



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

«ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΚΑΙ ΗΠΙΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ(SOFT SKILLS) ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ:

«Το επίπεδο της ενσυναίσθησης στους ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών και η επίδρασή του στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης»

Δεμίρη Χαρίκλεια

Ιατρός, Ειδικευόμενη Χειρουργικής Παιδων

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019

“Examining the relationship between the level of empathy and experienced burnout among physicians of pediatric populations. A cross sectional study.”

Η συγγραφέας κα Δεμίρη Χαρίκλεια βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά σε εργασίες τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1. **κ. Καραγιάννης Αστέριος**, Καθηγητής Παθολογίας, Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

2. **κα Δημητριάδου Αικατερίνη**, Καθηγήτρια Διδακτικής Μεθοδολογίας, Σχολή Κοινωνικών και Ανθρωπιστικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας

3. **κ. Σπυριδάκης Ιωάννης**, Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής Παίδων, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Στη γιαγιά μου Βιργινία, που με μύησε χωρίς να το γνωρίζει στον κόσμο της ενσυναίσθησης, με την ελπίδα να χαίρεται από ψηλά...

Αντίο, είπε...

-Αντίο, είπε η αλεπού. Να το μυστικό μου. Είναι πολύ απλό: μόνο με την καρδιά βλέπεις καλά. Την ουσία τα μάτια δεν τη βλέπουν.

-Την ουσία τα μάτια δεν τη βλέπουν, επανέλαβε ο μικρός πρίγκιπας για να το θυμάται.

-Είναι ο χρόνος που ξόδεψες για το τριαντάφυλλό σου που το κάνει τόσο σημαντικό.

-Είναι ο χρόνος που ξόδεψα για το τριαντάφυλλό μου...είπε ο μικρός πρίγκιπας, για να το θυμάται.

-Οι άνθρωποι ξέχασαν αυτή την αλήθεια, είπε η αλεπού.

-Μα εσύ δεν πρέπει να την ξεχάσεις. Γίνεσαι για πάντα υπεύθυνος για ό,τι έχεις εξημερώσει. Είσαι υπεύθυνος για το τριαντάφυλλό σου...

-Είμαι υπεύθυνος για το τριαντάφυλλό μου... Ξανάπε ο μικρός πρίγκιπας, για να το θυμάται...

Antoine de Saint- Exupery

Απόσπασμα από το βιβλίο του «Ο Μικρός Πρίγκηπας»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	9
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	11
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	13
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ	14
ABSTRACT	15
KEY WORDS	16
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	17
Κεφάλαιο Πρώτο: «Περί ενσυναίσθησης»	18
1.1 Ο ορισμός της ενσυναίσθησης.....	18
1.2 Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρού και ασθενούς.....	18
1.3 Η ενσυναίσθηση στο πλαίσιο αντιμετώπισης των παιδιατρικών ασθενών	20
1.4 Η κλίμακα του “Jefferson” για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης.-“Jefferson Scale of Physician Empathy”	25
Κεφάλαιο Δεύτερο : «Περί Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης»	29
2.1 Ο ορισμός του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης- “burnout syndrome”	29
2.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή στη μελέτη του “burnout syndrome”	29
2.3 Αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και επιπτώσεις αυτού	30
2.4 Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στον ιατρικό κλάδο	32
2.5 Maslach Burnout Inventory (MBI) – Κλίμακα για την αξιολόγηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.....	34
Κεφάλαιο Τρίτο: « Η συσχέτιση των δύο εννοιών».....	38
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	41
Κεφάλαιο Πρώτο	42
1.1 Εισαγωγικά στοιχεία	42
1.2 Σκοπός εργασίας	42
1.3 Ερευνητικά ερωτήματα	43
Κεφάλαιο Δεύτερο: «Μεθοδολογία έρευνας»	44
2.1 Δείγμα.....	44
2.2 Οριοθέτηση τόπου και χρόνου διεξαγωγής της έρευνας	44
2.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων	44
2.4 Μέσα ανάλυσης δεδομένων	45
Κεφάλαιο Τρίτο : «Παρουσίαση αποτελεσμάτων»	46
3.1 Παρουσίαση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος	46

3.2	Παρουσίαση του επιπέδου ενσυναίσθησης του δείγματος.....	49
3.3	Παρουσίαση αποτελεσμάτων των απαντήσεων των ερωτήσεων κλειστού τύπου σχετικά με την έννοια της ενσυναίσθησης	50
3.4	Συσχέτιση του επιπέδου ενσυναίσθησης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	53
3.5	Συσχέτιση του επιπέδου ενσυναίσθησης με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος	55
3.5	Παρουσίαση αποτελεσμάτων σχετικά με το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης του δείγματος.....	56
3.6	Παρουσίαση των αποτελεσμάτων των απαντήσεων κλειστού τύπου σχετικά με την έννοια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών	61
3.7	Συσχέτιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	62
3.7	Συσχέτιση του επιπέδου του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και των επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος.....	65
3.8	Συνοπτική παρουσίαση συσχετίσεων του επιπέδου ενσυναίσθησης και του επιπέδου των τριών συνιστωσών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος	69
3.9	Συσχέτιση του επιπέδου ενσυναίσθησης και του επιπέδου των τριών διαστάσεων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης του δείγματος	71
	Κεφάλαιο Τέταρτο: «Συζήτηση»	76
	Κεφάλαιο Πέμπτο : «Περιορισμοί».....	91
	Κεφάλαιο Έκτο : «Συμπεράσματα».....	92
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	94
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	100

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ιδέα για την εκπόνηση της παρούσας έρευνας ήταν αποτέλεσμα προσωπικού προβληματισμού σχετικά με την ιδιαιτερότητα της διαχείρισης παιδιατρικών ασθενών, όχι τόσο ως προς το αμιγώς ιατρικό περιστατικό αλλά ως προς τη συναισθηματική διαχείριση του παιδιού και της οικογένειάς του, καθώς και την επιρροή αυτού του πλαισίου στο συναισθηματικό κόσμο του θεράποντα ιατρού.

Τον τελευταίο χρόνο, μέσω της φοίτησής μου στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο: «Κριτική Σκέψη και Ήπιες Δεξιότητες στις Βιοϊατρικές Επιστήμες», μελέτησα αρκετή βιβλιογραφία σχετικά με την ενσυναίσθηση, έννοια η οποία απασχολεί ιδιαίτερα την ιατρική κοινότητα τα τελευταία χρόνια.

Συγχρόνως, μέσω της παράλληλης ειδίκευσής μου στη Χειρουργική Παιδών σε ένα από τα μεγαλύτερα Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, παρατήρησα την ιδιαίτερη συναισθηματική και σωματική κόπωση των ιατρών παιδιατρικών πληθυσμών αρκετές φορές.

Η ιδέα μου, λοιπόν, προήλθε από την παρατήρηση. Την παρατήρηση πρώτα της δικής μου συναισθηματικής και σωματικής κατάστασης έπειτα από μία απαιτητική γενική εφημερία, τις αλλαγές στη συμπεριφορά μου και τη διάθεσή μου έπειτα από περιστατικό θανάτου παιδιού και το αντίκτυπο της διαχείρισης ενός ιδιαίτερα δύσκολου περιστατικού παιδιού στη συνεργασία μου με τους συναδέλφους.

Σε μία προσπάθεια εσωτερικού απολογισμού και προσπάθειας βελτίωσης και ρύθμισης των συναισθημάτων που προέκυπταν, με άλλα λόγια σε μία προσπάθεια ανάπτυξης μηχανισμών άμυνας στη συναισθηματική εξουθένωση που βίωνα και βέβαια συνεχίζω να βιώνω, άρχισα να ξεφεύγω από τα προσωπικά μου όρια και να παρατηρώ τις συμπεριφορές των συναδέλφων μου. Η παρατήρηση διήρκησε αρκετό χρονικό διάστημα και ήταν πραγματικά σαν να εξερευνούσα έναν καινούργιο κόσμο, καθώς η εργασιακή μου εμπειρία τα προηγούμενα έτη αφορούσε περιστατικά ενηλίκων ασθενών. Χαρακτηριστικά θα αναφέρω πως μου προξένησε ιδιαίτερο προβληματισμό η συναισθηματική κατάσταση συναδέλφων έπειτα από ανακοίνωση θανάτου παιδιού στην οικογένεια. Κάποιοι από αυτούς ξεσπούσαν σε κλάματα σαν να

έχαναν ασθενή τους πρώτη φορά και κάποιοι άλλοι διατηρούσαν απόλυτη ψυχραιμία και παρέμεναν ανέκφραστοι.

Ήταν όμως η κατάσταση έτσι όπως πραγματικά φαινόταν; Ποιοι παράγοντες διαφοροποιούσαν τη συμπεριφορά των συναδέλφων μου; Τι ήταν αυτό που εξαντλούσε τόσο εκείνους όσο και εμένα συναισθηματικά και σωματικά; Θεωρώντας πως η αντιμετώπιση ενός παιδιού ενσυναισθητικά από κάποιους και λιγότερο ενσυναισθητικά από κάποιους άλλους διαφοροποιεί τις συνέπειες τόσο στον ίδιο τον μικρό ασθενή και την οικογένειά του, όσο και στον θεράποντα ιατρό του, αποφάσισα να μελετήσω τόσο το επίπεδο όσο και τη σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αποκλειστικά στους ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών.

Ξεκινώντας την έρευνά μου πίστευα πως η ενσυναισθητική εμπειρία ενός επαγγελματία υγείας παιδιού οδηγεί ευκολότερα στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Ισχύει όμως πάντα αυτή η συνθήκη;

Κλείνοντας αυτό το προλογικό σημείωμα, θέλω να δηλώσω πως η παρούσα έρευνα αποτελεί την πρώτη μελέτη συσχέτισης της ενσυναίσθησης και του “burnout” σε ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών και να ευχηθώ να αποτελέσει το έναυσμα για τη διεξαγωγή παρόμοιων μελετών και σε άλλες ειδικότητες.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας το παρόν έργο, θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω μία ομάδα ανθρώπων που στάθηκαν αρωγοί στην πρώτη μου ερευνητική προσπάθεια.

Δηλώνοντας με πάσα ειλικρίνεια πως το ευχαριστώ προς όλους είναι ίσως ανεπαρκές και πως η συμβολή όλων αυτών των ανθρώπων ήταν ισάξια, θέλω πρώτα από όλους να ευχαριστήσω τον Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και Καθηγητή Παθολογίας Α.Π.Θ κύριο Αστέριο Καραγιάννη, ο οποίος μου έκανε την τιμή να είναι ο επιβλέπων του παρόντος πονήματος αγκαλιάζοντας την ιδέα μου από την πρώτη στιγμή. Είναι ιδιαίτερη η συγκίνηση που νιώθω για την αγαστή συνεργασία μας με τον κύριο Καραγιάννη, η οποία ξεκίνησε από τα φοιτητικά μου χρόνια στη Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και συνεχίστηκε ως τα χρόνια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Χρωστάω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην Καθηγήτρια Διδακτικής Μεθοδολογίας της Σχολής Κοινωνικών και Ανθρωπιστικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας κυρία Αικατερίνη Δημητριάδου, που είχα την τιμή και χαρά να γνωρίσω μέσω του προγράμματος των μεταπτυχιακών μου σπουδών και την ακόμη μεγαλύτερη τιμή να δεχθεί να αποτελέσει μέλος της συμβουλευτικής επιτροπής της έρευνάς μου. Ειλικρινά, είναι μεγάλη η ευγνωμοσύνη που νιώθω για όσα μου προσέφερε σε όλη αυτή την κοινή μας πορεία μέσω του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο « “Soft skills” και Κριτική Σκέψη στις Βιοϊατρικές Επιστήμες» και για την αμέριστη συμπαράστασή της κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Θεωρώ πως αποτέλεσε αστείρευτη πηγή έμπνευσης για την εξέλιξη της συγγραφικής μου ικανότητας και θα το θυμάμαι πάντα με αγάπη, όπως ένα παιδί θυμάται πάντα τη δασκάλα που είχε στην πρώτη τάξη του Δημοτικού.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να απευθύνω στον Αναπληρωτή Καθηγητή Χειρουργικής Παίδων Α.Π.Θ, Διευθυντή της Κλινικής στην οποία εργάζομαι και δάσκαλό μου στην Παιδοχειρουργική κύριο Ιωάννη Σπυριδάκη, ο οποίος μετά μεγάλης χαράς αποδέχτηκε την πρότασή μου να αποτελέσει μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής της διπλωματικής μου εργασίας, αγκαλιάζοντας και στηρίζοντας με τον δικό του ιδιαίτερο

τρόπο την προσπάθειά μου από την πρώτη στιγμή. Θα ήταν παράλειψή μου να μην του απευθύνω ένα εγκάρδιο ευχαριστώ για την αμέριστη κατανόησή του όλο αυτό το χρονικό διάστημα που κατέβαλα μεγάλη προσπάθεια να διατηρήσω τον επαγγελματισμό μου και να ανταπεξέλθω στις εργασιακές μου υποχρεώσεις λόγω της ταυτόχρονης και ιδιαίτερας απαιτητικής έρευνάς μου.

Θέλω στο σημείο αυτό να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου που χωρίς αυτή δύσκολα θα είχα φτάσει στο σημείο που είμαι σήμερα. Στη μητέρα μου Ανθή, στον πατέρα μου Δημήτρη και στον αδερφό μου Ραφαήλ, που αποτέλεσαν για άλλη μία φορά στη ζωή μου τους σιωπηλούς συμπαραστάτες μου. Αισθάνομαι την ανάγκη να τους πω μαζί με το ευχαριστώ και ένα ακόμη πιο μεγάλο συγγνώμη που με στερήθηκαν τους τελευταίους τρεις μήνες, καθώς οι αυξημένες εργασιακές και ακαδημαϊκές μου υποχρεώσεις δε μου επέτρεπαν να τους βλέπω συχνά.

Θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους που συμμετείχαν στην έρευνά μου αφιερώνοντας προσωπικό χρόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Ακόμη, θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την καλύτερή μου φίλη και ψυχολόγο κυρία Κωνσταντίνα Μπαλατσούκα, η οποία αποτελεί παιδιόθεν τον άνθρωπο που επέλεξα να είναι η αδερφή που δεν είχα ποτέ. Δε θα ξεχάσω τον ενθουσιασμό της όταν της περιέγραψα το θέμα της διπλωματικής μου εργασίας καθώς τη χαρακτηρίζει η ιδιαίτερη αγάπη για τα παιδιά, και τον χρόνο που αφιέρωσε για να μου δίνει θάρρος να συνεχίσω τον αγώνα μου. Άλλωστε έτσι είναι οι καλύτεροι φίλοι, λειτουργούν ενσυναισθητικά.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον μέντορά μου, τέως Καθηγητή Παιδιατρικής Αιματολογίας του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών κύριο Στέλιο Γραφάκο, ο οποίος μου ενέπνευσε την αγάπη για την Ιατρική, μέσω της ανιδιοτελούς του προσφοράς τόσο σε μένα όσο και σε χιλιάδες άλλα παιδιά.

Χαρίκλεια Δ. Δεμίρη

Θεσσαλονίκη, Οκτώβριος 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ενσυναίσθηση και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν δύο φαινόμενα που απασχολούν ολοένα και περισσότερο τον ιατρικό κλάδο τα τελευταία χρόνια, καθώς φαίνεται πως έχουν άμεση επίδραση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας. Παρά το γεγονός ότι υπάρχει πληθώρα εργασιών στη βιβλιογραφία που μελετά τη συσχέτιση των δύο φαινομένων, το θέμα παραμένει ακόμη αμφιλεγόμενο ως προς το πρόσημο της συσχέτισης. Η έρευνα αυτή αποτελεί την πρώτη μελέτη των φαινομένων αποκλειστικά σε ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μελέτη του επιπέδου ενσυναίσθησης των ιατρών παιδιατρικών πληθυσμών, η μελέτη του επιπέδου των τριών συνιστωσών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, η διερεύνηση της συσχέτισης των δύο παραπάνω φαινομένων με δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες καθώς και η μελέτη της ύπαρξης και του είδους της μεταξύ τους συσχέτισης.

Μέθοδος: Για την εκπόνηση του παρόντος έργου διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε 70 ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών που εργάζονται σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομειακά ιδρύματα της Θεσσαλονίκης. Κάθε ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από πέντε μέρη που περιλάμβαναν ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με τα φαινόμενα που μελετώνται, δύο κλίμακες αυτο-αξιολόγησης της ενσυναίσθησης και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και τέλος ερωτήσεις κλειστού τύπου για την αξιολόγηση των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του “Jefferson” για την αυτό-αξιολόγηση των ιατρών, σταθμισμένη και μεταφρασμένη στα ελληνικά, ενώ για τη μέτρηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα των “Maslach et al” για την αυτό-αξιολόγηση των ιατρών, σταθμισμένη και μεταφρασμένη στα ελληνικά. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα “Jamovi” 0.9.5.12.

Αποτελέσματα: Το δείγμα που εξετάστηκε και αποτελείται από 70 ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης και

χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και αισθήματος έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Το επίπεδο ενσυναίσθησης φαίνεται να σχετίζεται με την παρουσία παιδιού($p=0.024$) και την εργασιακή εμπειρία σε έτη($p=0.035$). Το επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης προκύπτει πως σχετίζεται με το φύλο($p=0.016$), το επίπεδο αποπροσωποποίησης με την ηλικιακή ομάδα($p=0.011$), το επίπεδο σπουδών($p=0.002$) και την εργασιακή θέση($p=0.001$) ενώ τέλος, η αίσθηση έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων φαίνεται να σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία σε έτη($p=0.011$) και το επίπεδο σπουδών($p=0.001$). Από τους δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες που μελετήθηκαν, η οικογενειακή κατάσταση και το είδος της ιατρικής ειδικότητας δε φάνηκαν να σχετίζονται με την ενσυναίσθηση καθώς και με καμία από τις τρεις συνιστώσες του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Συμπεράσματα: Αυτή είναι η πρώτη μελέτη της σχέσης μεταξύ ενσυναίσθησης και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αποκλειστικά σε ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών. Η συσχέτιση των δύο φαινομένων που μελετήθηκαν βρέθηκε να έχει αρνητικό πρόσημο, με αποτέλεσμα το παρόν πόνημα να υποστηρίζει τον προστατευτικό ρόλο της ενσυναίσθησης στο “burnout”. Η συγγραφέας υποστηρίζει την αναγκαιότητα αναδόμησης των προγραμμάτων σπουδών των ιατρικών σχολών της Ελλάδος τα οποία θα ήταν σωστό να εστιάσουν στην εξέλιξη των ήπιων δεξιοτήτων, όπως η ενσυναίσθηση, των νέων φοιτητών ιατρικής ώστε να τους παρέχουν τα κατάλληλα εφόδια για την εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας που θα προσφέρουν στους μελλοντικούς ασθενείς τους με τη σύγχρονη προστασία έναντι στο “burnout”.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Ενσυναίσθηση, σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, παιδιατρική, παιδιατρικός πληθυσμός.

ABSTRACT

Introduction: Empathy and occupational burnout syndrome are two phenomena that have become increasingly prevalent in the medical industry in recent years, as they appear to have a direct impact on the quality of the provided health services. Although there are many surveys in the literature that study the relationship of the two phenomena, the subject remains controversial as to the level of their correlation. This is the first study of these phenomena exclusively in pediatric population physicians.

Aim: The purpose of this study was to investigate the level of empathy among pediatric population physicians, to study the level of the three components of occupational distress syndrome and to investigate the relationship between the two above phenomena with demographic and occupational factors, as well as their correlation.

Method: For the purpose of this project, questionnaires were distributed to 70 pediatricians working in one of the largest hospitals in Thessaloniki, Greece. Each questionnaire consisted of five parts containing closed-ended questions about the phenomena under study, two self-evaluation scales of empathy and occupational distress syndrome, and finally closed-ended questions to assess the demographic and occupational characteristics of the sample. For the evaluation of empathy, the "Jefferson" scale was used for self-assessment of physicians, weighted and translated into Greek, and for the measurement of burnout syndrome, the "Maslach et al" scale was used for self-evaluation of doctors, weighted and translated into Greek. For the statistical analysis of the data obtained from the questionnaire replies, the program "Jamovi" 0.9.5.12 was used.

Results: The sample examined and consisted of 70 physicians of pediatric populations was characterized by high levels of empathy and low levels of emotional exhaustion, self-esteem, and a sense of lack of personal achievement. The level of empathy appeared to be related to the presence of a child ($p = 0.024$) and years of work experience ($p = 0.035$). The level of emotional exhaustion was found to be related to gender ($p = 0.016$), the level of depersonalization was related to age group ($p = 0.011$), level of education ($p = 0.002$) and work position ($p = 0.001$) while finally, the sense of lack of personal achievement seems to be related to years of work experience ($p =$

0.011) and level of study ($p = 0.001$). Of the demographic and occupational factors studied, marital status and type of medical specialty did not appear to be related to empathy as well as to any of the three components of occupational burnout syndrome.

Conclusions: The correlation of the two phenomena studied was found to be negative, with the present hypothesis supporting the protective role of empathy in "burnout". It is suggested that further research might be undertaken in the field of pediatric populations. The author underlines the need to restructure the medical schools curricula in Greece, that would be appropriate to focus on the development of soft skills, such as empathy. As a result, young medical students will be provided with the appropriate facilities for both the development of better health services and for simultaneous protection against "burnout".

