182764
- Ishak, W.W., Lederer, S., Mandili, C., Nikravesh, R., Seligman, L., Vasa, M., et al. (2009). Burnout during residency training: A literature review. *J Grad Med Educ*, 1(2), 236-42.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. In. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Izard, C.E. (1990). Facial expressions and the regulation of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58
- Jennings, M.L., & Slavin, S.J. (2015). Resident wellness matters: optimizing resident education and wellness through the learning environment. *Acad Med*, 90,1246–50.
- Judge, T.A., Erez, A., & Bono, J.E. (1998). The power of being positive: the relation between positive self-concept and job performance. *Human Performance*,11,167–187. <https://doi.org/10.1080/08959285.1998.9668030>
- Jex, S.M., & Britt, T.W. (2014). *Organizational psychology: A scientist-practitioner approach*, pp. 248–268. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Jorge, C., & Heloisa, P. (2006). Measuring job satisfaction in surveys: Comparative analytical report. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, ef0671, 7-24.
- Khan, S.A., Khan, S., Nawaz, A., & Qureshi Q.A. (2010). Theories of Job satisfaction: global applications and limitations. *Gomal University Journal of Research*, 26(2), 45-62.
- Kang, S., Jo, H.S., Boo, Y.J., Lee, J.S, & Kim, C.S. (2015). Occupational stress and related factors among surgical residents in Korea. *Ann Surg Treat Res*, 89(5), 268-74.
- Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry*. Chandler: San Francisco.
- Karanikola, M.N., Papathanasoglou, E.D., Giannakopoulou, M., & Koutroubas, A. (2007). Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic hospital nurses. *J Nurs Manag*,15,78–90. doi:10.1111/j.1365-2934.2006.00673.x
- Karimi, S. (2007). *Factors Affecting Job Satisfaction of Faculty Members of Bu-Ali Sina*. University, Hamedan, Iran. Department of Agricultural extension and Education, College of Agriculture. Hamedan, Iran. <http://icbm.bangkok.googlepages.com/95.Saied.Karimi.PAR>

- Kasi, P.M., Khawar, T., Khan, F.H., Kiani, J.G., Khan, U.Z., Khan H.M. et al. (2007). Studying the association between postgraduate trainees' work hours, stress and the use of maladaptive coping strategies. *J Ayub Medical College Abbottabad*, 19(3), 37-41.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations*, 2nd ed.. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Keel, P. (1993). Psychological stress caused by work: burnout syndrome. *Soz Praventivmed*, 38(2), 131-132.
- Koeske, G.F., & Koeske, R.D. (1988). Work load and burnout: Can social support and perceived accomplishment help? *Social Work*, 243-248.
- Kodakos, A., Stamatis, P. & Moutsios-Rentzos, A. (2012). Non-verbal communication in primary school mathematics: a case study focusing on eye movement. In S. Kafoussi, C. Skoumpourdi, F. Kalavasis (eds.) *HMS iJME (International Journal for Mathematics in Education)*, v. 4, 2012, Special Issue. Proceedings of the CIEAEM_64. Rhodes-Greece, p. 162-167.
- Kostakis, A., & Mantas, D. (2008). Surgical education in Greece. *World J Surg*, 32(10), 2167-2171. 10.1007/s00268-008-9653-2.
- Kreitzer, M.J., & Klatt, M. (2017). Educational innovations to foster resilience in the health professions. *Med Teach*, 39,153-159.
- Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare*, 37, 4-9.
- Lasswell, H.D. (1948). The structure and function of communication in Society. In Bryson (ed), *The Communication of Ideas*. New York: Harper and Brothers.
- Lazarescu, I., Dubray, B., Joulakian, M.B., Blanchard, P., Chauvet, B., Mahé, M.A., Mornex, F., Rocher, F., & Thureau, S. (2018). Prevalence of burnout, depression and job satisfaction among Frenchsenior and resident radiation oncologists. *Cancer Radiother*, Dec,22(8), 784-789. doi: 10.1016/j.canrad
- 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, 665- 667.
- Lebensohn, P., Dodds, S., Benn, R., Brooks, A.J., Birch, M., Cook, P., et al. (2013). Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med*, 45, 541–9.
- Leiter, M.P., Harvie, P., & Frizzel, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med*, 47, 1611-1617.
- Lemkau, J.P., Purdy, R.R., Rafferty, J.P., & Rudisill, J.R. (1988). Correlates of burnout among family practice residents. *J Med Educ*, 63, 682-691.