KEY WORDS

Empathy, burnout syndrome, pediatrics, pediatric population.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο Πρώτο: «Περί ενσυναίσθησης»

1.1 Ο ορισμός της ενσυναίσθησης

Η λέξη ενσυναίσθηση είναι σύνθετη και προέρχεται από τις λέξεις *εν*, *συν* και *αίσθηση*, υποδηλώνοντας την επέκταση της αίσθησης του ατόμου πέρα από τον εαυτό του. Γνωστή από την αρχαιότητα με τον όρο «συμπάθεια», η ενσυναίσθηση ορίστηκε ως η ικανότητα νοητικής κατανόησης της συναισθηματικής κατάστασης ενός άλλου ατόμου. Ωστόσο, ο ορισμός της ενσυναίσθησης δόθηκε μεταγενέστερα από Γερμανούς θεωρητικούς της τέχνης. Ο Γερμανός φιλόσοφος Robert Vischer (1847-1933) εισήγαγε πρώτος τον όρο «*Einfühlung*» το 1873, ως την συναισθηματική εμπειρία που βιώνει το άτομο ως απάντηση σε διάφορες μορφές τέχνης(1). Η μεταφορά του όρου από το πεδίο της τέχνης στο πεδίο της ψυχολογίας έγινε από έναν άλλο Γερμανό Φιλόσοφο, σύγχρονο του Vischer, τον Theodor Lipps (1851-1933).

Ο ευρύτερα διαδεδομένος και συχνότερα χρησιμοποιούμενος στη διεθνή βιβλιογραφία ορισμός της ενσυναίσθησης, δόθηκε από τον Αμερικανό ψυχοθεραπευτή και εκπρόσωπο της ανθρωπιστικής ψυχολογίας Carl Rogers(1902-1987) το 1959(1). Ο Rogers όρισε την ενσυναίσθηση ως την ικανότητα «να αντιλαμβάνομαι το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς ενός άλλου ανθρώπου με την ακρίβεια σαν να ήμουν εκείνο το άτομο, χωρίς όμως να χάνω αυτή την «σαν να» συνθήκη». Αργότερα, ο ίδιος τελειοποίησε τον ορισμό του περιγράφοντας την ενσυναίσθηση όχι ως μία κατάσταση, αλλά ως μία διαδικασία κατά την οποία υπεισέρχομαι στον ιδιωτικό κόσμο του άλλου και τον βιώνω «σαν να» ήμουν εκείνος(1).

1.2 Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρού και ασθενούς

Η σημασία της επέκτασης της σχέσης ιατρού και ασθενούς πέραν των ορίων της «ψυχρής» θεραπευτικής είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Ο Ασκληπιάδης ο Βιθυνός (124-40π.Χ) θεωρείται ο πατέρας της Μοριακής Ιατρικής και ήταν μαθητής του Επικούρειου φιλόσοφου Ζήνωνα του Σινώδιου, ο οποίος σύμφωνα με τη βιβλιογραφία έδινε σημασία στα σημεία συμπεριφοράς των ασθενών του. Ο ίδιος ο Ασκληπιάδης,

επηρεασμένος από την Επικούρειο φιλοσοφία και σε αντίθεση με τους αποστασιοποιημένους ιατρούς της εποχής του, υποστήριζε χαρακτηριστικά με φιλικότητα τους ασθενείς του. Το ρητό του : «θεράπευσε τον ασθενή γρήγορα, ακίνδυνα και ευχάριστα» αποδεικνύει πως αντιμετώπιζε τους ασθενείς του ενσυναισθητικά(2).

Στις μέρες μας, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη μελέτη της σημασίας της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική σχέση ιατρού και ασθενούς. Η συνεργασία ιατρού και ασθενούς διευκολύνεται όταν εγκαθιδρύεται ενσυναισθητικός δεσμός μεταξύ τους. Η παρουσία ενσυναίσθησης μειώνει την πιθανότητα συγκρούσεων, καθώς είναι πιο δύσκολο να κατηγορήσει ο ασθενής τον συμπονετικό συνεργάτη του σε σχέση με τον απρόσωπο επαγγελματία(3). Ο δεσμός αυτός που βιώνεται από τον ασθενή ως ενδιαφέρον από τον ιατρό του, είναι αυτό στο οποίο έδωσε έμφαση ο Peabody όταν δήλωνε πως «το μυστικό της επιτυχημένης φροντίδας του ασθενούς είναι όντως να νοιάζεσαι για εκείνον»(3) . Αυτό είναι ίσως και το μυστικό της φροντίδας του ίδιου του ιατρού, καθώς όταν ο θεραπευτής φροντίζει έναν ασθενή ενσυναισθητικά, λαμβάνει και ο ίδιος φροντίδα από τον ασθενή του. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει πως η ικανοποίηση που βιώνει ο ιατρός όταν φροντίζει τον ασθενή του, ο οποίος με τη σειρά του εκτιμά τη στάση του θεραπευτή του, αποτελεί το αντίδοτο στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρού, ο οποίος μέσω αυτής της ενσυναισθητικής σχέσης αυτοθεραπεύεται(4).

Περιγράφονται στη βιβλιογραφία θετικά αποτελέσματα σε ασθενείς με χρόνια πόνο όταν ο ιατρός είναι ενσυναισθητικός και ο ασθενής είναι αισιόδοξος για το θεραπευτικό αποτέλεσμα(5). Επιπλέον, αναφέρεται υψηλότερη συχνότητα αποτελεσματικής συνταγογράφησης φαρμάκων “placebo” από παθολόγους μικρότερης ηλικίας που εμφανίζουν όμως υψηλά “score” ενσυναίσθησης(6). Σε έρευνα των Brady et al όπου μελετάται η προοπτική ασθενών και ιατρών σχετικά με την ενσυναίσθηση, φαίνεται πως πρώτον, η πλειοψηφία των ασθενών επιλέγει ως θεραπευτή τον ιατρό που είναι τόσο άρτιος επιστημονικά όσο και ενσυναισθητικός, και δεύτερον, οι ιατροί που βίωσαν κάποια σοβαρή ασθένεια είναι περισσότερο ενσυναισθητικοί με τους ασθενείς τους(7).

Από τα ανωτέρω συμπεραίνεται πως η παρουσία της ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρού και ασθενούς συμβάλει θετικά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επιπλέον όμως, γίνεται αντιληπτό πως δεν είναι όλοι οι ιατροί τον ίδιο ενσυναισθητικοί. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας δεν έχουν αποσαφηνιστεί, γεγονός που δίνει το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα στο πεδίο αυτό(8). Μελέτες σε φοιτητές ιατρικής και σε ειδικευόμενους ιατρούς υποστηρίζουν πως παρουσιάζεται μείωση του επιπέδου ενσυναίσθησης όσο αυξάνεται ο αριθμός των ετών εργασιακής εμπειρίας του δείγματος(8). Σε μελέτη τους οι Garcia et al παρατήρησαν την ταυτόχρονη αύξηση τόσο του επιπέδου ενσυναίσθησης μιας ομάδας ιατρών όσο και του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών τους, μετά από εκπαίδευση της ιατρικής ομάδας πάνω σε βασικές δεξιότητες ενσυναίσθησης. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την ύπαρξη μεθόδων με τις οποίες μπορεί να αναπτυχθεί το επίπεδο ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας(9). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως παρότι η ενσυναίσθηση θεωρείται από πολλούς ως αυτόματη διαδικασία, νέες θεωρίες υποστηρίζουν πως η παρουσία κινήτρων για την εκδήλωση ενσυναίσθησης κατέχει ρόλο «κλειδί» στην τροποποίηση της ενσυναισθητικής εμπειρίας(10).

1.3 Η ενσυναίσθηση στο πλαίσιο αντιμετώπισης των παιδιατρικών ασθενών

Η ιδιαιτερότητα της αντιμετώπισης των παιδιατρικών ασθενών από τους ιατρούς σχετικών ειδικοτήτων οφείλεται σε δύο κύριους παράγοντες κατά τη γνώμη της συγγραφέως. Αυτοί δεν είναι άλλοι από τους εξής: πρώτον, η διαφορετικότητα που αντικατοπτρίζεται στις διάφορες ηλικιακές ομάδες παιδιών που καλείται να θεραπεύσει ο επαγγελματίας υγείας παιδιού, και δεύτερον, η επέκταση της θεραπευτικής ομάδας από το δίπολο ιατρού και ασθενούς στο «τετράγωνο» ιατρού-παιδιού-μητέρας-πατέρα όταν οι οικογενειακές συνθήκες είναι ιδανικές για το παιδί.

Σε ό,τι αφορά το ηλικιακό όριο παρακολούθησης παιδιών και εφήβων από ιατρούς ειδικότητας Παιδιατρικής, η Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Γ5α/Γ.Π.οικ.79687/2018 (ΦΕΚ 4698/Β/19-10-2018) ορίζει τα εξής:

«Στα Παιδιατρικά Νοσοκομεία, στα Παιδιατρικά Τμήματα/Παιδιατρικές Κλινικές, στα εξωτερικά ιατρεία φορέων του ΕΣΥ και στα ιδιωτικά ιατρεία να εξετάζονται παιδιά

ηλικίας έως δεκαέξι (16) ετών και κατ' εξαίρεση να εξετάζονται έφηβοι έως δεκαοκτώ (18) ετών για ασθένειες χρονίων νοσημάτων που παρακολουθούνται από ειδικές μονάδες. Επιπλέον στα παραπάνω θα εξετάζονται άτομα που η βιολογική τους ωρίμανση αντιστοιχεί σε παιδική ηλικία ή εφ' όρου ζωής ενήλικες με σπάνια σύνδρομα που έχουν ως συνέπεια δραματική καθυστέρηση σωματικής και πνευματικής ανάπτυξης ταυτόχρονα»(11).

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται πως πέραν του διαφορετικού φάσματος παθήσεων που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας παιδιού, γεγονός το οποίο ομοιάζει με τους ιατρούς ενηλίκων, καλούνται να συναναστραφούν με προσωπικότητες ασθενών που δεν έχουν διαμορφωθεί και βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο τόσο σωματικής όσο και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης.

Από πολύ νωρίς στην ιστορία της Ψυχολογίας, οι επιστήμονες ενδιαφέρθηκαν και διερεύνησαν τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσεται η σκέψη του παιδιού, που καθορίζει τη μετέπειτα διαμόρφωση της προσωπικότητάς του(12). Η «Θεωρία της Γνωστικής και Συναισθηματικής Ανάπτυξης» του Jean Piaget άσκησε τη μεγαλύτερη επιρροή στον τομέα της Ψυχολογίας Παιδιού(12).

Ο Jean Piaget αποτελεί έναν από τους γνωστότερους ψυχολόγους του 20^{ου} αιώνα και έναν πρωτοπόρο μελετητή της Αναπτυξιακής Ψυχολογίας του παιδιού. Ο Piaget υποστήριξε πως η γνώση και η αντίληψη του κόσμου από το παιδί δεν είναι έμφυτη αλλά απορρέει από την αλληλεπίδραση του παιδιού με τον κόσμο(12). Παρατηρώντας αυτή την αλληλεπίδραση, κατάφερε να αντιληφθεί πως το παιδί δημιουργεί «σχήματα» (“schemata”) που απεικονίζουν τις αντιλήψεις του, τις γνωστικές του εμπειρίες και την κρίση του σχετικά με τον κόσμο που το περιβάλλει. Η εξελικτική αυτή νοητική πορεία χωρίζεται σε 4 στάδια(12).

Το πρώτο στάδιο διαρκεί από τη γέννηση του παιδιού ως την ηλικία των 18 με 24 μηνών και ονομάζεται αισθητικοκινητικό (*sensorimotor period*). Στο χρονικό αυτό διάστημα αναπτύσσεται η ιδέα του παιδιού για το σχήμα του σώματός του και η αντίληψη της ύπαρξής του στον κόσμο μέσα από αυτό. Καθώς διαμορφώνει τα πρώτα του «σχήματα» (“schemata”) και επιτυγχάνει έναν κινητικό συντονισμό, εξοικειώνεται με το περιβάλλον του(13). Είναι το στάδιο της αλληλεπίδρασης του παιδιού με τον

κόσμο, της εξοικείωσης μαζί του και της ένταξής του σε αυτόν(14). Η αισθητικοκινητική ευφυΐα, που αναπτύσσει το παιδί στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του, συμβάλλει στην υιοθέτηση εγωκεντρικής στάσης στο οικείο του περιβάλλον. Η εγωκεντρική αυτή συμπεριφορά ξεκινάει από το αίσθημα της μοναδικότητας της ύπαρξής του ως γνωστικής και συναισθηματικής οντότητας(15). Ο Piaget σημειώνει ότι ο εγωκεντρισμός, που εκδηλώνουν τα παιδιά της ηλικίας αυτής, τους εμποδίζει να αντιληφθούν τον εαυτό τους σε κατάσταση συνύπαρξης με τα αντικείμενα που τους περιβάλλουν(12). Τέλος, ο ίδιος σημειώνει πως τα παιδιά που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο, επιτυγχάνουν τη γνωστική και συναισθηματική τους ανάπτυξη χωρίς τη βοήθεια συμβολικών διεργασιών, παρά μόνο με τη συμβολή των αισθήσεών τους(12).

Το δεύτερο στάδιο ονομάζεται προσυλλογιστικό (*pre-operational period*), διαρκεί από την ηλικία των 2 ως 7 ετών(12) και είναι καθοριστικής σημασίας για τη μετέπειτα αναπτυξιακή πορεία του παιδιού, διότι χαρακτηρίζεται από την απόκτηση νέων εμπειριών και δεξιοτήτων(12). Η μελέτη της αναπτυσσόμενης συμπεριφοράς του και της αντίδρασής του στα ερεθίσματα αποκαλύπτει τις λειτουργίες που συνθέτουν την ταυτότητα της γνωστικής του εξέλιξης. Καθώς δεν υπάρχουν γνωστικές δραστηριότητες χωρίς τη συμμετοχή του συναισθηματικού παράγοντα, κάθε μορφή συμπεριφοράς στο στάδιο αυτό προϋποθέτει τόσο τη νοημοσύνη του παιδιού όσο και το ανάλογο συναίσθημα(16). Η προσωπικότητα του παιδιού της προσυλλογιστικής περιόδου περιλαμβάνει όλους εκείνους τους παράγοντες που συμβάλλουν και συγκροτούν τη συναισθηματική του νοημοσύνη, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τόσο τα δικά του συναισθήματα όσο και των άλλων, να διακρίνει μεταξύ διαφορετικών συναισθημάτων και να τα ονομάζει κατάλληλα, καθώς και να χρησιμοποιεί τη συναισθηματική πληροφορία ως οδηγό σκέψης και συμπεριφοράς(17). Έχει επιβεβαιωθεί ότι ήδη από το 3^ο έτος της ζωής του, το παιδί διαχωρίζει τις ευχάριστες από τις δυσάρεστες καταστάσεις και τις εκφράζει με τις ανάλογες λέξεις(18).

Το τρίτο στάδιο ονομάζεται περίοδος συγκεκριμένης σκέψης (*concrete operations period*) και διαρκεί από την ηλικία των 7 έως 11 ετών. Ο Jean Piaget κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά του δημοτικού σχολείου έχουν κατακτήσει πλέον ένα ολοκληρωμένο σύστημα σκέψης και μπορούν να σκεφτούν πιο λογικά και ξεκάθαρα.

Ωστόσο, παρά τις κατακτήσεις της εξελικτικής αυτής φάσης, που αφορούν το παιδί ως άτομο αλλά και ως μέλος μιας ομάδας, η σκέψη του είναι ακόμα προσκολλημένη στον κόσμο των συγκεκριμένων πραγμάτων(12). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία των παιδιών των ηλικιών αυτών να αντιλαμβάνονται τις αφηρημένες έννοιες(12). Η εγωκεντρική συμπεριφορά των παιδιών στο στάδιο αυτό είναι φανερά μειωμένη σε σχέση με εκείνη που παρατηρείται στα βρέφη και στα νήπια.

Το τέταρτο και τελευταίο στάδιο ονομάζεται περίοδος της τυπικής και αφαιρετικής σκέψης (*formal operations period*), ξεκινάει περίπου στην ηλικία των 11 ετών και συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας(12). Σε αυτό το στάδιο το παιδί επιτυγχάνει την εξέλιξη και την τελειοποίηση των νοητικών και συναισθηματικών του δεξιοτήτων. Επιπροσθέτως, εξελίσσεται η κοινωνικοποίησή του, η αρμονική συμβίωση και η συνεργασία με τους συνανθρώπους του, ενώ παράλληλα αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως μοναδική ψυχοσωματική ύπαρξη(15).

Από τα ανωτέρω συμπεραίνεται η δυσκολία στην αντιμετώπιση του παιδιατρικού ασθενούς από την πλευρά του επαγγελματία υγείας παιδιού, όσον αφορά στη διαφορετική στάση που οφείλει να εφαρμόσει ο εκάστοτε ιατρός προκειμένου να επιτύχει το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Κάθε παιδιατρική ηλικιακή ομάδα απαιτεί διαφορετική αντιμετώπιση από την πλευρά του θεράποντα, καθώς το παιδί διανύει διαφορετικό στάδιο ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης. Η ενσυναίσθηση ενδεχομένως αποτελεί την ήπια δεξιότητα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ιατρός παιδιατρικών ειδικοτήτων προκειμένου να «διευκολυνθεί» στο απαιτητικό αυτό έργο του.

Η παρουσία της ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρού και ασθενούς μόνο θετικά αποτελέσματα έχει να προσφέρει όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο. Στην περίπτωση των παιδιατρικών ασθενών ο ενσυναισθητικός ιατρός καλείται να είναι σε εγρήγορση προκειμένου να προσαρμόσει τη συμπεριφορά του στην ηλικία του κάθε παιδιού. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής ορίζει την ενσυναίσθηση ως στοιχείο «κλειδί» στην επιτυχημένη ιατρική φροντίδα με κέντρο το παιδί και την οικογένειά του ενώ συγχρόνως προτείνει την εφαρμογή της από τα μέλη της(19). Ανακαλώντας τον ορισμό του Carl Rogers για την ενσυναίσθηση [*«να αντιλαμβάνομαι το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς ενός άλλου ανθρώπου με την ακρίβεια σαν να ήμουν εκείνο το*

άτομο, χωρίς όμως να χάνω αυτή την «σαν να» συνθήκη»] συμπεραίνεται πως η προσπάθεια να αντιληφθεί ο θεραπευτής ενός παιδιού το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του τελευταίου, διατηρώντας αυτή τη «σαν να» συνθήκη, είναι αρκετά απαιτητική. Ο ενήλικας επαγγελματίας υγείας παιδιού, ταυτόχρονα με την εξέταση του ασθενή του, καλείται να θέσει τον εαυτό του τόσο στη θέση του παιδιού όσο και των γονέων που το πλαισιώνουν, ενώ συγχρόνως οφείλει να διαγνώσει την πάθηση.

Πέρα από την ενσυναίσθηση του επαγγελματία υγείας παιδιού απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του, σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική σχέση κατέχει και η ενσυναίσθηση του ίδιου του παιδιού. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι αναπτυξιακοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν πως η ενσυναίσθηση προκύπτει ως απάντηση στην παρατήρηση των συναισθημάτων των προσώπων που περιβάλλουν το εκάστοτε άτομο, ενώ ταυτόχρονα, η πρώιμη παιδική ηλικία (3 έως 8 έτη) αποτελεί ένα δυνητικά ευάλωτο στάδιο για την εμφάνιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που συνδέονται με την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης(20). Αποδεικνύεται σε μελέτη των Tully και Donohue πως τα παιδιά που μεγαλώνουν με μητέρες που πάσχουν από κατάθλιψη, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, τόσο για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων όσο και για τη μείωση των γνωστικών λειτουργιών σε ποικίλους κοινωνικούς και συναισθηματικούς τομείς(20).

Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό το πόσο δύσκολη είναι, τόσο από αμιγώς ιατρικής όσο και από ψυχοκοινωνικής σκοπιάς η διαχείριση του «τετραγώνου» ιατρός-παιδί-μητέρα και πατέρας. Ένα ενσυναισθητικό παιδί που πάσχει, το οποίο αντιλαμβάνεται τα αρνητικά συναισθήματα των γονέων του, και βρίσκεται σε ένα ξένο περιβάλλον νοσοκομείου ή ιατρείου στο οποίο δεν είναι συνηθισμένο, βιώνει και το ίδιο ακόμη αρνητικότερα συναισθήματα τα οποία έρχονται να προστεθούν στον ήδη υπάρχοντα πιθανό σωματικό του πόνο και φόβο για το άγνωστο που καλείται να αντιμετωπίσει.

Ο ενσυναισθητικός ιατρός στον τομέα υγείας παιδιού οφείλει να αντιλαμβάνεται τον εσωτερικό κόσμο τόσο του παιδιού όσο και τον γονέων του «σαν να» συμβαίνουν στον ίδιο, προκειμένου να πετύχει μια αγαστή συνεργασία με το παιδί και την οικογένειά του, ώστε να οδηγηθεί στο θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ταυτόχρονα, πρέπει να είναι ικανός να εφαρμόσει αμυντικούς μηχανισμούς ώστε να μη βιώσει

συναισθηματική εξουθένωση ως απόρροια της χρήσης της ενσυναίσθησης σε κάθε μικρό ασθενή του.

Έρευνα των Krassagou και Soedje σε ιατρούς που ανήκουν στη θεραπευτική ομάδα παιδιών με νεοπλασματικές ασθένειες, αποδεικνύει πως οι ιατροί αυτών των ειδικοτήτων βιώνουν έντονη συναισθηματική δυσφορία, καθώς έρχονται συχνά αντιμέτωποι με καταληκτικούς ασθενείς που υποφέρουν, καθώς και με το θάνατο(21). Στην ίδια έρευνα υπογραμμίζεται από τους συμμετέχοντες η απουσία οργανωμένων δομών που θα τους βοηθήσουν να αναπτύξουν αμυντικές μεθόδους με τις οποίες μπορούν να αποφορτιστούν από την έντονη ψυχολογική πίεση που τους προκαλεί τόσο η κατάσταση ασθενών τους όσο και ο φόβος για τον επικείμενο θάνατό των παιδιών(21).