- Lemkau, J., Rafferty, J., & Gordon, R. Jr. (1994). Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice. *Fam Pract Res J*, 14(3), 213–222.
- Levey, R.E. (2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Acad Med*, 76, 142-150.
- Lewiston, N.J., Conley, J. & Blessing-Moore, J. (1981). Measurement of hypothetical burn out cystic fibrosis caregivers. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 70, 935-939.
- Liangas, G., & Lionis, C. (2004). General practice in Greece: a student's and supervisor's perspective. *The Australian Journal of Rural Health*, 12, 112-114. doi:10.1111/j.1440-1854.2004.00570.x
- Lima, F.D., Buunk, A.P., Araújo, M.B.J., Chaves, J.G.M., Muniz, D.L.O., & Queiroz, L.B. (2007). Síndrome de burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Educ Med*, 31(2),137-46.
- Linn, L.S., Brook, R.H., Clark, V.A., Davies, A.R., Fink, A., & Kosecoff, J. (1985). Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Med Care*, 23, 1171-1178.
- Lindeman, B., Petrusa, E., McKinley, S., Hashimoto, D.A., Gee, D., Smink, D.S., Mullen, J.T., Phitayakorn, R. (2017). Association of burnout with emotional intelligence and personality in surgical residents: Can we predict who is most at risk? *Journal of Surgical Education*, 74(6), e22-e30.
- Linstone, H.A. & Turoff, M. (1975). *The Delphi Method Techniques and Applications*. Massachusetts, Reading: Addison-Wesley.
- Liselotte, D.N., Matthew, T.R., Jeffrey, H.L., et al. (2006). Burnout: a multicenter study. *Acad Med*, 81, 374-484.
- Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med* 1994;12:559–65.
- Lund, J.K., Alvero, R. & Teal B.S. (2004). Resident job satisfaction: Will 80 hours make a difference? *Am J Obstet Gynecol*, 191(5), 1805-1810.
- Locke, E.A. (1976). "The nature and causes of job satisfaction." In. Dunnette, M.D., *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1297-1349). Chicago, IL: Rand McNally.
- Lockley, S.W., Cronin, J.W., Evans, E.E., Cade, B.E., Lee, C.J., Landrigan, C.P. et al. (2004). Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med*, 351, 1829-37.
- Luthans, F. (2005). *Organizational behavior* (10th ed.). McGraw-Hill.
- Mac Donald, N.E., & Davidson, S. (2000). The wellness programme for medical faculty at the University of Ottawa: a work in progress. *Can Med Assoc J*, 163, 735-8.