Ανακεφαλαιώνοντας, η ενσυναίσθηση κατέχει πρωτεύοντα ρόλο στη θεραπευτική των παιδιατρικών ασθενών και προτείνεται από τη βιβλιογραφία να καλλιεργηθεί στους επαγγελματίες υγείας παιδιού(19). Ωστόσο, οι έντονα αγχωτικές καταστάσεις με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι ιατροί αυτών των ειδικοτήτων τους προκαλεί συχνά συναισθηματική δυσφορία(21). Σε μία προσπάθεια διατήρησης ισορροπίας σε σχέση με αυτό που προσφέρουν και αυτό που εισπράττουν συναισθηματικά οι ιατροί, προτείνεται τόσο η δημιουργία οργανωμένων προγραμμάτων που θα καλλιεργήσουν την ενσυναίσθηση στους επαγγελματίες υγείας(9) όσο και δομών που θα τους εκπαιδεύσουν σε τεχνικές συναισθηματικής αποφόρτισης(21).

1.4 Η κλίμακα του “Jefferson” για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης.- “Jefferson Scale of Physician Empathy”

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, το επίπεδο ενσυναίσθησης δεν είναι ίδιο σε όλους τους επαγγελματίες υγείας. Η κλίμακα του “Jefferson” για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα και συχνότερα χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης του επιπέδου ενσυναίσθησης των ιατρών σε έρευνες που παρουσιάζονται στη βιβλιογραφία(22).

Η κλίμακα αυτή αποτελεί ουσιαστικά ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 20 δηλώσεις που απαντώνται σε λιγότερο από δέκα λεπτά και έχει μεταφραστεί σε 25

γλώσσες(22). Οι ιατροί που καλούνται να το συμπληρώσουν έχουν να επιλέξουν από μία κλίμακα Likert από το 1 έως το 7 ,με το διαφωνώ απόλυτα να βαθμολογείται με 1 και το συμφωνώ απόλυτα να βαθμολογείται με 7 για τις πρώτες δέκα ερωτήσεις, ενώ από την ενδέκατη ως την εικοστή ερώτηση η βαθμονόμηση αντιστρέφεται με το διαφωνώ απόλυτα να βαθμολογείται με 7 και το συμφωνώ απόλυτα με 1(22). Η συνολική βαθμολογία της κυμαίνεται από το 20, που αποτελεί το χαμηλότερο σκορ ενσυναίσθησης ως το 140 που αποτελεί το υψηλότερο(22). Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται τροποποιώντας μόνο τις προσφωνήσεις, χωρίς να αλλάζει το αντικείμενο των ερωτήσεων, τόσο για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των φοιτητών όσο και των επαγγελματιών υγείας γενικότερα(23).

Στη βιβλιογραφία περιγράφονται και άλλες κλίμακες για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης, όμως, στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε να περιγραφεί η κλίμακα του “Jefferson”, καθώς χρησιμοποιήθηκε στην αξιολόγηση του δείγματος της έρευνας για τη μέτρηση του επιπέδου ενσυναίσθησης των ιατρών του τομέα υγείας παιδιού.

Παρακάτω παρατίθεται μεταφρασμένη στα ελληνικά η κλίμακα του “Jefferson” για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των ιατρών.

ΚΛΙΜΑΚΑ «JEFFERSON»

[Σε καθεμία από τις παρακάτω προτάσεις, διαφωνείς απόλυτα(**ΔΑ**), διαφωνείς(**Δ**), μάλλον διαφωνείς(**ΜΔ**), ούτε συμφωνείς ούτε διαφωνείς(**ΟΣΟΔ**), μάλλον συμφωνείς(**ΜΣ**), συμφωνείς(**Σ**), ή συμφωνείς απόλυτα(**ΣΑ**);]

1. Ένα σημαντικό στοιχείο στη σχέση μου με τους ασθενείς μου είναι το να κατανοώ τη συναισθηματική κατάσταση αυτών και των συγγενών τους.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ
2. Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέπτονται οι ασθενείς μου, δίνοντας προσοχή στη μη λεκτική συμπεριφορά τους και στη γλώσσα του σώματός τους.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ
3. Πιστεύω ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στα πλαίσια της θεραπευτικής.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ
4. Η ενσυναίσθηση είναι μια απαραίτητη δεξιότητα στα πλαίσια της θεραπευτικής, χωρίς την οποία δεν θα μπορούσα να επιτύχω ως γιατρός.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

5. Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών μου, τους δίνει την αίσθηση της επιβεβαίωσης, πράγμα το οποίο δρα από μόνο του θεραπευτικά.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

6. Οι ασθενείς μου αισθάνονται καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

7. Θεωρώ ότι το να καταλαβαίνω τη γλώσσα του σώματος των ασθενών μου είναι εξίσου σημαντικό με τη λεκτική επικοινωνία στη σχέση γιατρού-ασθενούς.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

8. Όταν παρέχω ιατρική φροντίδα, προσπαθώ να φέρνω τον εαυτό μου στη θέση των ασθενών μου.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

9. Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ, η οποία πιστεύω ότι συνεισφέρει στην επίτευξη του καλύτερου κλινικού αποτελέσματος.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

10. Προσπαθώ να σκέφτομαι με τον τρόπο που σκέφτονται οι ασθενείς μου, ώστε να παρέχω καλύτερη ιατρική φροντίδα.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

11. Οι ασθενείς μου μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο με θεραπευτική αγωγή. Γι' αυτό το λόγο, το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς μου δεν μπορεί να έχει θέση σε αυτή τη διαδικασία.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

12. Το ενδιαφέρον μου για τα βιώματα των ασθενών μου δεν έχει σχέση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

13. Προσπαθώ να μην δίνω προσοχή στα συναισθήματα των ασθενών μου κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης και της λήψης ιστορικού.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

14. Πιστεύω ότι το συναίσθημα δεν έχει θέση στη θεραπευτική.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

15. Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να συγκινείται από τους έντονους συναισθηματισμούς των ασθενών μου και των συγγενών τους.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

16. Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών μου και των συγγενών τους είναι παράγοντας που δεν έχει σχέση με τη θεραπευτική.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

17. Δεν μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρική βιβλιογραφία ή να ασχολούμαι με τις τέχνες.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

18. Θεωρώ ότι το να ρωτήσω τους ασθενείς μου τι συμβαίνει στη ζωή τους δεν έχει καμία σημασία για την κατανόηση των σωματικών τους συμπτωμάτων.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

19. Είναι δύσκολο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

20. Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, είναι σχεδόν αδύνατο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Κεφάλαιο Δεύτερο : «Περί Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης»

2.1 Ο ορισμός του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης- “burnout syndrome”

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (στην αγγλική βιβλιογραφία: “burnout syndrome”) ορίζεται ως ένα σύνολο συμπτωμάτων που απορρέουν από μακροχρόνιο εργασιακό άγχος(24).

Το σύνδρομο προκύπτει από την ανεπιτυχή αντιμετώπιση του χρόνιου εργασιακού άγχους και χαρακτηρίζεται από τα εξής συμπτώματα: αίσθημα έλλειψης ενέργειας, εξάντληση, επαγγελματική αποστασιοποίηση, αρνητικότητα, κυνισμό καθώς και μείωση εργασιακής απόδοσης(24).

Παρότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να επηρεάσει την υγεία των πολιτών, οι οποίοι ενδεχομένως να χρειαστούν ιατρική παρέμβαση για την επίλυσή του, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δεν το κατατάσσει στις επίσημες νοσολογικές οντότητες, μετά από ανακοίνωσή του το Μάιο του 2019(24).

2.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή στη μελέτη του “burnout syndrome”

Το 1974, ο Herbert Freudenberger χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο “burnout” σε άρθρο που δημοσίευσε σε επιστημονικό περιοδικό Ψυχολογίας(25). Το άρθρο βασίστηκε στις παρατηρήσεις του συγγραφέα πάνω στη συμπεριφορά ατόμων που εργαζόνταν σε κλινική που νοσήλευε άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικά (στην οποία εργαζόταν και ο ίδιος)(25). Χαρακτήρισε το “burnout” ως την εκδήλωση συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν την εξάντληση, η οποία προκύπτει από τις αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις, πονοκέφαλο και αϋπνία, ευερεθιστότητα και μη καθαρή σκέψη(25). Παρατήρησε πως ο εργαζόμενος που «πάσχει» από το σύνδρομο αυτό δείχνει, δρα και φαίνεται στεναχωρημένος ως καταθλιπτικός(25). Μετά τη δημοσίευση της μελέτης του, ο επιστημονικός κόσμος άρχισε να δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον γύρω από την καινούργια αυτή έννοια(25).

Αργότερα, η Christina Maslach όρισε το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ως μία κατάσταση συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης (εφαρμογή δηλαδή κυνικής συμπεριφοράς) και αίσθησης μειωμένων επαγγελματικών επιτευγμάτων(4).

Το 1981, οι Maslach και Jackson δημοσίευσαν το πρώτο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο αξιολόγησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, γνωστό ως Maslach Burnout Inventory(4). Η χρήση του εργαλείου αυτού, παρότι στην αρχή περιορίστηκε μόνο σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα (όπως δασκάλους και κοινωνικούς λειτουργούς), επεκτάθηκε στην πορεία και σε άλλα εργασιακά πεδία(26). Το ερωτηματολόγιο αυτό, μέσω μιας σειράς ομαδοποιημένων δηλώσεων, εκτιμά την πιθανότητα ύπαρξης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αξιολογώντας τρεις συγκεκριμένες διαστάσεις : το επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης, το επίπεδο αποπροσωποποίησης και το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων(26). Αναλυτικότερα, θα συζητηθεί το εργαλείο αυτό στη συνέχεια.

2.3 Αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και επιπτώσεις αυτού

Μελέτες γύρω από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, τις τελευταίες δύο δεκαετίες, έχουν εντοπίσει ένα σύνολο παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνισή του. Οι παράγοντες αυτοί, που θα αναλυθούν παρακάτω, σχετίζονται άμεσα με το εργασιακό περιβάλλον όπως περιγράφουν οι Maslach και Leiter σε άρθρο τους σχετικά με την κατανόηση του συνδρόμου(27).

Η υπερεργασία συμβάλλει στην εμφάνιση του συνδρόμου εξαντλώντας την ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις(27). Όταν η υπερεργασία αποτελεί μία χρόνια επαγγελματική συνθήκη, μειώνεται η δυνατότητα ύπαρξης χρόνου για ανάπαυση, ανάρρωση και ανάκτηση ισορροπιών του εργαζόμενου(27).

Η έλλειψη ελέγχου στη λήψη αποφάσεων αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση του συνδρόμου(27). Αντίθετα, η πιθανότητα

μειώνεται όταν ο εργαζόμενος συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων και νιώθει εργασιακή αυτονομία(27).

Η ανεπαρκής αναγνώριση και ανταμοιβή (τόσο οικονομική όσο και κοινωνική) κάνει τους εργαζόμενους επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου, διότι ως κατάσταση υποτιμά τόσο την εργασία όσο και τον εργαζόμενο, αλλά συνδέεται και στενά με αίσθημα ανεπάρκειας(27).

Ένας ακόμη αιτιολογικός παράγοντας, σύμφωνα με τους ερευνητές, είναι η έλλειψη υποστήριξης και εμπιστοσύνης μεταξύ των συναδέλφων. Ο κυνισμός, το άγχος και ο θυμός απορρέουν από εργασιακές συνθήκες όπου λείπει ο σεβασμός μεταξύ των εργαζομένων(27).

Οι ατομικές αξίες αποτελούν τις ιδέες και τα κίνητρα που έλκυσαν τον εργαζόμενο να επιλέξει το χώρο εργασίας του(27). Οι παραπάνω, που τοποθετούνται πέραν της ωφελιμιστικής συσχέτισης εργατοώρας και πληρωμής ή προαγωγής, αποτελούν την κινητήρια δύναμή του(27). Όταν οι αξίες του εργαζόμενου είναι αντικρουόμενες με τις αξίες του περιβάλλοντος όπου εργάζεται, αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης “burnout” καθώς η εργασία που επιθυμεί να προσφέρει διαφέρει κατά πολύ από αυτή που του επιβάλλει ο εργοδότης του(27).

Όσον αφορά στις επιπτώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στον εργαζόμενο, αυτές δεν περιορίζονται μόνο στον ψυχισμό του αλλά μπορούν να προκαλέσουν και σωματικά συμπτώματα(27). Το “burnout” σχετίζεται με αίσθημα ανικανοποίητου, έλλειψη οργανωτικότητας, συχνότερες απουσίες και σκέψεις για παραίτηση από την εργασία(27). Όσοι από αυτούς που βιώνουν το σύνδρομο παραμένουν στην εργασία τους, θα οδηγηθούν σε μείωση της παραγωγικότητάς τους και σε μείωση του επιπέδου εργασίας που προσφέρουν(27).

Οι επαγγελματίες που εμφανίζουν “burnout” επιδρούν αρνητικά στους συναδέλφους τους, γενόμενοι ερειστικοί και παρεμποδίζοντας την ομαλή διεξαγωγή των εργασιών λόγω διενέξεων. Γίνεται αντιληπτό πως διαταράσσεται έτσι η ισορροπία των σχέσεων και η ψυχολογική κατάσταση των άλλων εργαζομένων. Οι Maslach και Leiter αναφέρουν το σύνδρομο ως μεταδοτικό. Γι’ αυτό το λόγο σχολιάζουν πως ο όρος

“burnout” πρέπει να χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κατάσταση που επισυμβαίνει σε μία εργασιακή ομάδα, παρά σε ένα μεμονωμένο άτομο(27).

Η σχέση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της υγείας φαίνεται πως είναι αμφίδρομη. Ένα πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος φαίνεται να οδηγεί στο σύνδρομο και αντίστροφα, το σύνδρομο φαίνεται να προκαλεί προβλήματα υγείας(28). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το “burnout” έχει τρεις διαστάσεις εκ των οποίων η συναισθηματική εξουθένωση φαίνεται να προκαλεί την εμφάνιση συμπτωμάτων που σχετίζονται με το άγχος. Κεφαλαλγίες, συνεχές αίσθημα κόπωσης, γαστρεντερικές διαταραχές, μυαλγίες, υπέρταση, επιρρέπεια σε ιογενείς και μικροβιακές λοιμώξεις καθώς και διαταραχές ύπνου είναι κάποια από τα συμπτώματα αυτά(27).

Μελέτες απέδειξαν πως άτομα που υποφέρουν από το σύνδρομο επισκέπτονται πιο συχνά νοσοκομειακές μονάδες λόγω καρδιολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό(29). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως έχουν διεξαχθεί έρευνες που μελέτησαν την άμεση επίδραση του “burnout syndrome” στο καρδιαγγειακό σύστημα μέσω μέτρησης των επιπέδων της υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης στο αίμα των ασθενών, γνωστή στη βιβλιογραφία τόσο για την έκκρισή της σε καταστάσεις “stress” όσο και για την άμεση συσχέτισή της με βλάβη στα στεφανιαία αγγεία(30).

2.4 Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στον ιατρικό κλάδο

Αναφέρεται παραπάνω, πως το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μελετήθηκε αρχικά από τον Herbert Freudenberger σε άτομα τα οποία εργάζονταν σε κοινωνική δομή για την υποστήριξη χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών. Παρότι, η χρήση του όρου επεκτείνεται σε μεγάλο αριθμό επαγγελματιών, ο ιατρικός κλάδος, και σε επέκταση ο κλάδος των ανθρωπιστικών επιστημών, φαίνεται να μετρά αρκετούς εργαζόμενους, διαφορετικών ειδικοτήτων, που εμφανίζουν συμπτώματα “burnout” τα τελευταία χρόνια(31).

Σε δημοσιευμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Dewa et al, όπου μελετάται η σχέση μεταξύ του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρών και της ποιότητας

υπηρεσιών που προσφέρουν, αναφέρεται πως οι ιατροί ανά τον κόσμο βιώνουν τουλάχιστον μία από τις διαστάσεις του συνδρόμου (συναισθηματική εξουθένωση, αποπροσωποποίηση, αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων) σε ποσοστό 33-50%(31).

Το γεγονός ότι οι ιατροί, ανεξαρτήτου ειδικότητας, παίζουν έναν καταλυτικό ρόλο στο σύστημα υγείας, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι επιπτώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών δεν περιορίζονται μόνο στο ίδιο το άτομο αλλά δυνητικά και στο ίδιο το σύστημα υγείας(31). Για παράδειγμα , πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου και της εργασιακής αποτελεσματικότητας των ιατρών(32). Η πρόωρη συνταξιοδότηση, οι μειωμένες εργασιακές επιδόσεις και η παραίτηση αποτελούν παραδείγματα αρνητικών αποτελεσμάτων του συνδρόμου στο παγκόσμιο σύστημα υγείας και στην οικονομία εν γένει(32).

Η ανασκόπηση των Dewa et al, που αφορούσε αποκλειστικά στο “burnout” που βιώνουν ειδικευμένοι ιατροί, ανέδειξε άμεση συσχέτιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με χαμηλότερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών, αύξηση της συχνότητας των ιατρικών λαθών, μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται καθώς και με δυσχερές επικοινωνιακό πλαίσιο μεταξύ ιατρών και ασθενών(31).

Η επίπτωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευόμενων ιατρών στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας μελετήθηκε σε δεύτερη έρευνα των Dewa et al(33). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το 27-75% των ειδικευόμενων ιατρών ανεξαρτήτου ειδικότητας ανά τον κόσμο βιώνουν κάποια από τις διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης(34). Η μελέτη ανέδειξε ήπια επίδραση του συνδρόμου στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας και ιατρικών λαθών που προέρχονται από τους ειδικευόμενους ιατρούς. Γι’ αυτό το λόγο, οι συγγραφείς προτείνουν τη διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών με ακόμη μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων ώστε να αξιολογηθεί με ακρίβεια η συσχέτιση αυτή(33).

Σχετικά με τη μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο στους ειδικούς όσο και στους ειδικευόμενους ιατρούς ειδικοτήτων που αφορούν

παιδιατρικούς πληθυσμούς, δεν προκύπτει από τη βιβλιογραφία μεγάλος όγκος πληροφοριών. Αυτό σύμφωνα με τη γνώμη της συγγραφέως προκύπτει από το γεγονός ότι το δείγμα έχει αφομοιωθεί στις μελέτες του “burnout” σε ιατρούς ανεξαρτήτου ειδικότητας.

Αναφέρεται πως στις ΗΠΑ, οι ιατροί που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας παιδών βιώνουν σε μεγάλο ποσοστό επιπτώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως έντονο άγχος και διαταραχή ψυχισμού(35). Παρόμοιες καταστάσεις φαίνεται να βιώνουν και οι ιατροί που εργάζονται σε τμήματα Παιδιατρικής Ογκολογίας και Αιματολογίας στη Νέα Υόρκη(36).

Αξίζει να σημειωθεί πως υπάρχουν δημοσιευμένες εργασίες που μελετούν μεθόδους για πρόληψη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε πρωτοετείς ειδικευόμενους παιδιατρικής. Οι Slavin et al σχεδίασαν ένα πρόγραμμα για να βοηθήσουν τους ειδικευόμενους παιδιατρικής να ανταπεξέλθουν στο έντονο άγχος, να βρουν νόημα στην εργασία τους και να συνδεθούν με τους συναδέλφους τους μέσω συζητήσεων για ζητήματα ηθικής(37). Το πρόγραμμα αυτό φάνηκε να έχει θετικά αποτελέσματα στον ψυχισμό των πρωτοετών ειδικευομένων παιδιατρικής σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου(37).

Τέλος, σε μελέτη τους οι Olson et al μελέτησαν τόσο το επίπεδο του συνδρόμου σε ειδικευόμενους παιδιατρικής όσο και μεθόδους για την πρόληψή του(38). Κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το επίπεδο “burnout” των ειδικευομένων παιδιατρικής αυξάνεται μέσα στο πρώτο έτος ειδικότητας και έκτοτε σταθεροποιείται για τα υπόλοιπα έτη ειδίκευσης(38). Η αυτοεκτίμηση και ο επαγγελματισμός από την πλευρά του ειδικευόμενου, φαίνεται πως συμβάλλουν στην ανάπτυξη αντίστασης έναντι του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης(38). Έτσι, οι ερευνητές προτείνουν την ένταξη μεθόδων ενίσχυσης των δύο παραπάνω χαρακτηριστικών στην εκπαίδευση των νέων ειδικευομένων παιδιατρικών ειδικοτήτων(38).

2.5 Maslach Burnout Inventory (MBI) – Κλίμακα για την αξιολόγηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Το 1981, οι Maslach και Jackson δημοσίευσαν το πρώτο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο αξιολόγησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, γνωστό ως Maslach Burnout Inventory(4). Το ερωτηματολόγιο αυτό, μέσω μιας σειράς ομαδοποιημένων δηλώσεων, εκτιμά την πιθανότητα ύπαρξης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αξιολογώντας τρεις συγκεκριμένες διαστάσεις : το επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης, το επίπεδο αποπροσωποποίησης και το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων(26).