- Madaan, N. (2008). Job Satisfaction among doctors in a tertiary care teaching hospital. *JK Sci*, 10, 81-3.
- Maher, Z., Milner, R., Cripe, J., Gaughan, J., Fish, J., & Goldberg, A.J. (2013). Stress training for the surgical resident. *Am J Surg*, 205(2),169-74.
- Malhotra, N., & Mukherjee, A. (2014). The relative influence of organizational commitment and job satisfaction on service quality of customer-contact employees in banking call centres. *Journal of Services Marketing*, 18(3), 162-174.
- Manusov, E.G, Carr, R.J., Rowane, M., Beatty, L.A., & Nadeau, M.T. (1995). Dimensions of happiness: a qualitative study of family practice residents. *J Am Board Fam Pract*, 8, 367-75.
- Margariti, M.M., Kontaxakis, V.P., & Christodoulou, G.N. (2002). Toward a European harmonization of psychiatric training: the prospects of residency training in Greece. *Acad Psychiatry*, 26, 117-124. doi:10.1176/appi.ap.26.2.117
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34, 11-124.
- Maslach, C. (1989). Stress, Burnout and Workaholism. In R. Kilburg (ed.), *Professionals in Distress*, pp. 53-75. Washington: American Psychological Association.
- Maslach, C. (1993). Burnout: multidimensional perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, pp.19-32. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1982) Burnout in health professions: A social psychological analysis. In: Sanders, G.S. & Suls, J. (Eds), *Social Psychology of Health and Illness*, pp.227-251.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2nd ed.). Palo Alto: C.A. Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.P. (1996). *Maslach burnout inventory manual* (3rd ed.) Palo Alto: C.A. Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.P. (1998). Maslach Burnout Inventory. In: Zalaquett, CP., Wood, R.J. (Eds), *Evaluating stress: a book of resources* (3rd ed.), pp.191-218. Lanham, Md: Scarecrow Press.
- Maslach, C., & Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.
- Maslach, C., & Schaufeli, W.B. (1993). History and conceptual specificity of burnout. In:W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, pp. 1-16. New York: Hemisphere.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, 397-422.
- Maslach C., & Leiter, P.M. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.
- Maslow, A. H (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, July, 370-396.
- Maslow, A. (1968). *Toward a Psychology of Being* (2nd ed.). New York: D. Van Nostrand Co.
- Mata, A.D., Ramos, A.M., MPhil, Bansal, N. Khan, R., Guille, C. Di Angelantonio, E., & Sen, S. (2015). Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 314(22), 2373-2383. doi:10.1001/jama.2015.15845.
- Merrihue, W. V. (1960). *Managing by communication*. New York: McGraw-Hill.
- Milam A.L., Cohen, L.G. Mueller, C., & Salles, A. (2018). Stereotype threat and working memory among surgical residents. *The American Journal of Surgery*, 216(4), 824-829.
- Mihas, C.C., Alevizos, A., Natar, M., & Mariolis, A.D. (2006). General practice is still an inferior medical specialty in Greece. *Saudi Med J*, 27(11), 1780.
- Michie, S., & Williams, S. (2003). Reducing work-related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med*, 60(1), 3–9.
- Montgomery-Downs, H.E., Insana, S.P., & Bond, J.A. (2012). Movement toward a novel activity monitoring device. *Sleep Breath*, 16, 913-17. 10.1007/s11325-011-0585-y
- Moustaka, E., & Constantinidis T.C. (2010). Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health Science journal*, 4(4), 210-216.
- Mohd Ismail, M. N. B., Lindstrom J. S., Weaver, S., Wu, A. W., & Gielen, A. (2018). Factors influencing burn-out among resident physicians and the solutions they recommend. *Postgraduate Medical Journal*, 94(1115), 540-542. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-135777>
- Mossialos, E., Allin, S., & Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14, S151-168. doi:10.1002/hec.1033

- Moynihan, D. P. & Pandey, S. K. (2007). *Finding Workable Levers over Work Motivation Comparing Job Satisfaction, Job Involvement, and Organizational Commitment*. University of Wisconsin–Madison, The University of Kansas, Lawrence. <http://aas.sagepub.com>
- Mumford, E. (1983). Stress in the medical career. *Journal of Medical Education*, 58, 436.
- Μπουραντάς, Δ., (2002). *Μάνατζμεντ. Θεωρητικό Υπόβαθρο. Σύγχρονες Πρακτικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
- Msaouel, P., Keramaris, C.N., Tasoulis A., Kolokythas, D., Syrmos, N., Pararas, N., & Lionis C. (2010). Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference? *Human Resources for Health*, 8(1), article 16.
- Nash, I.S. (2002).Resident burnout [letter]. *Ann Intern Med*, 137,698-700.
- Newstrom, J. W. (2007). *Organizational behavior: Human behavior at work*. Tata McGraw-Hill: Publishing C. Ltd.
- Nogueira-Martins, L.A. (1998). Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev Assoc Med Bras*, 44(1),28-34.
- Noah, J.A., Spierer, D.K., Gu, J., & Bronner, S. (2013). Comparison of steps and energy expenditure assessment in adults of Fitbit tracker and ultra to the actual and indirect calorimetry. *J Med Eng Technol*, 37, 456-62. doi:10.3109/03091902.2013.831135
- Nyssen, As., Hansez I., Baelep, P., Lamy M., & De Kysser V. (2003). Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br.J.Anaesth*, 90,333-337.
- Ogundipe, A.O., Olagunju A.T., Lasebikan, O.V., & Coker, A.O. (2014). Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital O.A. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 27-32.
- Ogunnubi, O.P., Ojo, T.M., Oyelohunnu, M.A., Olagunju, A.T., & Tshuma, N. (2018). Stress and training satisfaction among resident doctors in Nigeria: Any justification for a change in training policy? *J Clin Sci*, 15, 32-40.
- Organization for Economic Corporation and Development, OECD (2004). *Health data: a comparative analysis of 31 countries*. Paris.
- Osgood, C.E, Schramm, S, Dance, F.E.X Defleur, M.L. In:Communication Models.McQUAIL, D., WINDAHL,S. Communication models for the study of mass communications.London , 1993. 1.
- Ostroff, C. (1992). The relationship between satisfaction, attitudes and performance: an organizational level analysis. *J Applied Psycho*, 32, 963-74.
- Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Benoc, A. (2006). Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *European Journal of Internal Medicine*, 17, 195 – 200.