Η κλίμακα των Maslach et al αποτελείται από ερωτήσεις που είναι χωρισμένες σε τρεις ομάδες. Στις ερωτήσεις αυτές ο ιατρός καλείται να επιλέξει την απάντηση που συνάδει με τα βιώματά του από μία κλίμακα Likert, με την απάντηση «ποτέ δε μου συμβαίνει» να βαθμολογείται με 1 και την απάντηση «κάθε μέρα μου συμβαίνει» να βαθμολογείται με 7. Κάθε ομάδα ερωτήσεων βαθμολογείται ξεχωριστά.

Ως προς τον καθορισμό, της κάθε μίας συνιστώσας σε υψηλό , μέτριο και χαμηλό επίπεδο, χρησιμοποιούνται οι παρακάτω ανεξάρτητες τιμές όπως ορίζονται από τους Maslach et al(26).

ΕΠΙΠΕΔΟ BURNOUT	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ
ΥΨΗΛΟ	≥ 27	≥ 10	0-33
ΜΕΤΡΙΟ	19-26	6-9	34-39
ΧΑΜΗΛΟ	0-18	0-5	≥ 40

Στη συνέχεια παρατίθεται το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του “burnout” μεταφρασμένο και σταθμισμένο στα ελληνικά όπως χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μία φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου.							
Το να δουλεύεις όλη μέρα με ανθρώπους απαιτεί αξιοσημείωτη προσπάθεια.							
Νιώθω σαν να με εξαντλεί η δουλειά μου.							
Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου.							
Νιώθω πως δουλεύω πολύ σκληρά.							
Με αγχώνει πάρα πολύ το ότι δουλεύω σε άμεση επαφή με ανθρώπους.							
Νιώθω ότι «έφτασε ο κόμπος στο χτένι».							
Νιώθω πως αντιμετωπίζω τους ασθενείς απρόσωπα σαν να ήταν αντικείμενα.							
Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και πρέπει να πάω στη δουλειά για άλλη μία μέρα.							
Νιώθω ότι οι ασθενείς μου με θεωρούν υπεύθυνο/η για κάποια από τα προβλήματά τους.							
Στο τέλος της ημέρας νιώθω ότι η υπομονή μου έχει φτάσει στα όριά της.							
Ειλικρινά δε με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε κάποιους από τους ασθενείς μου.							
Έχω γίνει λιγότερο ευαίσθητος/η από τότε που ξεκίνησα να εργάζομαι.							
Φοβάμαι πως αυτή η δουλειά με κάνει αδιάφορο/η.							
Νιώθω ότι καταφέρνω πολλά αξιοσημείωτα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.							
Νιώθω γεμάτος/η ενέργεια.							
Νιώθω ότι καταλαβαίνω εύκολα τι νιώθουν οι ασθενείς μου.							
Νιώθω ότι αντιμετωπίζω τα προβλήματα των ασθενών μου πολύ αποτελεσματικά.							

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

<p>Νιώθω πως στη δουλειά μου διαχειρίζομαι πολύ ήρεμα τα συναισθηματικά προβλήματα.</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ</p>
<p>Νιώθω πως επηρεάζω τους ανθρώπους πολύ θετικά μέσα από τη δουλειά μου.</p>	
<p>Νιώθω πως καταφέρνω εύκολα να δημιουργήσω μία άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.</p>	
<p>Νιώθω ανανεωμένος/η όταν είμαι κοντά στους ασθενείς μου.</p>	
<p></p>	

Κεφάλαιο Τρίτο: « Η συσχέτιση των δύο εννοιών»

Τόσο η ενσυναίσθηση όσο και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών, αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως θεμελιώδεις έννοιες για τη διασφάλιση της ποιότητας του συστήματος υγείας. Γι' αυτό το λόγο, η ακριβής συσχέτιση των δύο εννοιών είναι αναγκαίο να αποσαφηνιστεί(39).

Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση των ιατρών είναι αρκετά χρήσιμη. Μελέτες έχουν δείξει, πως, παρά το γεγονός ότι αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την παροχή αποτελεσματικής ιατρικής φροντίδας, η ενσυναίσθηση δημιουργεί ευπάθεια σε συνθήκες που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος, όπως η κόπωση που προέρχεται από τη συμπάθεια προς τους ασθενείς και η συναισθηματική εξουθένωση(40). Καθώς η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί μία από τις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ της ενσυναίσθησης και του “burnout”(41). Ωστόσο, τα ευρήματα των ερευνών που μελέτησαν τη συσχέτιση μεταξύ των δύο εννοιών δεν έχουν καταλήξει σε ένα βέβαιο αποτέλεσμα σχετικά με τη φύση και το πρόσημο της συσχέτισης των δύο φαινομένων(39)(42).

Σε άρθρο τους οι Zenasni et al το 2012, πρότειναν τρεις υποθέσεις σχετικά με τη συσχέτιση της ενσυναίσθησης και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Η πρώτη υπόθεση υποστηρίζει πως το εργασιακό “burnout” μειώνει την ικανότητα των ιατρών να συμπεριφέρονται ενσυναισθητικά. Η δεύτερη υπόθεση τονίζει πως η ενσυναίσθηση αντλεί αρκετή ενέργεια από τα προσωπικά αποθέματα των ιατρών και ως εκ τούτου τους οδηγεί στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Η τρίτη και τελευταία υπόθεση θεωρεί πως η ενσυναίσθηση δρα προστατευτικά έναντι του “burnout”(43).

Είναι αρκετά σημαντικό να γίνει κατανοητό πως η ενσυναίσθηση αποτελεί στοιχείο του ανθρώπινου χαρακτήρα ενώ το “burnout” αποτελεί ένα φαινόμενο που χαρακτηρίζεται ως ένα σύνολο συμπτωμάτων τα οποία προέρχονται από το έντονο εργασιακό άγχος των ιατρών. Παρόλο που τα μειωμένα επίπεδα ενσυναίσθησης μπορεί να αποτελούν χαρακτηριστικό του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

(υπόθεση πρώτη των Zenasni et al), είναι λιγότερο λογικό να θεωρήσουμε πως το “burnout” μπορεί να αποτελέσει χαρακτηριστικό στοιχείο των χαμηλών επιπέδων ενσυναίσθησης(43). Υπό το πρίσμα αυτό, οι αρχικές τρεις υποθέσεις μπορούν να μειωθούν σε δύο: στην πρώτη που υποστηρίζει πως υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (δηλαδή, καθώς το επίπεδο του ενός φαινομένου αυξάνεται, το επίπεδο του άλλου μειώνεται), και στη δεύτερη που υποστηρίζει τη θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο εννοιών (δηλαδή, η αύξηση του επιπέδου ενσυναίσθησης φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης)(43).

Οι Wilkinson et al δημοσίευσαν την πρώτη επίσημη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την εκτίμηση της σχέσης μεταξύ ενσυναίσθησης και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας το 2017(39). Στη μελέτη τους συμπεριέλαβαν όλες τις δημοσιευμένες μελέτες που ερευνούσαν τη σχέση μεταξύ των δύο εννοιών ως το Φεβρουάριο του 2017, τόσο σε ιατρούς όσο και σε νοσηλευτές ανεξαρτήτως ειδικότητας και είχαν γραφτεί στην αγγλική γλώσσα(39). Οι Wilkinson et al κατέληξαν στο συμπέρασμα πως υπάρχουν έγκυρα δεδομένα που υποστηρίζουν την αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της ενσυναίσθησης(39). Οι ερευνητές προτείνουν τη διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών που θα επιβεβαιώσουν είτε θα αναιρέσουν τα δικά τους αποτελέσματα(39).

Ανακεφαλαιώνοντας, η βιβλιογραφία υποστηρίζει την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ενσυναίσθησης και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας γενικότερα. Υπογραμμίζεται πως δεν έχει τεκμηριωθεί αν η συσχέτιση των δύο φαινομένων είναι θετική ή αρνητική. Το παρόν πόνημα, όπως θα αναλυθεί στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο, ερευνά κυρίως τη σχέση της ενσυναίσθησης και του “burnout” στους ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών. Η πρόκληση της συγκεκριμένης μελέτης έγκειται τόσο στο ότι το δείγμα αφορά αποκλειστικά ιατρούς παιδιατρικών ειδικοτήτων (κλάδος ο οποίος δεν έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στη βιβλιογραφία), όσο και στο γεγονός ότι διερευνάται το αμφιλεγόμενο πρόσημο της συσχέτισης των δύο εννοιών. Ακολουθώντας τις προτάσεις των προηγούμενων μελετητών για την αναγκαιότητα διεξαγωγής περαιτέρω ερευνών, η συγγραφέας

μελέτησε τη συσχέτιση των δύο φαινομένων και τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής παρουσιάζονται στο επόμενο κεφάλαιο με την ελπίδα να προστεθούν νέα δεδομένα στη βιβλιογραφία.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο Πρώτο

1.1 Εισαγωγικά στοιχεία

Στη βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα ερευνών που μελετούν τόσο το επίπεδο ενσυναίσθησης όσο και το επίπεδο το συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών(22)(23)(32)(33). Ωστόσο, υπάρχει πολύ μικρότερος όγκος πληροφοριών ως προς τη μελέτη των δύο αυτών φαινομένων (ξεχωριστά) στους ιατρούς που ασχολούνται με παιδιατρικούς πληθυσμούς(παιδιάτρους, παιδοχειρουργούς, ορθοπαιδικούς, αναισθησιολόγους, πλαστικούς χειρουργούς και ωτορινολαρυγγολόγους) όπως προέκυψε από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Επιπλέον, δεν έχει αποσαφηνιστεί ο τρόπος με τον οποίο σχετίζονται οι δύο αυτές έννοιες μεταξύ τους(39). Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν πως το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την ενσυναίσθηση (δηλαδή η αύξηση της μίας έννοιας προκαλεί μείωση στην άλλη και το αντίστροφο)(39). Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν τη θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο εννοιών (δηλαδή η αύξηση στο επίπεδο ενσυναίσθησης σχετίζεται με αυξημένες πιθανότητες για εμφάνιση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης)(39). Οι συγγραφείς των παραπάνω μελετών υπογραμμίζουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα, προκειμένου να ξεκαθαριστεί η αιτιολογική σχέση των δύο φαινομένων(39).

Από τις γνώσεις της συγγραφέως που προέκυψαν από τη μελέτη της βιβλιογραφίας για την εκπόνηση της συγκεκριμένης έρευνας, δεν υπάρχουν μελέτες που να ερευνούν τη συσχέτιση της ενσυναίσθησης και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρούς που ασχολούνται με παιδιατρικούς πληθυσμούς και σε ιατρούς που η ειδικότητά τους δεν αποκλείει τη διαχείριση παιδιατρικών πληθυσμών. Αυτό το κενό στη βιβλιογραφία θα προσπαθήσει να καλύψει η παρούσα έρευνα η οποία θα αναλυθεί στο αμέσως επόμενο κομμάτι του παρόντος πονήματος.

1.2 Σκοπός εργασίας

Οι στόχοι του παρούσας εργασίας είναι οι εξής:

- I. Μέτρηση του επιπέδου ενσυναίσθησης σε ιατρούς που ασχολούνται με παιδιατρικό πληθυσμό.
- II. Διερεύνηση της σχέσης του επιπέδου ενσυναίσθησης με δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικιακή ομάδα, οικογενειακή κατάσταση, παρουσία παιδιού) στο ίδιο δείγμα.
- III. Διερεύνηση της σχέσης του επιπέδου ενσυναίσθησης με επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος.
- IV. Μέτρηση επιπέδου του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρούς που ασχολούνται με παιδιατρικό πληθυσμό.
- V. Διερεύνηση της σχέσης του επιπέδου του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικιακή ομάδα, οικογενειακή κατάσταση, παρουσία παιδιού) στον ίδιο πληθυσμό.
- VI. Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του επιπέδου του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος.
- VII. Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ενσυναίσθησης και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο ίδιο δείγμα.

1.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα του παρόντος πονήματος είναι τα εξής:

- I. Ποιο είναι το επίπεδο ενσυναίσθησης και ποιο είναι το επίπεδο του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών που ασχολούνται με παιδιατρικούς πληθυσμούς;
- II. Σχετίζονται ξεχωριστά τα δύο παραπάνω φαινόμενα με τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος;
- III. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου ενσυναίσθησης και του επιπέδου “burnout” στους ιατρούς που ασχολούνται με παιδιατρικούς πληθυσμούς και ποιά είναι αυτή;

Κεφάλαιο Δεύτερο: «Μεθοδολογία έρευνας»

2.1 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν εβδομήντα ιατροί που ανήκουν στον τομέα υγείας παιδιού καθώς και σε ειδικότητες που δεν αποκλείουν τη συχνή αντιμετώπιση παιδιατρικών περιστατικών.

2.2 Οριοθέτηση τόπου και χρόνου διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη στην Θεσσαλονίκη και οι ιατροί που συμμετείχαν εργάζονται σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομειακά ιδρύματα της πόλης. Η έναρξη της συλλογής του δείγματος έγινε την 1-8-2019 και ολοκληρώθηκε στις 2-9-2019.

2.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή του δείγματος, δόθηκαν 70 ερωτηματολόγια σε 70 ιατρούς τα οποία διανεμήθηκαν από την ερευνήτρια αυτοπροσώπως και συμπληρώθηκαν από τους ιατρούς εθελοντικά, αφού πρώτα ενημερώθηκαν πως σύμφωνα με τους κανόνες της ερευνητικής δεοντολογίας θα τηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Μετά από πέντε εργάσιμες ημέρες, η ερευνήτρια έλαβε συμπληρωμένα τα ερωτηματολόγια τα οποία τοποθετήθηκαν σε κενό λευκό φάκελο ο οποίος σφραγίστηκε στη συνέχεια.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο συλλογής δεδομένων, κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια με τη σύγχρονη καθοδήγηση των μελών της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής της έρευνας, έπειτα από μελέτη της βιβλιογραφίας για τα θέματα της ενσυναίσθησης και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στον ιατρικό κλάδο. Αποτελείται από πέντε μέρη τα οποία θα περιγραφούν αμέσως παρακάτω και παρατίθεται αυτούσιο στο παράρτημα.

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, οι ιατροί καλούνται να συμπληρώσουν την κλίμακα του Jefferson για την αξιολόγηση του επιπέδου ενσυναίσθησης. Η κλίμακα του Jefferson παρατίθεται αυτούσια και μεταφρασμένη στα ελληνικά στο πρώτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους της παρόντος πονήματος («Περί ενσυναίσθησης»).

Στο δεύτερο μέρος, οι ιατροί καλούνται να απαντήσουν σε μία σειρά ερωτήσεων κλειστού τύπου οι οποίες σχετίζονται με την ενσυναίσθηση. Για τους ιατρούς που ασχολούνται αποκλειστικά με παιδιατρικό πληθυσμό ο αριθμός των ερωτήσεων ήταν 11, ενώ για τους ιατρούς που η ειδικότητά τους δεν αποκλείει τη διαχείριση παιδιατρικών περιστατικών ο αριθμός των ερωτήσεων ήταν 9.

Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου, οι ιατροί καλούνται να συμπληρώσουν την κλίμακα των Maslach et al για την εκτίμηση του επιπέδου του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία όπως έχει αναφερθεί στο δεύτερο κεφάλαιο («Περί συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης») αξιολογεί τις τρεις διαστάσεις του “burnout” (συναισθηματική εξουθένωση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

Στο τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε έξι ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικές με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στον ιατρικό κλάδο.

Το πέμπτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει την εκτίμηση των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Το φύλο, η ηλικιακή ομάδα, η οικογενειακή κατάσταση, η παρουσία παιδιού, η εργασιακή εμπειρία σε έτη, το επίπεδο σπουδών (ύπαρξη μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου), η εργασιακή θέση (ειδικός ή ειδικευόμενος) καθώς και η ιατρική ειδικότητα ήταν τα πληροφοριακά στοιχεία που ζητήθηκαν στο μέρος αυτό.

2.4 Μέσα ανάλυσης δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα “Jamovi” 0.9.5.12.

Κεφάλαιο Τρίτο : «Παρουσίαση αποτελεσμάτων»

3.1 Παρουσίαση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται συνολικά οι συχνότητες και οι ποσοστιαίες αναλογίες των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος, όπως προέκυψαν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα (N=70 άτομα).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Πίνακας 1

Φύλο	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Γυναίκες	36	51.4%
Άνδρες	34	48.6%

Πίνακας 2

Ηλικιακή ομάδα	Συχνότητα N	Ποσοστό %
24-35	31	44.3%
36-40	11	15.7%
40-45	12	17.1%
45 και άνω	16	22.9%

Πίνακας 3

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Έγγαμος-η	35	50.0%
Άγαμος-η	30	42.9%
Διαζευγμένος-η	5	7.1%
Χήρος-α	0	0.0%

Πίνακας 4

Παρουσία παιδιού	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Ναι	34	48.6%
Όχι	36	51.4%

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Πίνακας 5

Εργασιακή εμπειρία σε έτη	Συχνότητα N	Ποσοστό %
0-5	18	25.7%
6-10	22	31.4%
11-15	12	17.1%
16-20	6	8.6%
20 και άνω	12	17.1%

Πίνακας 6

Επίπεδο σπουδών	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Πτυχίο Ιατρικής	26	37.1%
Μεταπτυχιακός τίτλος	18	25.7%
Διδακτορική διατριβή	26	37.1%

Πίνακας 7

Εργασιακή θέση	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Ειδικός Ιατρός	41	58.6%
Ειδικευόμενος Ιατρός	29	41.4%

Πίνακας 8

Ιατρική ειδικότητα	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Παιδιατρική	34	48.6%
Χειρουργική Παίδων	11	15.7%
Αναισθησιολογία	8	11.4%
Πλαστική Χειρουργική	9	12.9%
Ορθοπαιδική	8	11.4%

Όπως προκύπτει από τους παραπάνω πίνακες οι γυναίκες αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος με ποσοστό 51.4% και ακολουθούν οι άνδρες με ποσοστό 48.6%. Το 44.3% του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 24-35 έτη και ακολουθούν, τα 36-40 έτη με ποσοστό 15.7%, τα 40-45 έτη με ποσοστό 17.1% και τέλος οι ηλικίες άνω των 45 με ποσοστό 22.9%.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 50% του πληθυσμού που μελετήθηκε είναι έγγαμοι, το 42.9% άγαμοι, το 7.1% διαζευγμένοι και κανένας δεν είναι χήρος-α. Το 48.6% των ιατρών που ερωτήθηκαν είναι γονείς ενώ το 51.4% όχι.

Όσον αφορά στα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το 25.7% του πληθυσμού δηλώνει εργασιακά έτη εμπειρίας από 0 έως 5 έτη, το 31.4% 6 έως 10 έτη, το 17.1% 11 έως 15 έτη, το 8.6% 16 έως 20 έτη και το 17.1% εργασιακή εμπειρία άνω των 20 ετών. Το 37.1% του πληθυσμού κατέχει μόνο πτυχίο Ιατρικής, το 25.7% φέρει μεταπτυχιακό τίτλο και το 37.1% έχει ολοκληρώσει τη διδακτορική του διατριβή.

Το 41.4% του δείγματος αποτέλεσαν ειδικευόμενοι ιατροί και το 58.6% του δείγματος αποτέλεσαν ειδικευμένοι ιατροί. Τέλος, όσον αφορά στις ειδικότητες των συμμετεχόντων στην έρευνα, το 48.6% ανήκουν στην ειδικότητα της Παιδιατρικής, το 15.7% στην ειδικότητα της Χειρουργικής Παίδων, το 11.4% στην Αναισθησιολογία, το 12.9% στην Πλαστική Χειρουργική και το 11.4% στην Ορθοπαιδική.

3.2 Παρουσίαση του επιπέδου ενσυναίσθησης του δείγματος

Για τη μέτρηση του επιπέδου ενσυναίσθησης του δείγματος των ιατρών παιδιατρικών ειδικοτήτων και των ιατρών που η ειδικότητά τους δεν αποκλείει την αντιμετώπιση παιδιατρικού πληθυσμού χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του “Jefferson” για την αξιολόγηση του επιπέδου ενσυναίσθησης των ιατρών μεταφρασμένη, στην ελληνική γλώσσα. Η κλίμακα σημειώνει “score” ενσυναίσθησης από τον αριθμό 20 που θεωρείται η χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία, ως τον αριθμό 140 που αποτελεί και το μέγιστο “score” ενσυναίσθησης.

Στην παρούσα μελέτη θεωρούμε ως μηδενική υπόθεση πως η βαθμολογία της ενσυναίσθησης ακολουθεί την κανονική κατανομή και ορίζουμε το $p=0.05$.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η μέση τιμή του “score” ενσυναίσθησης, η μικρότερη και η μεγαλύτερη βαθμολογία ενσυναίσθησης που σημείωσαν οι συμμετέχοντες, η τυπική απόκλιση και η τιμή του “p”.