- Paoli, P. (1997). *Second European survey on the work environment, 1995, Duplin: European foundation for the improvement of living and working conditions*. Loughlintown House.
- Parshuram, C.S., Dhanani, S., Kirsh, J.A., & Cox, P.N. (2004). Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study. *CMAJ, 170*, 965-70.
- Pedro Alves Da Cruz Gouveia, Mario Hosana Chaves ribeiro Neta, Carlos Alberto de Moura Aschoff, Doris Pires Gomes, Nadine Anita Fonseca da Silva, & Helton Alexsandro Firmino Cavalcanti (2017). Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Rev Assoc MED Bras, 63*(6), 504-511.
- Penn M., Romano J., & Foat, D. (1988). The relationship between job satisfaction and burnout: a study of human service professionals. *Administration in Mental Health, 15*(3),157-165.
- Perry, J. L., Mesch, D., & Paarlberg, L. (2006). Motivating employees in a new governance era: The performance paradigm revisited. *Public Administration Review, 66*(4), ras.sagepub.com/cgi/content/refs/75/1/53
- Pines, A. M. (1986). Who is to blame for helper's burnout? Environmental impact. In C. D.Scott and J. Hawk (Eds), *Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals*. New York: Bruner/Mazel Publications.
- Piko, B.F. (2006). Burnout, Role Conflict, Job Satisfaction and Psychosocial Health among Hungarian Health Care Staff: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies, 43*, 311-318. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003>
- Prins, J.T., Hoekstra-weebers, J.E., Gazendam-donofrio, S.M., Van de Wiel, H.B., Sprangers, F., Jaspers, F.C., & Van der Heijden, F.M. (2007). The role of social support in burnout among Dutch medical residents. *Psychology, Health & Medicine, 12*(1), 1–6. doi:10.1080/13548500600782214
- Prins, T.J., Stacey. M., Gazendam-Donofrio, M.S., Tubben, J.B., van der Heijden, F., van de Wiel, H., & Hoekstra-Weeber, J. (2007a). Burnout in medical residents: a review. *Medical Education, 41* (8), 788–800. doi:10.1111/j.1365-2923.2007.02797.x
- Prins, J.T., Gazendam-Donofrio, S.M., Dillingh, G.S., van de Wiel, H.B., van der Heijden, F.M., & Hoekstra-Weebers, J.E. (2008). The relationship between reciprocity and burnout in Dutch medical residents. *Medical Education, 42*, 721–728. doi:10.1111/j.1365- 2923.2008.03041.x
- Prins, J. T., Van der Heijden, F. M., Hoekstra-Weebers, J. E. et al. (2009). Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors.. *Psychology Health and Medicine, 14*(6), 654-666.
- 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*,203-208.

- Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, K.E., Dounias, G., & Chadjichristodoulou, C. (2014). Medical supplies shortages and burnout among Greek health care workers during economic crisis: a pilot study. *International Journal of Medical Sciences*, *11*(5), 442-447.
- Raimo, J., Lavine, S., Spielmann, K., Akerman, M., Friedman, A.K., Katona K., & Chaudhry S. (2018). The correlation of stress in residency with future stress and burnout A 10 year prospective cohort study. *J Grad Med Educ*, *Oct,10*(5), 524-531. doi: 10.4300/JGME-D-18-00273.1
- Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M.A., Cull, A., & Gregory, W.M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, *347*, 724-8.
- Regulations for working hours for doctors and residents (RWHDR) (2005). Journal of Greek Parliament, 115. Athens: National Printing Office.
- Renzi, C., Tabolli, S., Ianni, A. et al. (2005). Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *Eur Acad Dermatol Venereol*, *19*, 153–7.
- Richardson, A.M., Burke, R.J., & Leiter, M.P. (1992). Occupational demands psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping*, *5*, 55-68.
- Riley W.G. (1959). Cognitive Control Principles and Perceptual Behavior. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *Topeka, Kan.* *23*(6), 241.
- Rios, A., Gascon, F.S., Lage, J.F.M., & Guerrero, M. (2006). Influence of residency training on personal stress and impairment in family life: analysis of related factors. *Medical Principles and Practice* *15*, 276–280.
- Ripp, J., M. Babyatsky, R., Fallar et al. (2011). The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study. *Academic Medicine*, *86* (10), 1304–1310.
- Roberts, J.S. (1988). Chapter 1 quality health care: its definitions and Evaluation. In: *Perspectives on Quality in American Health Care* (Eds). Edited by Huges EFX. Washington, DC: McGraw-Hill, Inc.
- Robbins, S. (1998). *Organizational behavior* (9th ed.), p.78. Prentice Hall of India.
- Robbins, S. (2003). *Organizational behaviour* (10th ed.). New York: Prentice-Hall.
- Robbins, S., Judge, T.A., Millet, B., & Boyle M. (2013). *Organisational behavior*, pp.58–81. Australia: Pearson Higher Education.
- Rodgers, J.C., & Dodson, S.C. (1988). Burnout in occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, *42*, 787-792.
- Romani, M., & Ashkar K. (2014). Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*, *9*, 23556. doi.org/a0.3402/ljm.v9.23556

- Rose, M., Manser, T., & Ware, J.C. (2008). Effects of call on sleep and mood in internal medicine residents. *Behavioral Sleep Medicine*, 6, 75-88. doi:10.1080/15402000801952914
- 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. *Academic Medicine*, 81, 82-85. doi:10.1097/00001888-200601000-00020
- Rosenfeld, L.B., & Plax T.G., (1977). Clothing as communication.. *Journal of Communication*, 27.
- Rosenthal, J.M., & Okie, S. (2005). White coat, mood indigo—Depression in medical school. *N Engl J Med*, 353,1085-1088.
- Rowe, G., & Wright, G. (1999). The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis. *International Journal of Forecasting*, 15, 353-375.
- Ruiz, C.O., & Rios, F.L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*, 4(1),137-60.
- Saari, L., & Judge, T. (2004). Employee attitudes and job satisfaction. *Human Resource Management*, 43(4), 395-407.
- Salpigktidis, H., Paliouras, D., Gogakos, A.S. et al. (2016). Burnout syndrome and job satisfaction in Greek residents: Exploring differences between trainees inside and outside the country. *Ann Transl Med*, 4(22),444.
- Sameer-ur-Rehman, Kumar, R., Siddiqui, N., Shahid, Z., Syed, S., & Kadir, M. (2012). Stress, job satisfaction and work hours in medical and surgical residency programmes in private sector teaching hospitals of Karachi, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association* 62 (1D), 1109-1112.
- Samkoff, J.S., & Jacques, C.H. (1991). A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Acad Med*, 66, 687-93.
- 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 SurgAm*, 86, A1579-1586.
- Savicki, V., & Cooley, E. (1987). The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Counseling and Development*, 65, 249-252.
- Schaufeli, W.B., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout companion to research and practice: A critical analysis*. Washington, D.C: Taylor & Francis.

- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C, & Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory-General Survey. The Maslach burnout inventory-test manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W.B, Leiter, M.P, & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 204-220.
- Schernhammer, E. (2005). Taking their own lives-The high rate of physician suicide. *N Engl J Med*, 352, 2473–2476.
- Selye, H. (1950). *The physiology and pathology of exposure to stress, a treatise based on the concepts of the general-adaptation-syndrome and the diseases of adaptation*. Montreal: ACTA, Inc. Medical Publishers.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Selye, H. (1975). *From dream to discovery. On being a scientist*. New York: ARNO Press.
- Shajahan, D. S., & Shajahan, L (2004). *Organization behavior*. New Age International Publications.
- 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(5), 358-367.
- Shanafelt, T.D., Sloan, J.A., & Habermann, T.M. (2003). The well-being of physicians. *Am J Med*, 114(6), 513–519.
- Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G., Russel, T., Dyrbye, L., Satele, D., et al. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*, 251, 995-1000.
- Shanafelt, T.D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L.N., Sotile, W., Satele, D., et al. (2012a). Burnout and satisfaction with work life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*, 172, 1377-85.
- Shanafelt, T.D., Sonja, B., Litjen, T., Dyrbye, L.N., Sotile, W., Daniel, S., et al. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *JAMA Intern Med*, 172, 1377-85.
- Shanafelt, T.D., Hasan, O., Dyrbye, L.N. et al. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life balance in physicians and general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(120), 1600-1613.
- Shannon E. C. (1949). Communication Theory of Secrecy Systems. *Bell System Technical Journal*, 28(4), 656-715. <https://doi.org/10.1002/j.1538-7305.1949.tb00928.x>
- Shapiro, S.L., Shapiro, D.E., & Schwartz, G.E. (2000). Stress management in medical education: A review of the literature. *Acad Med*, 75, 748-59.

- Simmonds, A.C., Robbins, J.M., Brinker, M.R., Rice, J.C. & Kerstein, M.D. (1990). Factors important to students in selecting a residency programme. *Acad Med*, 65, 640-3.
- Small, G. (1981). House officer stress syndrome. *Psychosomatics*, 22, 860-864.
- Soares, L.R., Lopes, T.M., Silva, M.A., Ribeiro, M.V., Almeida, Júnior M.P., Silva, R.A., et al. (2012). Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitário. *Rev Bras Educ Med*, 36(1),77-82.
- Soler, J.K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R.S., Katic, M., Ozvacic, Z., Desgranges, J.P., Moreau, A., & Lionis, C. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*, 25, 245-265. doi:10.1093/fampra/cmn038
- Spector, P.E. (1997). *Job Satisfaction: application, assessment, cause and consequences*, pp. 693-713. London, UK: Sage Publications.
- Spiotta, M.A., Fargen, K., Patel, S., Larrew, & Turner D.R. (2018). Impact of residency-integrated wellness program on resident mental health, sleepiness, and quality of life. *Neurosurgery*, 0, 1-6.
- Stecker, T. (2004). Well being in an academic environment. *Med Educ*, 38,465-78.
- Takayesu, J. K., Ramoska, E.A., Clark, T.R., Hansoti, B., Dougherty, J., Freeman, W., Weaver, K.R., Chang, Y, & Gross, E. (2014). Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Acad Emerg Med. Sep,21(9)*,1031-5. doi: 10.1111/acem.12464
- Thomas, K..N.(2004). Resident burnout. *JAMA*, 292(23), 2880-9.
- Trigo, T.R., Teng, C.T., & Hallak, J.E.C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clín*, 34(5), 223-33.
- Tzischinsky, O., Zohar, D., Epstein, R., Chillag, N., & Lavie, P. (2001). Daily and yearly burnout symptoms in Israeli shift work residents. *JHumErgol (Tokyo)*, 30, 357-362.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, B. W., & Sixma, J.H. (1994). Burnout among general practitioners: A perspective from Equity Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13(1), 86-100.
- Vila, E.L., & García-Mora, B. (2005). [Education](#) and the determinants of job satisfaction. *Education Economics*, 13(4), 409-25.
- Velez, B. L., & Moradi, B. (2012). Workplace support, discrimination, and person–organization fit: Tests of the theory of work adjustment with LGB individuals. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 399–407. <https://doi.org/10.1037/a0028326>
- Wallace, J.E., Lemaire, J.B., & Ghali, W.A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 374(9702), 1714–21.
- Warr, P.B. (1990). Decision latitude, job demands, and employee wellbeing. *Work Stress*, 4, 285-294.
- West, C.P., Huschka, M.M., Novotny, P.J. et al. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*, 296(9), 1071–1078.