Πίνακας 9

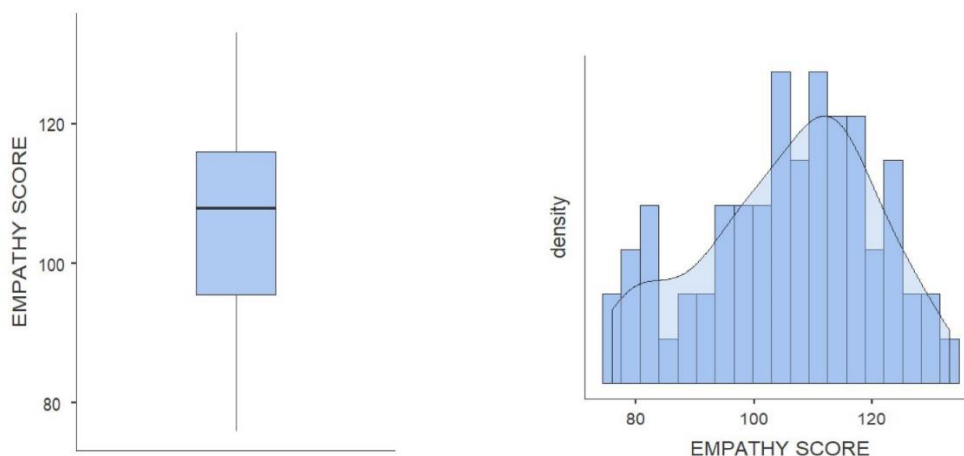
Σκορ ενσυναίσθησης συμμετεχόντων ιατρών

“EMPATHY SCORE”

ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΣΚΟΡ(“MEAN”)	106
ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ ΣΚΟΡ(“MAXIMUM”)	133
ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ ΣΚΟΡ(“MINIMUM”)	76
ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (“STANDARD DEVIATION”)	14.6
SHAPIRO-WILK “P”	0.06

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως σε μία κλίμακα που μπορεί να βαθμολογηθεί από το 20 έως το 140, ο μέσος όρος του σκορ που σημείωσαν οι ιατροί που συμμετείχαν ήταν το 106, η μικρότερη τιμή του σκορ που καταγράφηκε ήταν το 76 ενώ η υψηλότερη το 133. Η τυπική απόκλιση υπολογίστηκε σε 14.6 ενώ το p ήταν $0.06 >$

0.05 άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το δείγμα μας ακολουθεί την κανονική κατανομή ως προς τις τιμές του “empathy score”. Στις εικόνες 1 και 2 που ακολουθούν φαίνονται δύο γραφήματα που περιγράφουν την κατανομή του σκορ ενσυναίσθησης του δείγματος.



Εικόνα 1(box plot) και 2(ιστόγραμμα): Απεικόνιση της κατανομής του “score” ενσυναίσθησης στο δείγμα της έρευνας.

3.3 Παρουσίαση αποτελεσμάτων των απαντήσεων των ερωτήσεων κλειστού τύπου σχετικά με την έννοια της ενσυναίσθησης

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, οι ιατροί καλούνται να απαντήσουν σε μία σειρά ερωτήσεων κλειστού τύπου οι οποίες σχετίζονται με την ενσυναίσθηση. Για τους ιατρούς που ασχολούνται αποκλειστικά με παιδιατρικό πληθυσμό ο αριθμός των ερωτήσεων ήταν 11, ενώ για τους ιατρούς που η ειδικότητά τους δεν αποκλείει τη διαχείριση παιδιατρικών περιστατικών ο αριθμός των ερωτήσεων ήταν 9. Οι κοινές ερωτήσεις ήταν 8. Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στις ερωτήσεις αυτές.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ 8 ΚΟΙΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΤΥΠΟΥ(N=70)

Γνωρίζετε την έννοια «ενσυναίσθηση»;

ΝΑΙ (N=66, 94.3%)

ΟΧΙ (N=4, 5.7%)

Αν τη γνωρίζετε, έχετε διαβάσει βιβλιογραφία σχετικά με αυτή;

ΝΑΙ (N=32, 45.7%) ΟΧΙ (N=38, 54.3%)

Θεωρείτε τον εαυτό σας ενσυναισθητικό;

ΝΑΙ (N=54, 77.1%) ΟΧΙ (N=16, 22.9%)

Σας έχει απασχολήσει αυτή σας η δεξιότητα σε ώρες εκτός δουλειάς(ανακαλείτε στη μνήμη σας περιστατικά ασθενών σε ώρες εκτός υπηρεσίας τοποθετώντας τον εαυτό σας στη θέση τους ή των γονέων τους);

ΝΑΙ (N=57, 81.4%) ΟΧΙ (N=13, 18.6%)

Έχει επιδράσει ποτέ αρνητικά ένα ιατρικό περιστατικό στην εργασιακή σας απόδοση λόγω στενάχωρων συναισθημάτων;

ΝΑΙ (N=39, 55.7%) ΟΧΙ (N=31, 44.3%)

Προσπαθήσατε ποτέ να βρείτε αμυντικούς μηχανισμούς ώστε να σας επηρεάζουν λιγότερο συναισθηματικά τα περιστατικά που διαχειρίζεστε;

ΝΑΙ (N=51, 72.8%) ΟΧΙ (N=19, 27.2%)

Σε περιστατικό θανάτου παιδιού που νοσηλεύετε, σας είναι δύσκολο να συνεχίσετε να παρέχετε τις υπηρεσίες σας «το ίδιο καλά» για το υπόλοιπο της ημέρας;

ΝΑΙ (N=37, 52.8%) ΟΧΙ (N=33, 47.2%)

Έχετε ποτέ ζητήσει βοήθεια συμβούλου ψυχικής υγείας λόγω συναισθηματικής κόπωσης που προέρχεται από τα περιστατικά παιδιών που διαχειρίζεστε;

ΝΑΙ (N=2, 3%) ΟΧΙ (N=68, 97%)

Συνοπτικά: Το 94.3% του δείγματος γνωρίζει την έννοια της ενσυναίσθησης και το 54.3% αυτού δεν έχει διαβάσει βιβλιογραφία σχετικά με αυτή. Το 77.1% του πληθυσμού που ερωτήθηκε θεωρεί τον εαυτό του ενσυναισθητικό. Το 81.4% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα ανακαλούν στη μνήμη τους περιστατικά ασθενών σε ώρες εκτός υπηρεσίας τοποθετώντας τον εαυτό τους στη θέση των ασθενών ή των γονέων τους. Στο 55.7% του δείγματος έχει επιδράσει αρνητικά ένα ιατρικό περιστατικό στην εργασιακή τους απόδοση λόγω στενάχωρων συναισθημάτων. Το 72.8% των ιατρών προσπάθησαν να βρουν αμυντικούς

μηχανισμούς ώστε να επηρεάζονται λιγότερο συναισθηματικά από τα περιστατικά που διαχειρίζονται. Στο 52.8% των ιατρών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο είναι δύσκολο να συνεχίσουν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους «το ίδιο καλά» για το υπόλοιπο της ημέρας όταν έχει προηγηθεί θάνατος παιδιού. Τέλος, το 97% των συμμετεχόντων δεν έχει ζητήσει βοήθεια συμβούλου ψυχικής υγείας για τη διαχείριση της συναισθηματικής κόπωσης που τους προκαλεί η διαχείριση παιδιατρικών περιστατικών.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ 3 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΥΣ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ(N=45)

Το γεγονός ότι ασχολείστε με παιδιατρικό πληθυσμό ως επαγγελματίες υγείας, θεωρείτε πως σας φθείρει περισσότερο συναισθηματικά σε σχέση με το να κάνετε κάποια άλλη ειδικότητα;

ΝΑΙ (N=19, 42%) ΟΧΙ (N=26, 58%)

Έχετε(για τους ειδικευόμενους) ή είχατε(για τους ειδικούς) ποτέ σκεφτεί να αλλάξετε ειδικότητα κατά τη διάρκεια της άσκησής σας ως ειδικευόμενοι λόγω του γεγονότος ότι ασχολείστε με παιδιά;

ΝΑΙ (N=7, 15%) ΟΧΙ (N=38, 85%)

Αν είχατε τη δυνατότητα να γυρίσετε πίσω το χρόνο στην επιλογή ειδικότητας, θα επιλέγατε την ίδια;(παρακαλώ να απαντήσετε εξαιρώντας τα κριτήρια επαγγελματικής αποκατάστασης και οικονομικών απολαβών)

ΝΑΙ (N=34, 76%) ΟΧΙ (N=11, 24%)

Συνοπτικά: Το 58% των ιατρών που ασχολούνται αποκλειστικά με παιδιατρικούς πληθυσμούς και συμμετείχε στην έρευνα θεωρούν πως το γεγονός ότι ασχολούνται αποκλειστικά με παιδιατρικούς ασθενείς δεν τους φθείρει περισσότερο συναισθηματικά σε σχέση με το να ασκούσαν κάποια άλλη ιατρική ειδικότητα. Το 85% του ίδιου δείγματος δεν έχει σκεφτεί έως τώρα να αλλάξει ειδικότητα ώστε να αποδεσμευτεί από τον παιδιατρικό πληθυσμό. Τέλος, το 76% του δείγματος δηλώνει πως αν είχε τη δυνατότητα να γυρίσει πίσω το χρόνο στην επιλογή ειδικότητας θα επέλεγε ξανά την ίδια.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΥΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ(N=25)

Έχετε ποτέ σκεφτεί να μην εμπλακείτε ποτέ ξανά στην αντιμετώπιση παιδιατρικών περιστατικών που άπτονται της ειδικότητάς σας λόγω αντίκτυπου στο συναισθηματικό σας κόσμο;

ΝΑΙ (N=3, 12%)

ΟΧΙ (N=22, 88%)

Συνοπτικά: Το 88% των ιατρών, που η ειδικότητά τους δεν αποκλείει τη διαχείριση παιδιατρικών περιστατικών και απάντησαν στο ερωτηματολόγιο της έρευνας, δεν έχουν σκεφτεί να μην εμπλακούν ποτέ ξανά στην αντιμετώπιση παιδιατρικών περιστατικών που άπτονται της ειδικότητάς τους λόγω αντίκτυπου στο συναισθηματικό τους κόσμο.

3.4 Συσχέτιση του επιπέδου ενσυναίσθησης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, η κλίμακα “Jefferson” για την εκτίμηση του επιπέδου ενσυναίσθησης των ιατρών χαρακτηρίζεται από δύο ακραίες τιμές. Το χαμηλότερο “score” που μπορεί να παρατηρηθεί είναι το 20 και το υψηλότερο το 140. Στην παρούσα μελέτη, το σκορ των συμμετεχόντων κυμαίνεται στο διάστημα 76-133, δηλαδή το χαμηλότερο σκορ που σημειώθηκε ήταν το 76 και το υψηλότερο το 133. Προκειμένου να προχωρήσουμε στην ανάλυση της συσχέτισης του σκορ ενσυναίσθησης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, αποφασίστηκε να ομαδοποιηθούν τα σκορ σε δύο ομάδες. Στη μία ομάδα ανήκουν εκείνοι που το σκορ ενσυναίσθησής τους κινείται στο διάστημα 20-80 και χαρακτηρίζεται ως χαμηλό. Στη δεύτερη ομάδα ανήκουν εκείνοι που το σκορ τους κυμαίνεται ανάμεσα στις τιμές 81-140 και χαρακτηρίζεται ως υψηλό. Συνεπώς στην παρούσα εργασία υιοθετείται η συνθήκη που παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα προς διευκόλυνση της ανάλυσης των δεδομένων.

Πίνακας 10

EMPATHY SCORE	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ
20-80	ΧΑΜΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ
81-140	ΥΨΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Χρησιμοποιώντας την παραπάνω συνθήκη, τα αποτελέσματα του σκορ ενσυναίσθησης του εξεταζόμενου δείγματος χωρίζονται σε δύο ομάδες όπως φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 11

EMPATHY LEVEL	Συχνότητα N	Ποσοστό %
ΧΑΜΗΛΟ	5	7.1%
ΥΨΗΛΟ	65	92.9%

Προκύπτει έτσι ότι το 92.9% του δείγματος των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης.

Ακολουθεί η παρουσίαση των συσχετίσεων του επιπέδου ενσυναίσθησης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Για τον έλεγχο ύπαρξης της συσχέτισης μεταξύ των παρακάτω ποιοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ο χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας. Το ανώτερο επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης είναι το 5% και το διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Ως μηδενική υπόθεση θεωρούμε πως:

H₀₁: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου ενσυναίσθησης και φύλου

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.596 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης δε φαίνεται να σχετίζεται με το φύλο στους ιατρούς των παιδιατρικών ειδικοτήτων.

H₀₂: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου ενσυναίσθησης και ηλικιακής ομάδας

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.637 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης δε φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων.

H₀₃: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου ενσυναίσθησης και οικογενειακής κατάστασης

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.059 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης δε φαίνεται να σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

H₀₄: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου ενσυναίσθησης και παρουσίας παιδιού

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.024 < 0.05$ άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης φαίνεται να σχετίζεται με την παρουσία παιδιού στους ιατρούς των παιδιατρικών ειδικοτήτων, με τους συμμετέχοντες που είναι γονείς να σημειώνουν υψηλότερα σκορ ενσυναίσθησης.

3.5 Συσχέτιση του επιπέδου ενσυναίσθησης με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Ακολουθεί η παρουσίαση των συσχετίσεων του επιπέδου ενσυναίσθησης με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Για τον έλεγχο ύπαρξης της συσχέτισης μεταξύ των παρακάτω ποιοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ο χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας. Το ανώτερο επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης είναι το 5% και το διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Ως μηδενική υπόθεση θεωρούμε πως:

H₀₁: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου ενσυναίσθησης και επιπέδου ιατρικών σπουδών (παρουσία τίτλου ιατρικής, μεταπτυχιακού τίτλου, διδακτορικού τίτλου)

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.955 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης δε φαίνεται να σχετίζεται με το επίπεδο σπουδών των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ho₂: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου ενσυναίσθησης και θέσης εργασίας (ειδικός ή ειδικευόμενος ιατρός)

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.313 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης δε φαίνεται να σχετίζεται με το θέση εργασίας των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Το επίπεδο της ενσυναίσθησης, δηλαδή, δε διαφέρει μεταξύ ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών παιδιατρικών ειδικοτήτων.

Ho₃: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου ενσυναίσθησης και ιατρικής ειδικότητας

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.131 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης δε φαίνεται να σχετίζεται με την ειδικότητα των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Στο σημείο αυτό η συγγραφέας οφείλει να υπενθυμίσει πως η μελέτη γίνεται τόσο σε ομάδα ιατρών που ασχολούνται με παιδιατρικούς πληθυσμούς αποκλειστικά (παιδιάτροι και χειρουργοί παιδιών), όσο και σε ομάδα ιατρών που η ειδικότητά τους δεν αποκλείει τη διαχείριση παιδιατρικών περιστατικών (αναισθησιολόγοι, πλαστικοί χειρουργοί και ορθοπαιδικοί).

Ho₄: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου ενσυναίσθησης και εργασιακής εμπειρίας σε έτη

Για να γίνει η μελέτη αυτής της συσχέτισης η μεταβλητή «εργασιακή εμπειρία σε έτη» θεωρήθηκε ποιοτική, καθώς οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ήταν με βάση την ομαδοποίηση των ηλικιών (0-5, 6-10, 11-15, 16-20, 20 και άνω) και όχι με μεμονωμένους αριθμούς ώστε να θεωρηθεί ποσοτική.

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.035 < 0.05$ άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης φαίνεται να σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία σε έτη των ιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη.

3.5 Παρουσίαση αποτελεσμάτων σχετικά με το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης του δείγματος

Για την αξιολόγηση του επιπέδου του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε στο ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους συμμετέχοντες το Maslach

Inventory Burnout. Η κλίμακα των Maslach et al αποτελείται από ερωτήσεις που είναι χωρισμένες σε τρεις ομάδες. Στις ερωτήσεις αυτές ο ιατρός καλείται να επιλέξει την απάντηση που συνάδει με τα βιώματά του από μία κλίμακα Likert, με την απάντηση «ποτέ δε μου συμβαίνει» να βαθμολογείται με 1 και την απάντηση «κάθε μέρα μου συμβαίνει» να βαθμολογείται με 7. Κάθε ομάδα ερωτήσεων βαθμολογείται ξεχωριστά. Ως προς τον καθορισμό, της κάθε μίας συνιστώσας σε υψηλό, μέτριο και χαμηλό επίπεδο, χρησιμοποιούνται οι παρακάτω ανεξάρτητες τιμές όπως ορίζονται από τους Maslach et al(26).

Πίνακας 12

ΕΠΙΠΕΔΟ BURNOUT	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ
ΥΨΗΛΟ	≥ 27	≥ 10	0-33
ΜΕΤΡΙΟ	19-26	6-9	34-39
ΧΑΜΗΛΟ	0-18	0-5	≥ 40

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η βαθμολογία για τη συναισθηματική εξουθένωση θεωρείται υψηλή όταν είναι μεγαλύτερη ή ίση με 27, χαμηλή όταν είναι μικρότερη ή ίση με 18 και μέτρια όταν κυμαίνεται μεταξύ του διαστήματος 19-26.

Για την αποπροσωποποίηση, η βαθμολογία θεωρείται υψηλή όταν είναι μεγαλύτερη ή ίση με 10, χαμηλή όταν είναι μικρότερη ή ίση με 5 και μέτρια όταν κυμαίνεται μεταξύ του διαστήματος 6-9.

Για την κατηγορία της εκτίμησης των προσωπικών επιτευγμάτων, όταν η βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ του διαστήματος 0-33 θεωρείται ότι υπάρχει υψηλό επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, χαμηλό επίπεδο έλλειψης όταν είναι μεγαλύτερη ή ίση με 40 και μέτριο επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων όταν η βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ του διαστήματος 34-39.

Στην παρούσα έρευνα, για στατιστικούς λόγους, έγινε εκ νέου κωδικοποίηση των κατηγοριών ανά διάσταση επαγγελματικής εξουθένωσης, από χαμηλό, μέσο και

υψηλό επίπεδο σε υψηλό και χαμηλό επίπεδο , με το τελευταίο να αφομοιώνει τις τιμές του μέσου.

Οι Maslach et al εξηγούν πως όταν σημειώνεται υψηλή βαθμολογία στις δύο πρώτες εκ των τριών διαστάσεων του ερωτηματολογίου, δηλαδή στη συναισθηματική εξουθένωση και στην αποπροσωποποίηση, οι εργαζόμενοι (στην προκειμένη περίπτωση οι ιατροί) έχουν υψηλότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης(26). Σχετικά με την τρίτη διάσταση, δηλαδή την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, δεν φαίνεται να επηρεάζεται ή να επηρεάζει τις βαθμολογίες των άλλων δύο συνιστωσών(26). Σημειώνεται πως η βαθμολογία για κάθε συνιστώσα υπολογίζεται ξεχωριστά και δεν υπολογίζεται άθροισμα συνιστωσών το οποίο θα οδηγήσει στο συμπέρασμα ύπαρξης ή όχι συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης(26).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των τριών συνιστωσών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης του δείγματος της παρούσας μελέτης.

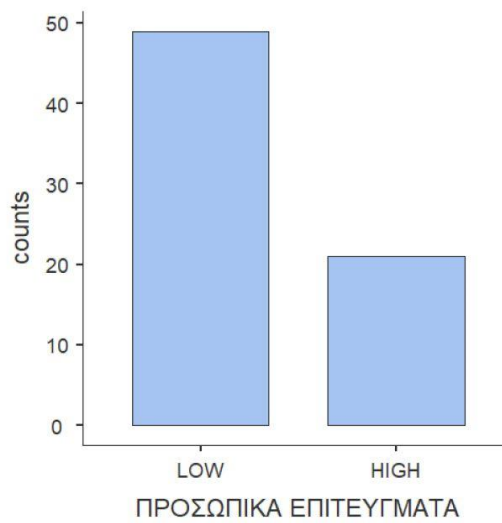
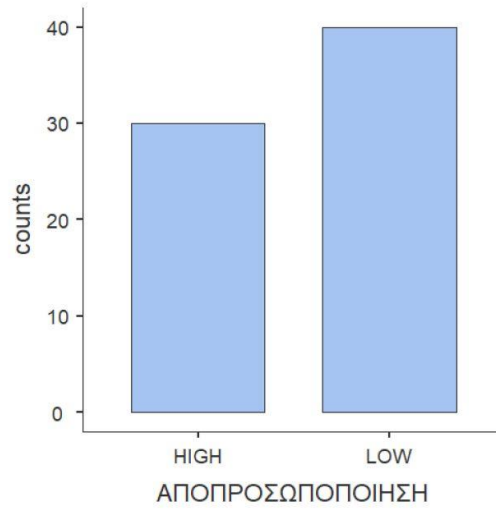
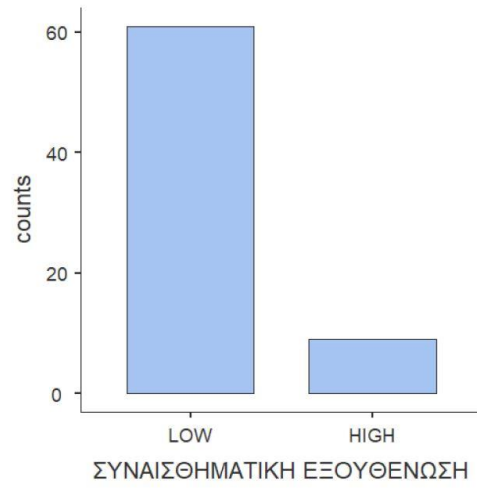
Πίνακας 13

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΤΡΙΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

<u>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ</u>	<u>ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ</u>		<u>ΕΛΛΕΙΨΗ</u>
<u>ΕΠΙΠΕΔΟΥ</u>	<u>ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ</u>	<u>ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ</u>	<u>ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ</u>
			<u>ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ</u>
ΧΑΜΗΛΟ	87.1% (N=61)	57.1% (N=40)	70% (N=49)
ΥΨΗΛΟ	12.9% (N=9)	42.9% (N=30)	30% (N=21)

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως το 87.1% του δείγματος της μελέτης παρουσιάζει χαμηλό επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης. Το 57.1% των συμμετεχόντων στην έρευνα παρουσιάζει χαμηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης και το 70% αυτών σημειώνει χαμηλό επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων.

Στις παρακάτω εικόνες παρουσιάζονται τα γραφήματα που απεικονίζουν την κατανομή των βαθμολογιών των τριών διαστάσεων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης του δείγματος.



Εικόνες 3,4 και 5: Γραφήματα που απεικονίζουν την κατανομή των βαθμολογιών του δείγματος στις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών.

3.6 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων των απαντήσεων κλειστού τύπου σχετικά με την έννοια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών

Στο τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου, οι ιατροί καλούνται να απαντήσουν σε έξι ερωτήσεις κλειστού τύπου οι οποίες σχετίζονται με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν. Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στις ερωτήσεις αυτές.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ 6 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΓΙΑ ΤΟ “BURNOUT” (N=70)

Ζητήσατε ποτέ άδεια από τον εργασιακό σας χώρο μετά από ένα σύνθετο περιστατικό που διαχειριζόσασταν και σας έφθειρε συναισθηματικά;

ΝΑΙ (N=6, 8.6%) ΟΧΙ (N=64, 91.4%)

Θεωρείτε πως εμφανίζετε συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (διαταραχές ύπνου- διατροφής-έξις-ευερεθιστότητα-έλλειψη υπομονής-αίσθημα ανικανοποίητου κ.α.);

ΝΑΙ (N=35, 50%) ΟΧΙ (N=35, 50%)

Θεωρείτε πως όταν αισθάνεστε έντονη ψυχική και σωματική κόπωση αντιμετωπίζετε πιο απρόσωπα τους ασθενείς σας;

ΝΑΙ (N=42, 60%) ΟΧΙ (N=28, 40%)

Θεωρείτε πως πρέπει οι επαγγελματίες υγείας παιδιού να επισκέπτονται σε καθιερωμένη βάση έναν σύμβουλο ψυχικής υγείας προκειμένου να αποφορτίζονται τακτικά από τον ψυχικό φόρτο που τους προκαλεί η δουλειά τους;

ΝΑΙ (N=18, 26%) ΟΧΙ (N=52, 74%)

Θεωρείτε απαραίτητη τη δημιουργία οργανωμένης δομής συμβούλων ψυχικής υγείας που θα έχει ως σκοπό την αποφόρτιση των επαγγελματιών υγείας παιδιού;

ΝΑΙ (N=58, 83%) ΟΧΙ (N=12, 17%)

Έχετε κάποιο «χόμπι» που σας βοηθά να αποφορτίζεστε σε ώρες εκτός δουλειάς; Αν ναι, ποιο είναι αυτό;

ΝΑΙ (N=59, 84%) ΟΧΙ (N=11, 16%)

Συνοπτικά: Το 91.4% των ερωτηθέντων ιατρών δε ζήτησε ποτέ άδεια από την εργασία του έπειτα από τη διαχείριση ενός σύνθετου περιστατικού που τους έφθειρε συναισθηματικά. Το 50% των συμμετεχόντων θεωρεί πως εμφανίζει συμπτώματα του

συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης όπως διαταραχές ύπνου-διατροφής, έξεις, ευερεθιστότητα, έλλειψη υπομονής και αίσθημα ανικανοποίητου. Το 60% του δείγματος θεωρεί πως όταν αισθάνεται έντονη ψυχική και σωματική κόπωση αντιμετωπίζει τους ασθενείς του πιο απρόσωπα. Το 74% των ιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη δεν θεωρούν πως πρέπει οι επαγγελματίες υγείας παιδιού να επισκέπτονται σε καθιερωμένη βάση έναν σύμβουλο ψυχικής υγείας προκειμένου να αποφορτίζονται τακτικά από τον ψυχικό φόρτο που τους προκαλεί η δουλειά τους ενώ το 83% αυτών θεωρούν απαραίτητη τη δημιουργία οργανωμένης δομής συμβούλων ψυχικής υγείας που θα έχει ως σκοπό την αποφόρτιση των επαγγελματιών υγείας παιδιού. Τέλος, το 84% του δείγματος έχει κάποιο «χόμπι» που συμβάλλει στην αποφόρτισή του σε ώρες εκτός δουλειάς. Συγκεκριμένα, το 56% δήλωσε πως επιλέγει τη γυμναστική ως μέσο αποσυμφόρησης από την εργασιακή ένταση, το 13% το διάβασμα και τη συγγραφή, το 8% την ενασχόληση με τη μουσική και το 7% τα ταξίδια ενώ το 16% του δείγματος δεν έχει κάποιο «χόμπι».

3.7 Συσχέτιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Ακολουθεί η παρουσίαση των συσχετίσεων του επιπέδου του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, τρεις είναι οι διαστάσεις οι οποίες αξιολογούνται ξεχωριστά για το επίπεδο του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και δεν είναι άλλες από την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Οι συσχετίσεις θα γίνουν για την κάθε συνιστώσα του συνδρόμου ξεχωριστά. Για τον έλεγχο ύπαρξης της συσχέτισης μεταξύ των παρακάτω ποιοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ο χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας. Το ανώτερο επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης είναι το 5% και το διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

1.Μελέτη συσχέτισης συναισθηματικής εξουθένωσης και δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Ως μηδενική υπόθεση θεωρούμε πως:

Ho₁: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου συναισθηματικής εξάντλησης και φύλου

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.016 < 0.05$ άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης φαίνεται να σχετίζεται με το φύλο στους ιατρούς των παιδιατρικών ειδικοτήτων.

Ho₂: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου συναισθηματικής εξάντλησης και ηλικιακής ομάδας

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.467 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης δε φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων.

Ho₃: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου συναισθηματικής εξάντλησης και οικογενειακής κατάστασης

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.465 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης δε φαίνεται να σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ho₄: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου συναισθηματικής εξάντλησης και παρουσίας παιδιού

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.653 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης δε φαίνεται να σχετίζεται με το αν οι ιατροί είναι ή όχι γονείς.

2.Μελέτη συσχέτισης αποπροσωποποίησης και δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Ως μηδενική υπόθεση θεωρούμε πως:

Ho₁: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου αποπροσωποποίησης και φύλου

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.836 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο αποπροσωποποίησης φαίνεται να μη σχετίζεται με το φύλο στους ιατρούς των παιδιατρικών ειδικοτήτων της παρούσας μελέτης.

Ho₂: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου αποπροσωποποίησης και ηλικιακής ομάδας

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.011 < 0.05$ άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο αποπροσωποποίησης φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων.

Ho₃: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου αποπροσωποποίησης και οικογενειακής κατάστασης

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.537 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο αποπροσωποποίησης δε φαίνεται να σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ho₄: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου αποπροσωποποίησης και παρουσίας παιδιού

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.448 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο αποπροσωποποίησης δε φαίνεται να σχετίζεται με το αν οι ιατροί είναι ή όχι γονείς.

3.Μελέτη συσχέτισης έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Ως μηδενική υπόθεση θεωρούμε πως:

Ho₁: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και φύλου

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.251 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων φαίνεται να μη σχετίζεται με το φύλο στους ιατρούς των παιδιατρικών ειδικοτήτων.

Ho₂: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και ηλικιακής ομάδας

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.086 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων δε φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων.

Ho₃: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και οικογενειακής κατάστασης

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.806 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων δε φαίνεται να σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ho₄: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και παρουσίας παιδιού

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.095 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων δε φαίνεται να σχετίζεται με το αν οι ιατροί είναι ή όχι γονείς.

3.7 Συσχέτιση του επιπέδου του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και των επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Ακολουθεί η παρουσίαση των συσχετίσεων του επιπέδου του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, τρεις είναι οι διαστάσεις οι οποίες αξιολογούνται ξεχωριστά για το επίπεδο του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και δεν είναι άλλες από την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Οι συσχετίσεις θα γίνουν για την κάθε συνιστώσα του συνδρόμου ξεχωριστά. Για τον έλεγχο ύπαρξης της συσχέτισης μεταξύ των παρακάτω ποιοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ο χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας. Το ανώτερο επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης είναι το 5% και το διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

1.Μελέτη συσχέτισης συναισθηματικής εξουθένωσης και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Ως μηδενική υπόθεση θεωρούμε πως:

Ho₁: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου συναισθηματικής εξάντλησης και επιπέδου ιατρικών σπουδών (παρουσία τίτλου ιατρικής, μεταπτυχιακού τίτλου, διδακτορικού τίτλου)

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.142 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης δε φαίνεται να σχετίζεται με το επίπεδο σπουδών των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ho₂: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου συναισθηματικής εξάντλησης και θέσης εργασίας (ειδικός ή ειδικευόμενος ιατρός)

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.844 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης δε φαίνεται να σχετίζεται με το θέση εργασίας των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης, δηλαδή, δε διαφέρει μεταξύ ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών παιδιατρικών ειδικοτήτων.

Ho₃: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου συναισθηματικής εξάντλησης και ιατρικής ειδικότητας

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.131 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης δε φαίνεται να σχετίζεται με την ειδικότητα των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ho₄: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου συναισθηματικής εξάντλησης και εργασιακής εμπειρίας σε έτη

Για να γίνει η μελέτη αυτής της συσχέτισης η μεταβλητή «εργασιακή εμπειρία σε έτη» θεωρήθηκε ποιοτική, καθώς οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ήταν με βάση την ομαδοποίηση των ηλικιών (0-5, 6-10, 11-15, 16-20, 20 και άνω) και όχι με μεμονωμένους αριθμούς ώστε να θεωρηθεί ποσοτική.

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.698 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης φαίνεται πως δε σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία σε έτη των ιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη.

2.Μελέτη συσχέτισης αποπροσωποποίησης και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Ως μηδενική υπόθεση θεωρούμε πως:

Ho₁: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου αποπροσωποποίησης και επιπέδου ιατρικών σπουδών (παρουσία τίτλου ιατρικής, μεταπτυχιακού τίτλου, διδακτορικού τίτλου)

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.002 < 0.05$ άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο αποπροσωποποίησης φαίνεται να σχετίζεται με το επίπεδο σπουδών των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ho₂: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου αποπροσωποποίησης και θέσης εργασίας (ειδικός ή ειδικευόμενος ιατρός)

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.001 < 0.05$ άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο αποπροσωποποίησης φαίνεται να σχετίζεται με το θέση εργασίας των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Το επίπεδο της αποπροσωποποίησης φαίνεται πως είναι υψηλότερο στους ειδικευόμενους ιατρούς παιδιατρικών ειδικοτήτων.

Ho₃: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου αποπροσωποποίησης και ιατρικής ειδικότητας

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.417 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο αποπροσωποποίησης δε φαίνεται να σχετίζεται με την ειδικότητα των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ho₄: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου αποπροσωποποίησης και εργασιακής εμπειρίας σε έτη

Για να γίνει η μελέτη αυτής της συσχέτισης η μεταβλητή «εργασιακή εμπειρία σε έτη» θεωρήθηκε ποιοτική, καθώς οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ήταν με βάση την ομαδοποίηση των ηλικιών (0-5, 6-10, 11-15, 16-20, 20 και άνω) και όχι με μεμονωμένους αριθμούς ώστε να θεωρηθεί ποσοτική.

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.169 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο αποπροσωποποίησης φαίνεται πως δε σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία σε έτη των ιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη.

3.Μελέτη συσχέτισης έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Ως μηδενική υπόθεση θεωρούμε πως:

Ho₁: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και επιπέδου ιατρικών σπουδών (παρουσία τίτλου ιατρικής, μεταπτυχιακού τίτλου, διδακτορικού τίτλου)

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.001 < 0.05$ άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων φαίνεται να σχετίζεται με το επίπεδο σπουδών των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ho₂: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και θέσης εργασίας (ειδικός ή ειδικευόμενος ιατρός)

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.081 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων δε φαίνεται να σχετίζεται με το θέση εργασίας των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, δηλαδή, δε διαφέρει μεταξύ ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών παιδιατρικών ειδικοτήτων.

Ho₃: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και ιατρικής ειδικότητας

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.403 > 0.05$ άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων δε φαίνεται να σχετίζεται με την ειδικότητα των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ho₄: δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιπέδου έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων και εργασιακής εμπειρίας σε έτη

Για να γίνει η μελέτη αυτής της συσχέτισης η μεταβλητή «εργασιακή εμπειρία σε έτη» θεωρήθηκε ποιοτική, καθώς οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ήταν με βάση την ομαδοποίηση των ηλικιών (0-5, 6-10, 11-15, 16-20, 20 και άνω) και όχι με μεμονωμένους αριθμούς ώστε να θεωρηθεί ποσοτική.

Σύμφωνα με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας προκύπτει πως το $p=0.011 < 0.05$ άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο έλλειψης προσωπικών

επιτευγμάτων φαίνεται πως σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία σε έτη των ιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη.

3.8 Συνοπτική παρουσίαση συσχετίσεων του επιπέδου ενσυναίσθησης και του επιπέδου των τριών συνιστωσών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται συνοπτικά οι συσχετίσεις των δύο φαινομένων που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ιατρών που συμμετείχαν. Οι συσχετίσεις προέκυψαν μετά την εφαρμογή του χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας. Το ανώτερο επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης ήταν το 5% και το διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Πίνακας 14

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ, ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ, ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ
ΦΥΛΟ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.596	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.016	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.836	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.251
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.637	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.467	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.011	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.086
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.059	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.465	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.537	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.806
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.024	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.653	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.448	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.095
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΕΤΗ	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.035	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.698	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.169	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.011
ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ(MD, MSc,PhD)	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.955	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.142	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.002	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.001
ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ(ΕΙΔΙΚΕ ΥΜΕΝΟΣ-ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ)	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.313	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.844	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.001	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.081
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.131	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.131	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.417	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.403

Συμπερασματικά, το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος της παρούσας μελέτης σχετίζεται με την παρουσία παιδιού και με την εργασιακή εμπειρία σε έτη αλλά δε φαίνεται να σχετίζεται με τους λοιπούς δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες που μελετήθηκαν.

Το επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης σχετίζεται με το φύλο και το επίπεδο αποπροσωποποίησης σχετίζεται με την ηλικιακή ομάδα, το επίπεδο σπουδών και την εργασιακή θέση. Τέλος, το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων προκύπτει πως σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία σε έτη και το επίπεδο σπουδών του δείγματος.

3.9 Συσχέτιση του επιπέδου ενσυναίσθησης και του επιπέδου των τριών διαστάσεων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης του δείγματος

Στο παρόν υποκεφάλαιο της παρουσίασης των αποτελεσμάτων της μελέτης αυτής, θα περιγραφεί η συσχέτιση του επιπέδου ενσυναίσθησης και των επιπέδων των τριών συνιστωσών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών παιδιατρικών πληθυσμών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα στην αρχή του τρίτου κεφαλαίου του ερευνητικού μέρους το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος κατηγοριοποιήθηκε σε δύο μεγάλες ομάδες όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα 10. Στη μία ομάδα ανήκουν όσοι η βαθμολογία τους στην κλίμακα Jefferson ανήκει στο διάστημα 20-80 και χαρακτηρίζεται ως «χαμηλό επίπεδο ενσυναίσθησης» και στην άλλη ομάδα ανήκουν εκείνοι που η βαθμολογία τους κινείται στο διάστημα 81-140 και χαρακτηρίζεται ως «υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης».

Πίνακας 10

EMPATHY SCORE	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ
20-80	ΧΑΜΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ
81-140	ΥΨΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Χρησιμοποιώντας την παραπάνω συνθήκη, τα αποτελέσματα του σκορ ενσυναίσθησης του εξεταζόμενου δείγματος διαμορφώθηκαν όπως φαίνεται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11

EMPATHY LEVEL	Συχνότητα N	Ποσοστό %
ΧΑΜΗΛΟ	5	7.1%
ΥΨΗΛΟ	65	92.9%

Όσον αφορά στα αποτελέσματα του επιπέδου των τριών συνιστωσών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης του δείγματος αυτά απεικονίζονται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13

<u>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ</u> <u>ΕΠΙΠΕΔΟΥ</u>	<u>ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ</u> <u>ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ</u>	<u>ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ</u>	<u>ΕΛΛΕΙΨΗ</u> <u>ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ</u> <u>ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ</u>
ΧΑΜΗΛΟ	87.1% (N=61)	57.1% (N=40)	70% (N=49)
ΥΨΗΛΟ	12.9% (N=9)	42.9% (N=30)	30% (N=21)

Για τη μελέτη της συσχέτισης των δύο αυτών φαινομένων, το επίπεδο των οποίων εκτιμήθηκε στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε το “Mc Nemar test” για τη διερεύνηση της συσχέτισης δύο μεταβλητών στο ίδιο δείγμα του πληθυσμού. Το ανώτερο επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης είναι το 5% και το διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Έτσι διαμορφώνονται οι εξής τρεις μηδενικές υποθέσεις :

H₀₁: Το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος δε σχετίζεται με το επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης αυτού.

H₀₂: Το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος δε σχετίζεται με το επίπεδο αποπροσωποποίησης αυτού.

H₀₃: Το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος δε σχετίζεται με το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων αυτού.

Έλεγχος εγκυρότητας πρώτης υπόθεσης:

Ho₁: Το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος δε σχετίζεται με το επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης αυτού.

Από την εφαρμογή του “Mc Nemar Test” για τη διερεύνηση της συσχέτισης των δύο αυτών μεταβλητών στο ίδιο δείγμα του πληθυσμού που μελετήθηκε, προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

Contingency Tables			
ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ			
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ	ΧΑΜΗΛΟ	ΥΨΗΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΧΑΜΗΛΟ	4	1	5
ΥΨΗΛΟ	57	8	65
ΣΥΝΟΛΟ	61	9	70

McNemar Test			
	Value	df	p
χ^2	54.1	1	< .001
Log odds ratio exact	-4.04		< .001
N	70		

Παρατηρείται πως η τιμή του “p” που προέκυψε από την παραπάνω δοκιμασία ισούται με $0.001 < 0.005$ άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος σχετίζεται με το επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης αυτού. Όσον αφορά στο είδος της σχέσης των δύο μεταβλητών, προκύπτει από την τιμή του OR (odds ratio) πως τα δύο φαινόμενα έχουν αρνητική συσχέτιση διότι $OR = -4.04 < 1$ άρα η αύξηση της μίας μεταβλητής συνδέεται με μείωση της άλλης.

Συμπέρασμα πρώτο: Η αύξηση του επιπέδου ενσυναίσθησης συνδέεται με τη μείωση του επιπέδου συναισθηματικής εξάντλησης των ιατρών του δείγματος που μελετήθηκε.

Έλεγχος εγκυρότητας δεύτερης υπόθεσης:

Ho₂: Το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος δε σχετίζεται με το επίπεδο αποπροσωποποίησης αυτού.

Από την εφαρμογή του “Mc Nemar Test” για τη διερεύνηση της συσχέτισης των δύο αυτών μεταβλητών στο ίδιο δείγμα του πληθυσμού που μελετήθηκε, προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

Contingency Tables			
ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗΣ			
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ	ΧΑΜΗΛΟ	ΥΨΗΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΧΑΜΗΛΟ	2	3	5
ΥΨΗΛΟ	38	27	65
ΣΥΝΟΛΟ	40	30	70

McNemar Test			
	Value	df	p
χ^2	21.6	1	< .001
Log odds ratio exact	-2.60		< .001
N	70		

Παρατηρείται πως η τιμή του “p” που προέκυψε από την παραπάνω δοκιμασία ισούται με $0.001 < 0.005$ άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος σχετίζεται με το επίπεδο αποπροσωποποίησης αυτού. Όσον αφορά στο είδος της σχέσης των δύο μεταβλητών, προκύπτει από την τιμή του OR (odds ratio) πως τα δύο φαινόμενα έχουν αρνητική συσχέτιση διότι $OR = -2.60 < 1$ άρα η αύξηση της μίας μεταβλητής συνδέεται με μείωση της άλλης.

Συμπέρασμα δεύτερο: Η αύξηση του επιπέδου ενσυναίσθησης συνδέεται με τη μείωση του επιπέδου αποπροσωποποίησης των ιατρών του δείγματος που μελετήθηκε.

Έλεγχος εγκυρότητας τρίτης υπόθεσης:

H₀₃: Το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος δε σχετίζεται με το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων αυτού.

Από την εφαρμογή του “Mc Nemar Test” για τη διερεύνηση της συσχέτισης των δύο αυτών μεταβλητών στο ίδιο δείγμα του πληθυσμού που μελετήθηκε, προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

Contingency Tables			
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ			
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ	ΧΑΜΗΛΟ	ΥΨΗΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ
ΧΑΜΗΛΟ	1	4	5
ΥΨΗΛΟ	48	17	65
ΣΥΝΟΛΟ	49	21	70

McNemar Test			
	Value	df	p
χ^2	37.2	1	< .001
Log odds ratio exact	-2.48		< .001
N	70		

Παρατηρείται πως η τιμή του “p” που προέκυψε από την παραπάνω δοκιμασία ισούται με $0.001 < 0.005$ άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος σχετίζεται με το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων αυτού. Όσον αφορά στο είδος της σχέσης των δύο μεταβλητών , προκύπτει από την τιμή του OR (odds ratio) πως τα δύο φαινόμενα έχουν αρνητική συσχέτιση διότι $OR = -2.48 < 1$ άρα η αύξηση της μίας μεταβλητής συνδέεται με μείωση της άλλης.

Συμπέρασμα τρίτο: Η αύξηση του επιπέδου ενσυναίσθησης συνδέεται με τη μείωση του επιπέδου έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων των ιατρών του δείγματος που μελετήθηκε.