- Weston, R., & Gore, P. A. (2006). A brief guide to structural equation modeling. *The Counseling Psychologist*, 34, 719-751. doi:10.1177/0011000006286345
- Wehrich, H., & Koontz, H. (1999). *Management: A global perspective* (10th ed.). McGraw-Hill. Inc.
- Weigl, M., Hornung, S., Petru, R., Glaser, J., & Angerer, P. (2012). Depressive symptoms in junior doctors: A follow-up study on work-related determinants. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85, 559–570. doi:10.1007/s00420-011-0706-8.
- Winkel, F.A., Honart, W.A., Robinson, A., Johns, A-A., & Squires, A. (2018). Thriving in scrubs: a qualitative study of resident resilience. *Reprod Health*, Mar 27, 15(1), 53. doi: 10.1186/s12978-018-0489-4
- Whitehead, J.T. (1989). *Burnout in probation and corrections*. New York: Preager.
- Wright, T., & Bonett, D. (1997). The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 491-499.
- Yaghmour, N.A., Brigham, T.P., Richter, T. et al. (2017). Causes of death of residents in ACGME-accredited programs 2000 through 2014. *Acad Med*, 92(7), 976-983.
- Yao, D.C., & Wright, S.M. (2000). National survey of internal medicine residency program directors regarding problem residents. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1099-1104.
- Yeo, H., Viola, K., Berg, D., Lin, Z. et al. (2009). Attitudes, training experiences, and professional expectations of US general surgery residents. *JAMA*, 302, 1301-8.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αβδημιώτης, Σ. (2014). *Μεταφορά εμπειρικής γνώσης με τη χρήση προσαρμοσμένων κανόνων σε επιχειρήσεις φιλοξενίας*. Διδακτορική διατριβή, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός.
- Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη, Ι. (1993). *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς*, σ. 123. Αθήνα - Κομοτηνή: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Αντωνίου, Α.Σ. (2007). *Πηγές Εργασιακού Στρες: Το σύνδρομο “Mobbing”. Το σύνδρομο “Burn-out”* (σελ. 30-31). Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Ελληνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας. Αθήνα: Λιβάνη ΑΒΕ.
- Αντωνίου, Α.Σ. (επιμ.) (2008). *Burn out. Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Ερευνητικές προσεγγίσεις*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης: Γραφείο Υπηρεσιών Σταδιοδρομίας: Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών για τους Ειδικευόμενους Ιατρούς. Ανακτήθηκε στις 10 Μαρτίου 2019 από <http://www.cso.auth.gr/OldPages/Greek/DrKatalogos.gr.htm>

- Γούλας, Β., Αναγνωστόπουλος, Φ., Τζωρτζοπούλου, Κ., Αγγουράς, Β., & Νιάκας, Δ. (2005). «Η συμβολή της θνησιμότητας και του φόρτου εργασίας στην εμφάνιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους δημόσιους λειτουργούς υγείας του Νομού Αιτωλοακαρνανίας», στο Νιάκας Δ. (επιμ.) *Διαχειριστικά και οικονομικά ζητήματα του υγειονομικού τομέα* (σελ. 85-99). Αθήνα: Mediforce.
- Δαρβίρη, Χ. (2009). *Μεθοδολογίας έρευνας στο χώρο της υγείας* (1^η Εκδ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Χ.Π
- Δημητρόπουλος, Χ., & Φιλίππου, Ν. (2008). Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), 642-647.
- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία*. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλης.
- Κάντας, Α. (1998). *Οργανωτική - βιομηχανική ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κανελλοπούλου – Μπότη, Μ. (1999). *Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο*, σ.49. Αθήνα – Κομοτηνή: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Κατσαντώνης, Α. (1970). *Αι ιατρικαί θεραπευτικαί επεμβάσεις και η σημασία συναινέσεως του ασθενούς*, ΠοινΧρ Κ/1970, σ. 65 επ.
- Ηλεκτρικό λεξικό της κοινής νεοελληνικής γλώσσας: Πύλη. http://www.greek-language.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/triantafyllides/search.html.
- Μαντζούκας, Κ. (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα: Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρακίνηση. *Νοσηλευτική* 46(1).
- Μαυρίδου, Θ.Α. (2012). *Διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό γενικών νοσοκομείων*. Διδακτορική διατριβή, Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ.
- Νίνου, Δ. (2008). *Επαγγελματική ικανοποίηση και εξουθένωση ειδικευόμενων ιατρών, σε νοσοκομεία της Αθήνας*. Διπλωματική εργασία. Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση της Υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά – Τ.Ε.Ι. Πειραιά.
- Παπαδημητρίου, Χ., Κουστέλιος, Α., Κρητικός, Α., & Πολλάτου, Ε. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση και φυσική δραστηριότητα εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας. *Διοίκηση Αθλητισμού και Αναψυχής*, 5(1), 17-28.
- Σακοράφας, Γ.Χ., & Τσιώτος, Γ.Γ. (2004). Ιατρική Εκπαίδευση – νέα νομοθετικά πλαίσια, καινοφανή προβλήματα και μελλοντικές προοπτικές, με ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση στη γενική χειρουργική. *Ιατρική*, 86, 481 – 491.
- Σαλπικτίδης, Η. (2016). *Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακή ικανοποίηση ελλήνων ειδικευόμενων: Διερεύνηση διαφορών μεταξύ ασκούμενων εντός και εκτός χώρας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Ανακτήθηκε στις 1 Οκτωβρίου 2019 από <http://apothesis.eap.gr/handle/repo/33047>
- Σιδέρης, Δ. (1991). *Νομικά προβλήματα από πλαστικές ιατροχειρουργικές επεμβάσεις στο πρόσωπο (ρίνα και περὺγια ωτών)*, Ποιν Χρ ΜΑ/1991, σ. 947 επ.