Συμπερασματικά, όπως προκύπτει από την παραπάνω στατιστική ανάλυση διαπιστώνεται η παρουσία αρνητικής συσχέτισης μεταξύ της ενσυναίσθησης και των τριών συνιστωσών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών παιδιατρικών πληθυσμών.

Κεφάλαιο Τέταρτο: «Συζήτηση»

Η παρούσα έρευνα είχε σαν σκοπό να μελετήσει το επίπεδο ενσυναίσθησης των ιατρών παιδιατρικών πληθυσμών , το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης αυτών και τη συσχέτιση των δύο παραπάνω φαινομένων τόσο μεταξύ τους όσο και με τα

δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Στην έρευνα συμμετείχαν 70 ιατροί παιδιατρικών πληθυσμών οι οποίοι εργάζονται σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομειακά ιδρύματα της Θεσσαλονίκης.

Στο πρώτο κεφάλαιο του ερευνητικού μέρους παρουσιάστηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα του παρόντος πονήματος, τα οποία ήταν τα εξής:

- I. Ποιο είναι το επίπεδο ενσυναίσθησης και ποιο είναι το επίπεδο του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών που ασχολούνται με παιδιατρικούς πληθυσμούς;
- II. Σχετίζονται ξεχωριστά τα δύο παραπάνω φαινόμενα με τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος;
- III. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου ενσυναίσθησης και του επιπέδου “burnout” στους ιατρούς που ασχολούνται με παιδιατρικούς πληθυσμούς και ποιά είναι αυτή;

Από την επεξεργασία και την ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που ετέθησαν.

Ξεκινώντας με την απάντηση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος, υπενθυμίζεται πως για τη μέτρηση του επιπέδου ενσυναίσθησης του δείγματος των ιατρών παιδιατρικών ειδικοτήτων και των ιατρών που η ειδικότητά τους δεν αποκλείει την αντιμετώπιση παιδιατρικού πληθυσμού χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του “Jefferson” για την αξιολόγηση του επιπέδου ενσυναίσθησης των ιατρών μεταφρασμένη, στην ελληνική γλώσσα. Η κλίμακα σημειώνει “score” ενσυναίσθησης από τον αριθμό 20 που θεωρείται η χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία, ως τον αριθμό 140 που αποτελεί και το μέγιστο “score” ενσυναίσθησης. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η στατιστική ανάλυση του επιπέδου ενσυναίσθησης αποφασίστηκε να ομαδοποιηθούν τα σκορ σε δύο ομάδες. Στη μία ομάδα ανήκουν εκείνοι που το σκορ ενσυναίσθησής τους κινείται στο διάστημα 20-80 και χαρακτηρίζεται ως χαμηλό. Στη δεύτερη ομάδα ανήκουν εκείνοι που το σκορ τους κυμαίνεται ανάμεσα στις τιμές 81-140 και χαρακτηρίζεται ως υψηλό. Συνεπώς στην παρούσα εργασία υιοθετήθηκε η συνθήκη που παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα προς διευκόλυνση της ανάλυσης των δεδομένων.

Πίνακας 10

EMPATHY SCORE	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ
20-80	ΧΑΜΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ
81-140	ΥΨΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Χρησιμοποιώντας την παραπάνω συνθήκη, τα αποτελέσματα του σκορ ενσυναίσθησης του εξεταζόμενου δείγματος χωρίζονται σε δύο ομάδες όπως φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 11

EMPATHY LEVEL	Συχνότητα N	Ποσοστό %
ΧΑΜΗΛΟ	5	7.1%
ΥΨΗΛΟ	65	92.9%

Συνεπώς, προκύπτει ότι το 92.9% του δείγματος των ιατρών παιδιατρικών ειδικοτήτων που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης, ενώ μόλις το 7.1% αυτών παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο ενσυναίσθησης. Υπενθυμίζεται πως ο μέσος όρος του σκορ ενσυναίσθησης που σημείωσαν οι ιατροί που συμμετείχαν ήταν το 106, η μικρότερη τιμή του σκορ που καταγράφηκε ήταν το 76 ενώ η υψηλότερη το 133.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα παρατηρείται πως οι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα και ανήκουν στη θεραπευτική ομάδα παιδιατρικών πληθυσμών σημειώνουν υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα ενσυναίσθησης γεγονός που συνάδει με τη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τους Hojat et al, οι ιατροί ειδικοτήτων που απαιτούν διαρκή και μακροχρόνια επαφή με τους ασθενείς τους σημειώνουν υψηλά σκορ ενσυναίσθησης. Στις ειδικότητες αυτές, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως «ασθενο-κεντρικές», ανήκουν πέραν από τους ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών, οι παθολόγοι, οι οικογενειακοί ιατροί καθώς και οι ψυχίατροι(44). Αξίζει να σημειωθεί πως στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι ακόμη και οι φοιτητές ιατρικής οι οποίοι προσανατολίζονται να ακολουθήσουν τις «ασθενο-κεντρικές» ειδικότητες που αναφέρονται παραπάνω σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα Jefferson ήδη από τα πρώτα έτη

της ιατρικής σχολής, σε σχέση με τους συναδέλφους τους οι οποίοι έχουν διαφορετικό προσανατολισμό ειδικότητας(44).

Η μέση τιμή της ενσυναίσθησης του δείγματος που εξετάστηκε στην παρούσα μελέτη είναι 106 και είναι χαμηλότερη από τη μέση τιμή της ενσυναίσθησης που παρατηρήθηκε σε έρευνα μέτρησης αυτής της ήπιας δεξιότητας αποκλειστικά σε παιδιάτρους από τους Hojat et al το 2002 και ήταν 121.5(45). Ενδεχομένως, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το δείγμα στο παρόν πόνημα περιείχε πέραν από ιατρούς αποκλειστικά παιδιατρικών πληθυσμών (παιδιάτρους και παιδοχειρουργούς), και ιατρούς των οποίων η ειδικότητα δεν αποκλείει την αντιμετώπιση παιδιατρικών ασθενών (αναισθησιολόγους, ορθοπαιδικούς και πλαστικούς χειρουργούς).

Οι σημαντικές διαφορές στα σκορ ενσυναίσθησης των ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων ακόμη και ανάμεσα στους ιατρούς του δείγματος της παρούσας έρευνας (υπενθυμίζεται πως το 7,1% των συμμετεχόντων σημείωσαν χαμηλό σκορ ενσυναίσθησης) ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι διαφορετικές προσωπικότητες με διαφορετικές διαπροσωπικές δεξιότητες (οι οποίες αντανακλώνται στο σκορ ενσυναίσθησής τους) ελκύονται από διαφορετικές ειδικότητες(46). Οι διαφορές αυτές ενδεχομένως προέρχονται και από τη διαφορετική έμφαση που δόθηκε στην εξέλιξη των ικανοτήτων αυτών κατά τη διάρκεια εκπαίδευσης στην εκάστοτε ειδικότητα(46). Σημειώνεται, πως οι αποκλίσεις στην προσωπικότητα των ιατρών και των φοιτητών ιατρικής μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην επιλογή ειδικότητας αλλά και να συμβάλουν στην εξέλιξη των προγραμμάτων σπουδών των Ιατρικών σχολών, τα οποία οφείλουν να αναδιαμορφωθούν και να προσανατολιστούν σε μία πιο εξατομικευμένη εκπαίδευση εστιάζοντας ακόμη και στα στοιχεία της προσωπικότητας του εκάστοτε φοιτητή(46). Οι Hojat et al προτείνουν ήδη από το 2002 τη διεξαγωγή προοπτικών μελετών που θα εξετάσουν τη σχέση μεταξύ επιπέδου ενσυναίσθησης και ακαδημαϊκής πορείας των φοιτητών ιατρικής, μελετών οι οποίες θα διερευνήσουν την ενδεχόμενη αλλαγή στο επίπεδο ενσυναίσθησης κατά τη διάρκεια των ιατρικών σπουδών καθώς και ερευνών που θα αξιολογήσουν τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της ενσυναίσθησης των ιατρών στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, στα κλινικά αποτελέσματα και στα ιατρικά σφάλματα(46), υπογραμμίζοντας τη σημασία του

επιπέδου της ενσυναίσθησης τόσο στην εκπαίδευση των ιατρών όσο και στην κλινική πράξη.

Όσον αφορά στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών παιδιατρικών πληθυσμών, για την αξιολόγησή του χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Maslach et al που μελετά τις τρεις συνιστώσες του συνδρόμου (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων). Από τις απαντήσεις του δείγματος προέκυψε πως το 87.1% του δείγματος της μελέτης παρουσιάζει χαμηλό επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης. Το 57.1% των συμμετεχόντων στην έρευνα παρουσιάζει χαμηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης και το 70% αυτών σημειώνει χαμηλό επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων.

Οι Maslach et al εξηγούν πως όταν σημειώνεται υψηλή βαθμολογία στις δύο πρώτες εκ των τριών διαστάσεων του ερωτηματολογίου, δηλαδή στη συναισθηματική εξουθένωση και στην αποπροσωποποίηση, οι εργαζόμενοι (στην προκειμένη περίπτωση οι ιατροί) έχουν υψηλότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης(26). Σχετικά με την τρίτη διάσταση, δηλαδή την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, δεν φαίνεται να επηρεάζεται ή να επηρεάζει τις βαθμολογίες των άλλων δύο συνιστωσών(26). Σημειώνεται πως η βαθμολογία για κάθε συνιστώσα υπολογίζεται ξεχωριστά και δεν υπολογίζεται άθροισμα συνιστωσών το οποίο θα οδηγήσει στο συμπέρασμα ύπαρξης ή όχι συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης(26).

Στην παρούσα μελέτη φαίνεται πως η πλειοψηφία των ιατρών παιδιατρικών ειδικοτήτων που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Τα δεδομένα που προέκυψαν από την ανάλυση αυτή προκαλούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στην παγκόσμια ιατρική κοινότητα αποτελεί μία μάστιγα της σύγχρονης εποχής. Σε δημοσιευμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Dewa et al, όπου μελετάται η σχέση μεταξύ του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρών και της ποιότητας υπηρεσιών που προσφέρουν, αναφέρεται πως οι ιατροί ανά τον κόσμο βιώνουν τουλάχιστον μία από τις διαστάσεις του συνδρόμου (συναισθηματική εξουθένωση, αποπροσωποποίηση, αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων) σε ποσοστό

33-50%(31). Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έρχονται να επιβεβαιώσουν τα παραπάνω ευρήματα των Dewa et al. Παρότι η πλειοψηφία των ιατρών του δείγματος σημειώνει χαμηλά επίπεδα στις τρεις συνιστώσες του συνδρόμου, δεν μπορεί να αγνοηθεί το γεγονός πως το 12.9% του δείγματος της μελέτης παρουσιάζει υψηλό επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης, το 42.9% των συμμετεχόντων στην έρευνα παρουσιάζει υψηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης και το 30% αυτών σημειώνει υψηλό επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων όπως φαίνεται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13

<u>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ</u> <u>ΕΠΙΠΕΔΟΥ</u>	<u>ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ</u> <u>ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ</u>	<u>ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ</u>	<u>ΕΛΛΕΙΨΗ</u> <u>ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ</u> <u>ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ</u>
ΧΑΜΗΛΟ	87.1% (N=61)	57.1% (N=40)	70% (N=49)
ΥΨΗΛΟ	12.9% (N=9)	42.9% (N=30)	30% (N=21)

Αρκετές μελέτες έχουν διεξαχθεί σε ιατρούς παιδιατρικών ειδικοτήτων σχετικά με το επίπεδο του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι πλειοψηφία των ερευνών περιλαμβάνει ειδικευόμενους ιατρούς παιδιατρικής οι οποίοι φαίνεται πως παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα “burnout” κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ειδίκευσής τους(38). Το 40% των ειδικευόμενων ιατρών στην ειδικότητα της Παιδιατρικής φαίνεται πως βιώνουν υψηλά επίπεδα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης(38) στα πρώτα έτη ειδικότητας ενώ φαίνεται πως υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν πως ακόμη και το 75% των ειδικευόμενων παιδιατρικής παρουσιάζει υψηλό επίπεδο “burnout”(47) υποστηρίζοντας πως η απόκλιση στα δύο ποσοστά (40% σε σχέση με το 75%) οφείλεται στο ότι η δεύτερη έρευνα με το μεγαλύτερο ποσοστό συμπεριέλαβε στο δείγμα της ειδικευόμενους παιδιατρικής όλων των ετών ειδίκευσης ενώ η πρώτη μόνο ειδικευόμενους των πρώτων ετών.

Η διαφορά με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας όπου οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν στην πλειοψηφία τους χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι το δείγμα χαρακτηρίζεται από

ποικιλομορφία σε σχέση με τις παραπάνω μελέτες. Στο δείγμα του παρόντος πονήματος την πλειοψηφία κατέχουν ειδικευμένοι ιατροί παιδιατρικών πληθυσμών. Οι ειδικευόμενοι που αντιπροσωπεύουν το 41.4% του δείγματος ίσως ως μεμονωμένη ομάδα βιώνουν υψηλότερα ποσοστά “burnout”. Η ανασφάλεια των ειδικευόμενων ιατρών για τη διαχείριση των παιδιών που πάσχουν η οποία πηγάζει από το αίσθημα ανεπάρκειας που βιώνουν λόγω της θέσης τους ως εκπαιδευόμενοι, το γεγονός ότι στο «καθηκοντολόγιο» τους ανήκει και η επισταμένη εκπαιδευτική διαδικασία (διαρκής μελέτη για την ειδικότητα) πέρα από τη διαχείριση των παιδιατρικών περιστατικών καθώς και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου τόσο για πνευματική όσο και για σωματική αποσυμφόρηση στέκουν ως λογικές εξηγήσεις στη διαφορά του επιπέδου “burnout” σε σχέση με τους ειδικούς ιατρούς της ίδιας ειδικότητας. Αξίζει να σημειωθεί πως οι Olson et al χαρακτηρίζουν την αυτοεκτίμηση και την ενσυνείδηση ως μέσα προστασίας έναντι στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών παιδιατρικών ειδικοτήτων και προτείνουν την καλλιέργεια αυτών των χαρακτηριστικών από τους ειδικευόμενους, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις δύσκολες εργασιακές συνθήκες και να καταστούν ανθεκτικοί στη συναισθηματική εξουθένωση, στην αποπροσωποποίηση και στην έλλειψη αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων(38).

Συνοπτικά, απαντώντας στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα φαίνεται πως το δείγμα των ιατρών παιδιατρικών ειδικοτήτων που μελετήθηκε χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης και χαμηλό επίπεδο συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Όσον αφορά στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με τη μελέτη της συσχέτισης τόσο της ενσυναίσθησης όσο και του “burnout” με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 14

	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ
--	--------------------------	--	------------------------------	--

ΦΥΛΟ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.596	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.016	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.836	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.251
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.637	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.467	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.011	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.086
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.059	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.465	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.537	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.806
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.024	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.653	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.448	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.095
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΕΤΗ	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.035	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.698	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.169	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.011
ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ(MD, MSc, PhD)	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.955	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.142	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.002	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.001
ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ(ΕΙΔΙΚΕ ΥΜΕΝΟΣ-ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ)	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.313	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.844	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.001	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.081
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.131	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.131	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.417	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ P=0.403

Όσον αφορά στο επίπεδο της ενσυναίσθησης του δείγματος που εξετάστηκε αυτή φαίνεται να σχετίζεται με την παρουσία παιδιού και την εργασιακή εμπειρία σε έτη. Αντίθετα, δε φαίνεται από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ότι το επίπεδο ενσυναίσθησης σχετίζεται με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο σπουδών, την εργασιακή θέση και το είδος ειδικότητας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σχετικά με τις συσχετίσεις του επιπέδου ενσυναίσθησης διαφέρουν σε κάποια σημεία από τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών. Οι Braga-Simoes et al σε μελέτη τους σχετικά με την ενσυναίσθηση των ιατρών και τη συνταγογράφηση φαρμάκων placebo αναφέρουν πως η εργασιακή θέση (ειδικός- ειδικευόμενος) και τα εργασιακά έτη εμπειρίας φαίνεται να σχετίζονται με το επίπεδο ενσυναίσθησης ενώ το φύλο και η ηλικιακή ομάδα όχι. Συγκεκριμένα οι νέοι

ειδικευόμενοι φαίνεται να σημειώνουν υψηλότερα σκορ στην κλίμακα Jefferson ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου(6).

Αξίζει να σημειωθεί πως ο παράγοντας που έχει μελετηθεί περισσότερο σχετικά με τη σύνδεσή του με την ενσυναίσθηση είναι το φύλο. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν πως οι γυναίκες ιατροί, ήδη από τα πρώτα έτη των σπουδών τους και εν συνεχεία στην επαγγελματική τους ζωή τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα σκορ ενσυναίσθησης σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους(48)(44)(49). Σύμφωνα με τους Christon-Moore et al, η διαφορά του επιπέδου ενσυναίσθησης μεταξύ των δύο φύλων ενδεχομένως να βασίζεται στα νευροβιολογικά θεμέλια της ενσυναίσθησης, όπου υποστηρίζεται πως υπάρχουν διαφορές φύλου στη βασική δικτύωση της γνωστικής και συναισθηματικής ενσυναισθητικής λειτουργίας(50). Επίσης, αναφέρεται ότι η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στην ποιοτική διακύμανση του τρόπου ενσωμάτωσης συναισθηματικών πληροφοριών μεταξύ των δύο φύλων και στην αφομοίωσή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων(50).

Σχετικά με το είδος της ειδικότητας που έχουν οι ιατροί που μελετήθηκαν στο παρόν πόνημα, φαίνεται πως αυτό δεν επηρεάζει το επίπεδο ενσυναίσθησης. Υπογραμμίζεται πως το δείγμα της μελέτης αυτής παρουσιάζει στην πλειοψηφία του υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος που σχολιάστηκαν νωρίτερα. Παρότι οι ιατροί που μελετήθηκαν δεν ήταν αμιγώς ιατροί παιδιατρικών ειδικοτήτων αλλά συμπεριλήφθηκαν και ιατροί που η ειδικότητά τους δεν αποκλείει την αντιμετώπιση παιδιατρικών πληθυσμών φαίνεται από τις απαντήσεις του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος πως το είδος της ειδικότητας δε σχετίζεται με το επίπεδο ενσυναίσθησης. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με αυτό που υποστηρίζουν στη μελέτη τους οι Hojat et al, όπου παρατηρείται διαφορά στο επίπεδο ενσυναίσθησης μεταξύ ιατρών «ασθενο-κεντρικών» ειδικοτήτων σε σχέση με τις «εργαστηριακές» ειδικοότητες(46). Το γεγονός ότι η ιατρική ειδικότητα δε σχετίζεται με το επίπεδο ενσυναίσθησης του δείγματος της παρούσης μελέτης ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι όλοι συμμετέχοντες ανεξαρτήτου ειδικότητας ανήκουν στη θεραπευτική ομάδα παιδιατρικών πληθυσμών.

Τέλος, σχολιάζοντας το εύρημα που συσχετίζει την ενσυναίσθηση με την παρουσία παιδιού στο παρόν πόνημα, αξίζει να σημειωθεί πως το δείγμα που μελετήθηκε ήταν

χωρισμένο σε δύο σχεδόν ισόποσες ομάδες σχετικά με τον παράγοντα «παρουσία παιδιού», με τους μισούς ιατρούς να δηλώνουν την παρουσία παιδιού και τους άλλους μισούς να μην είναι ακόμη γονείς. Ενδεχομένως η παρουσία παιδιού να οδηγεί σε αύξηση της ενσυναισθητικής εμπειρίας από τους γονείς-ιατρούς καθώς δεν μπορεί να αγνοηθεί ο ρόλος του μητρικού και «πατρικού» φίλτρου στην άσκηση της Ιατρικής σε παιδιατρικούς πληθυσμούς. Οι ιατροί που είναι συγχρόνως και γονείς φαίνεται πως αντιμετωπίζουν πιο ενσυναισθητικά τους ασθενείς τους. Προτείνεται από τη συγγραφέα η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων προκειμένου να μελετηθεί με υψηλότερη αξιοπιστία ο παράγοντας «παρουσία παιδιού» σε σχέση με το επίπεδο ενσυναίσθησης των ιατρών παιδιατρικών πληθυσμών.

Μεταβαίνοντας στο κομμάτι της συσχέτισης των τριών διαστάσεων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες, προκύπτει από την παρούσα μελέτη πως το επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης σχετίζεται μόνο με το φύλο, το επίπεδο αποπροσωποποίησης σχετίζεται με την ηλικιακή ομάδα, το επίπεδο σπουδών και την εργασιακή θέση και τέλος, το επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία σε έτη και το επίπεδο σπουδών.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 36 γυναίκες και 34 άνδρες. Από τις 36 γυναίκες ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών, οι 8 σημείωσαν υψηλό επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης, ενώ από τους 34 άνδρες ιατρούς μόνο ένας. Φαίνεται πως οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο συναισθηματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Η αυξημένη συναισθηματική επιβάρυνση των γυναικών ιατρών μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες επωμίζονται περισσότερα καθήκοντα από όσα του αναλογούν τα οποία δεν περιορίζονται μόνο στο χώρο εργασίας αλλά και στην ίδια την οικογένεια. Σε μελέτη των Purnanova et al αναφέρεται πως οι γυναίκες εκφράζουν και συζητούν ευκολότερα από τους άνδρες το αίσθημα της ψυχολογικής και σωματικής κόπωσης που μπορεί να αντιμετωπίζουν κατά καιρούς(51).