Σταθόπουλος, Μ. (2004). Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, (αρ. 44 & 46). Αθήνα – Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα.

Τζαννέτης, Α. Παρατηρήσεις στην 2692 γνωμοδότηση του Εισαγγελέα Εφετών Θεσσαλονίκης, ΠοινΧρ ΜΑ΄/1991, σελ. 601 επ.

Νόμοι - Προεδρικά Διατάγματα - Εγκύκλιοι - Υπουργικές Αποφάσεις

Αναγκαστικός Νόμος 1565/1939. Περί κώδικα ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: ΦΕΚ 16/τ.Α΄/14.01.1939. *Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.*

Α.Π. 797/2002 ΠοινΔικ 2004/1234, Μελέτη για ποινική ευθύνη ειδικευόμενου ιατρού δημοσιευμένη στην ΠοινΔικ 2004/1253.

Α.Κ. άρθρο 47 ΕισΝΑΚ: "ο ιατρός οφείλει να παρέχει με ζήλο, ευσυνειδησία και αφοσίωση την ιατρική του συνδρομή, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσας πείρας τηρώντας τις ισχύουσες διατάξεις για τη διαφύλαξη των ασθενών και την προστασία των υγιών".

Νόμος 123/1975. Περί ρυθμίσεως θεμάτων Ιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και ετέρων θεμάτων αρμοδιότητας υπουργείου κοινωνικών υπηρεσιών. 20/8/1975 Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: ΦΕΚ 172/τ.Α΄/28.08.1975. *Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.*

Νόμος 3418/2005. Κώδικας Ιατρικής δεοντολογίας. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: ΦΕΚ 287/τ.Α΄/28.11.2005. *Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.*

Νομοθετικό διάταγμα 2592/1953. Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: ΦΕΚ 254/ τ.Α΄/18/9/1953. *Αθήνα: Εθνικό τυπογραφείο.*

Ποινικός Κώδικας. Άρθρο 28, Αμέλεια. Ανιχνεύτηκε στις 10 Σεπτεμβρίου 2019 από <https://www.legal-tools.org/doc/60f2e6/>

Υπουργική Απόφαση Α2δ/γ.Π.οικ.9106/2016. Καθορισμός της διαδικασίας τοποθέτησης ιατρών στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα προς απόκτηση ειδικότητας. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: ΦΕΚ 314/ τ.Β΄/15/02/2016. *Αθήνα: Εθνικό τυπογραφείο.*

Υπουργική Απόφαση Γ5α/γ.Γ.Π.οικ.64843/2018. Σύσταση, μετονομασία ιατρικών ειδικοτήτων, καθορισμός χρόνου και περιεχομένου άσκησης για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: ΦΕΚ 4138/ τ.Β΄/20/09/2018. *Αθήνα: Εθνικό τυπογραφείο.*