Σχετικά με το επίπεδο της δεύτερης συνιστώσας του “burnout” στο δείγμα της παρούσας έρευνας, φαίνεται πως το επίπεδο αποπροσωποποίησης σχετίζεται με την

ηλικιακή ομάδα, το επίπεδο σπουδών και την εργασιακή θέση. Και οι τρεις αυτοί παράγοντες που μελετήθηκαν για τη σχέση τους με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης περιγράφουν την εξέλιξη του επαγγελματία υγείας με την πάροδο του χρόνου. Όσο αυξάνεται η ηλικία, ανεβαίνει το επίπεδο σπουδών και εξελίσσεται η εργασιακή θέση. Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης δείχνουν πως οι 20 από τους 31 ιατρούς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 24-35 παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης. Το επίπεδο αυτό φαίνεται να ελαττώνεται όσο ανεβαίνει η ηλικιακή ομάδα. Επίσης, 20 από τους 26 ιατρούς που κατέχουν διδακτορική διατριβή σημειώνουν χαμηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης ενώ 18 από τους 26 ιατρούς που κατέχουν μόνο πτυχίο Ιατρικής, χωρίς να έχουν εξελίξει περαιτέρω το επίπεδο σπουδών τους, σημειώνουν υψηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης. Από τους 41 ειδικευμένους ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών οι 30 έχουν χαμηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης ενώ οι 19 από τους 29 ειδικευόμενους ιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη έχουν υψηλό επίπεδο σε αυτή τη συνιστώσα. Σε έρευνά τους οι Eby LT και Rothrauff-Laschober TC υποστηρίζουν πως άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αναλαμβάνουν συνήθως μεγαλύτερες εργασιακές ευθύνες με αποτέλεσμα να βιώνουν εντονότερο άγχος προερχόμενο από την εργασία τους(52). Σε αντίθεση με αυτά τα ευρήματα, οι Bakker et al δηλώνουν πως η συνεχής εκπαίδευση λειτουργεί προστατευτικά έναντι της επαγγελματικής εξουθένωσης συμβάλλοντας στην προσωπική ολοκλήρωση του ατόμου, γεγονός που επιβεβαιώνεται και στην παρούσα έρευνα(53).

Όσον αφορά στο επίπεδο έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν πως η τρίτη συνιστώσα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία σε έτη και με το επίπεδο σπουδών. Η πλειοψηφία των ιατρών της έρευνας που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο των Maslach et al σημείωσαν χαμηλά επίπεδα αισθήματος έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Όσο αυξάνεται η εργασιακή εμπειρία σε έτη και εξελίσσεται το επίπεδο σπουδών, οι ιατροί φαίνεται να αποκτούν αίσθημα πληρότητας και αυτοεκτίμησης. Προσφέροντας στους παιδιατρικούς πληθυσμούς τις υπηρεσίες τους ενώ έχουν εξελιχθεί σε εμπειρία τόσο επαγγελματική όσο και ακαδημαϊκή, οι ιατροί φαίνεται να απομακρύνονται από τα συναισθήματα έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων.

Άλλωστε, όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα η συνεχής εκπαίδευση λειτουργεί προστατευτικά έναντι της επαγγελματικής εξουθένωσης συμβάλλοντας στην προσωπική ολοκλήρωση του ατόμου(53).

Ολοκληρώνοντας τη συζήτηση περί των αποτελεσμάτων της έρευνας σχετικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, σημειώνεται πως δύο από τους παράγοντες που μελετήθηκαν δε φαίνεται να επηρεάζουν το επίπεδο ενσυναίσθησης και καμία από τις τρεις συνιστώσες του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι συνιστώσες αυτές είναι η οικογενειακή κατάσταση και η ιατρική ειδικότητα. Λόγω του γεγονότος ότι η ιατρική ειδικότητα σχολιάστηκε νωρίτερα σχετικά με τα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας γύρω από την επιρροή της στην ενσυναίσθηση, η συζήτηση θα περιοριστεί στο σχολιασμό της βιβλιογραφίας σχετικά με τον παράγοντα «οικογενειακή κατάσταση». Σύμφωνα με τη μελέτη των Goehring et al, ιατροί που δεν κατάφεραν να δημιουργήσουν οικογένεια μέχρι την ηλικία των 55 ετών και δεν ήταν ικανοποιημένοι με την έκβαση τόσο της προσωπικής όσο και της επαγγελματικής τους ζωής εμφάνισαν υψηλά ποσοστά έλλειψης προσωπικής ολοκλήρωσης(54). Η αντιμετώπιση παιδιατρικών περιστατικών απαιτεί μεγάλα ψυχικά και ενεργειακά αποθέματα από τους ιατρούς των αντίστοιχων ειδικοτήτων. Η αναπλήρωση των αποθεμάτων αυτών μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω μίας ισορροπημένης προσωπικής ζωής των ιατρών, όπου τα μέλη της οικογένειάς τους θα τους παρέχουν μία θετική ανατροφοδότηση δίνοντάς τους κίνητρα για να επενδύσουν τόσο στην οικογένεια και στον εαυτό τους όσο και στον επαγγελματικό τους χώρο.

Στο τελευταίο μέρος της συζήτησης, θα σχολιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε στην αρχή αυτής, και σύμφωνα με τη συγγραφέα αποτέλεσε το πιο ενδιαφέρον και ταυτόχρονα πιο απαιτητικό κομμάτι του παρόντος πονήματος. Η μελέτη της συσχέτισης μεταξύ των δύο φαινομένων που αποτέλεσαν τον πυρήνα της παρούσας έρευνας και δεν είναι άλλα από το επίπεδο ενσυναίσθησης και το επίπεδο του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών παιδιατρικών πληθυσμών αποτελεί θέμα το οποίο βρίσκεται ακόμη υπό διερεύνηση στη βιβλιογραφία, όπως προέκυψε από την εκτεταμένη μελέτη αυτής για τη συγγραφή του παρόντος έργου.

Τόσο η ενσυναίσθηση όσο και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών, αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως θεμελιώδεις έννοιες για τη διασφάλιση της ποιότητας του συστήματος υγείας. Γι' αυτό το λόγο, η ακριβής συσχέτιση των δύο εννοιών είναι αναγκαίο να αποσαφηνιστεί(39).

Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση των ιατρών είναι αρκετά χρήσιμη. Μελέτες έχουν δείξει, πως, παρά το γεγονός ότι αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την παροχή αποτελεσματικής ιατρικής φροντίδας, η ενσυναίσθηση δημιουργεί ευπάθεια σε συνθήκες που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος, όπως η κόπωση που προέρχεται από τη συμπάθεια προς τους ασθενείς και η συναισθηματική εξουθένωση(40). Καθώς η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί μία από τις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν προκαλεί απορία το γεγονός ότι υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ της ενσυναίσθησης και του “burnout”(41). Ωστόσο, τα ευρήματα των ερευνών που μελέτησαν τη συσχέτιση μεταξύ των δύο εννοιών δεν έχουν καταλήξει σε ένα βέβαιο αποτέλεσμα σχετικά με τη φύση και το πρόσημο της συσχέτισης των δύο φαινομένων(39)(42).

Σε άρθρο τους οι Zenasni et al το 2012, πρότειναν τρεις υποθέσεις σχετικά με τη συσχέτιση της ενσυναίσθησης και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Η πρώτη υπόθεση υποστηρίζει πως το εργασιακό “burnout” μειώνει την ικανότητα των ιατρών να συμπεριφέρονται ενσυναισθητικά. Η δεύτερη υπόθεση τονίζει πως η ενσυναίσθηση αντλεί αρκετή ενέργεια από τα προσωπικά αποθέματα των ιατρών και ως εκ τούτου τους οδηγεί στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Η τρίτη και τελευταία υπόθεση θεωρεί πως η ενσυναίσθηση δρα προστατευτικά έναντι του “burnout”(43).

Είναι αρκετά σημαντικό να γίνει κατανοητό πως η ενσυναίσθηση αποτελεί στοιχείο του ανθρώπινου χαρακτήρα ενώ το “burnout” αποτελεί ένα φαινόμενο που χαρακτηρίζεται ως ένα σύνολο συμπτωμάτων τα οποία προέρχονται από το έντονο εργασιακό άγχος των ιατρών. Παρόλο που τα μειωμένα επίπεδα ενσυναίσθησης μπορεί να αποτελούν χαρακτηριστικό του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (υπόθεση πρώτη των Zenasni et al), είναι λιγότερο λογικό να θεωρήσουμε πως το “burnout” μπορεί να αποτελέσει χαρακτηριστικό στοιχείο των χαμηλών επιπέδων ενσυναίσθησης(43). Υπό το πρίσμα αυτό, οι αρχικές τρεις υποθέσεις μπορούν να

μειωθούν σε δύο: στην πρώτη που υποστηρίζει πως υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (δηλαδή, καθώς το επίπεδο του ενός φαινομένου αυξάνεται, το επίπεδο του άλλου μειώνεται), και στη δεύτερη που υποστηρίζει τη θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο εννοιών (δηλαδή, η αύξηση του επιπέδου ενσυναίσθησης φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης)(43).

Οι Wilkinson et al δημοσίευσαν την πρώτη επίσημη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την εκτίμηση της σχέσης μεταξύ ενσυναίσθησης και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας το 2017(39). Στη μελέτη τους συμπεριέλαβαν όλες τις δημοσιευμένες μελέτες που ερευνούσαν τη σχέση μεταξύ των δύο εννοιών ως το Φεβρουάριο του 2017, τόσο σε ιατρούς όσο και σε νοσηλευτές ανεξαρτήτως ειδικότητας και είχαν γραφτεί στην αγγλική γλώσσα(39). Οι Wilkinson et al κατέληξαν στο συμπέρασμα πως υπάρχουν έγκυρα δεδομένα που υποστηρίζουν την αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της ενσυναίσθησης(39). Οι ερευνητές προτείνουν τη διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών που θα επιβεβαιώσουν είτε θα αναιρέσουν τα δικά τους αποτελέσματα(39).

Ακολουθώντας την προτροπή των παραπάνω ερευνητών, η συγγραφέας του παρόντος πονήματος διερεύνησε τη σχέση μεταξύ επιπέδου ενσυναίσθησης και επιπέδου των τριών συνιστωσών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών παιδιατρικών πληθυσμών. Αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με τις γνώσεις που αποκτήθηκαν από την εκτεταμένη μελέτη της βιβλιογραφίας αυτή είναι η πρώτη μελέτη συσχέτισης των δύο φαινομένων σε ιατρούς που αντιμετωπίζουν αποκλειστικά παιδιατρικούς πληθυσμούς.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας σχετικά με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα υποστηρίζουν την παρουσία αρνητικής συσχέτισης μεταξύ της ενσυναίσθησης και των τριών συνιστωσών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών παιδιατρικών πληθυσμών. Τα αποτελέσματα της έρευνας συνάδουν με την πλειοψηφία της βιβλιογραφίας σχετικά με τον προστατευτικό ρόλο της ενσυναίσθησης απέναντι στο “burnout”(55).

Σε έρευνά τους οι Yuguero et al, σχετικά με τη συσχέτιση της ενσυναίσθησης και του “burnout” στους ιατρούς της επείγουσας ιατρικής, υπογραμμίζουν πως η λήψη μέτρων για την πρόληψη και μείωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών αυτής της ειδικότητας μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του επιπέδου ενσυναίσθησης, οδηγώντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας(56). Σε μία άλλη μελέτη των Yuguero et al, σχετικά με τη συσχέτιση του χαμηλού επιπέδου ενσυναίσθησης και του υψηλού επιπέδου “burnout” τόσο σε νοσηλευτές όσο και σε Παθολόγους στην πόλη Lleida της Ισπανίας, υποστηρίζεται η αρνητική συσχέτιση των δύο φαινομένων αφού οι περισσότερο ενσυναισθητικοί επαγγελματίες υγείας φαίνεται πως βιώνουν πιο δύσκολα αισθήματα συναισθηματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων(57).

Αντίθετα με τις παραπάνω έρευνες, τα αποτελέσματα μελέτης της σχέσης των δύο φαινομένων σε Δανούς ιατρούς που ασκούν την ειδικότητα της Παθολογίας δεν αποδεικνύουν συσχέτιση μεταξύ τους(58). Επίσης, δεν αποδεικνύεται συσχέτιση των δύο φαινομένων σε έρευνα που διεξήγαγαν οι Olson et al για τη διερεύνηση των παραγόντων που προάγουν την αντοχή των ιατρών και προστατεύουν από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης τους ειδικευόμενους ιατρούς στο πρώτο έτος της ειδίκευσής τους στην Παιδιατρική(38).

Παρατηρείται από την παράθεση της παραπάνω βιβλιογραφίας πως το θέμα της σχέσης των δύο φαινομένων της παρούσας έρευνας είναι αμφιλεγόμενο όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα. Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν τη θετική συσχέτιση των δύο εννοιών και άλλες που δηλώνουν την αρνητική συσχέτιση αυτών, όπως και η παρούσα έρευνα. Από το γεγονός αυτό, η συγγραφέας καταλήγει στο συμπέρασμα πως υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα στη σχέση των δύο φαινομένων.

Κλείνοντας το κεφάλαιο της συζήτησης και λαμβάνοντας υπόψιν τις απαντήσεις των ερευνητικών ερωτημάτων συμπεραίνεται πως οι σκοποί της παρούσας μελέτης εκπληρώθηκαν. Δεδομένου ότι το τελευταίο και κυριότερο ερευνητικό ερώτημα αποτελεί ακόμη αντικείμενο υπό συζήτηση στη βιβλιογραφία, η συγγραφέας εύχεται η μελλοντική δημοσίευση της παρούσας μελέτης να προσθέσει επιπλέον δεδομένα

στην επιστημονική κοινότητα που ίσως βοηθήσουν στην αποσαφήνιση του είδους της συσχέτισης των δύο φαινομένων.

Το παρόν έργο υποστηρίζει πως οι ιατροί παιδιατρικών πληθυσμών που μελετήθηκαν φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης και χαμηλά επίπεδα των τριών συνιστωσών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, αποδεικνύοντας πως ένας ιατρός, που αντιμετωπίζει ένα παιδί και την οικογένειά του ενσυναισθητικά, προφυλάσσεται από την εμφάνιση “burnout”.

Η συγγραφέας αποδεχόμενη αυτή την αρνητική συσχέτιση των δύο φαινομένων και ενστερνιζόμενη την άποψη άλλων μελετητών, που κατέληξαν έπειτα από έρευνα στα ίδια συμπεράσματα, υπογραμμίζει τη σημασία της ανάπτυξης ήπιων δεξιοτήτων (στις οποίες ανήκει και η ενσυναίσθηση) στους φοιτητές ιατρικής και στους νέους ιατρούς μέσω αναδόμησης των προγραμμάτων σπουδών τους, προκειμένου να προφυλαχθούν από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και να παρέχουν μία ολιστική και υψηλής ποιότητας φροντίδα στον εκάστοτε ασθενή τους ανεξαρτήτου ηλικίας.

Κεφάλαιο Πέμπτο : «Περιορισμοί»

Οι περιορισμοί στην παρούσα έρευνα περιγράφονται αμέσως παρακάτω και ήταν οι εξής. Ως πρώτος περιορισμός θεωρείται πως το δείγμα αποτέλεσαν ιατροί ενός από τα μεγαλύτερα νοσοκομειακά ιδρύματα της Θεσσαλονίκης και δεν επεκτάθηκε σε άλλα νοσοκομειακά ιδρύματα της πόλης ή ακόμη και γειτονικών πόλεων λόγω

περιορισμένου χρόνου διεξαγωγής της έρευνας. Ο δεύτερος περιορισμός ήταν πως το δείγμα δεν συμπεριέλαβε αμιγώς ιατρούς της ειδικότητας της Παιδιατρικής και της Παιδοχειρουργικής αλλά και ιατρούς που η ειδικότητά τους δεν αποκλείει την αντιμετώπιση περιστατικών παιδιατρικών πληθυσμών. Ένας τρίτος περιορισμός της έρευνας αποτελεί το ότι στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν τόσο ειδικοί όσο και ειδικευόμενοι ιατροί των παραπάνω ειδικοτήτων, γεγονός που ενδεχομένως επηρέασε την ποιότητα των αποτελεσμάτων λόγω διαφορετικής εκπαίδευσης μεταξύ ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών οι οποίοι έλαβαν το πτυχίο της Ιατρικής με διαφορετικά προγράμματα σπουδών. Τέλος, θεωρήθηκε από τη συγγραφέα ως περιορισμός στην έρευνα αυτός της αυτό-αναφοράς στις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των δύο φαινομένων (κλίμακα “Jefferson” για την αυτο-αξιολόγηση της ενσυναίσθησης και κλίμακα “Maslach” για την αυτο-αξιολόγηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης), η οποία εγείρει το ζήτημα μέτρησης σφάλματος που σχετίζεται με την τάση για συστηματικά θετικές ή αρνητικές απαντήσεις εκ μέρους του δείγματος.

Κεφάλαιο Έκτο : «Συμπεράσματα»

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα έρευνα είναι καταρχήν ότι η ομάδα των ιατρών που εξετάστηκε και αποτελείται από 70 ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης και χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και αισθήματος έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων.

Το επίπεδο ενσυναίσθησης φαίνεται να σχετίζεται με την παρουσία παιδιού και την εργασιακή εμπειρία σε έτη. Το επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης προκύπτει πως σχετίζεται με το φύλο, το επίπεδο αποπροσωποποίησης με την ηλικιακή ομάδα, το επίπεδο σπουδών και την εργασιακή θέση ενώ τέλος, η αίσθηση έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων φαίνεται να σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία σε έτη και το επίπεδο σπουδών.

Από τους δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες που μελετήθηκαν, η οικογενειακή κατάσταση και το είδος της ιατρικής ειδικότητας δε φάνηκαν να σχετίζονται με την ενσυναίσθηση καθώς και με καμία από τις τρεις συνιστώσες του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επιβεβαιώνοντας μία από τις δύο υποθέσεις που επικρατούν στη βιβλιογραφία, η συσχέτιση των δύο φαινομένων που μελετήθηκαν βρέθηκε να έχει αρνητικό πρόσημο, με αποτέλεσμα το παρόν πόνημα να υποστηρίζει τον προστατευτικό ρόλο της ενσυναίσθησης στο “burnout”.

Η συγγραφέας υποστηρίζει την αναγκαιότητα αναδόμησης των προγραμμάτων σπουδών των ιατρικών σχολών της Ελλάδος τα οποία θα ήταν σωστό να εστιάσουν στην εξέλιξη των ήπιων δεξιοτήτων, όπως η ενσυναίσθηση, των νέων φοιτητών ιατρικής ώστε να τους παρέχουν τα κατάλληλα εφόδια για την εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας που θα προσφέρουν στους μελλοντικούς ασθενείς τους με τη σύγχρονη προστασία έναντι στο “burnout”.

Τέλος, προτείνεται η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας στον τομέα των παιδιατρικών πληθυσμών που πρώτον, θα συμπεριλάβει ιατρούς αμιγώς παιδιατρικών ειδικοτήτων, δεύτερον θα επεκταθεί και σε άλλα νοσοκομειακά ιδρύματα της πόλης και τρίτον θα μελετήσει ξεχωριστά τα δύο φαινόμενα μεταξύ ειδικευμένων και ειδικευόμενων ιατρών. Επιπλέον, προτείνεται η αναλυτική διερεύνηση των συσχετίσεων των φαινομένων με τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία που αποδείχθηκε στην παρούσα έρευνα πως σχετίζονται με την ενσυναίσθηση και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, αποκλείοντας από τη μελέτη τους παράγοντες «οικογενειακή κατάσταση» και «είδος ιατρικής ειδικότητας» που δεν παρουσίασαν καμία συσχέτιση και η σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο ερευνών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Tudor K. Understanding Empathy. *Trans Anal J.* 2011;41(1):39–57.
2. Γιαπιτζάκης Χ, Μπαρτσακούλια Μ, Πατρινός Γ. HISTORY OF MEDICINE Hippocrates, the father of clinical medicine and Asclepiades, the father of molecular medicine [Internet]. [cited 2019 Sep 16]. Available from: www.mednet.gr/archives
3. Adler HM. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *J Gen Intern Med.* 2002;17(11):883–90.

4. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. JOB BURNOUT [Internet]. 2000 [cited 2019 Sep 16]. Available from: www.annualreviews.org
5. Cánovas L, Carrascosa A-J, García M, Fernández M, Calvo A, Monsalve V, et al. Impact of Empathy in the Patient-Doctor Relationship on Chronic Pain Relief and Quality of Life: A Prospective Study in Spanish Pain Clinics. *Pain Med* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 16];19(7):1304–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29016846>
6. Braga-Simões J, Costa PS, Yaphe J. Placebo prescription and empathy of the physician: A cross-sectional study. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Sep 16];23(1):98–104. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28347193>
7. Brady C, Bambury RM, O'Reilly S. Empathy and the wounded healer: a mixed-method study of patients and doctors views on empathy. *Ir Med J* [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Sep 16];108(4):125–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26016309>
8. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* [Internet]. 2011 Aug [cited 2019 Sep 16];86(8):996–1009.
9. García D, Bautista O, Venereo L, Coll O, Vassena R, Vernaeve V. Training in empathic skills improves the patient-physician relationship during the first consultation in a fertility clinic. *Fertil Steril*. 2013;99(5).
10. Lockwood PL, Ang YS, Husain M, Crockett MJ. Individual differences in empathy are associated with apathy-motivation. *Sci Rep* [Internet]. 2017;7(1):17293. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-017-17415-w>
11. Αναζήτηση ΦΕΚ [Internet]. [cited 2019 Sep 16]. Available from: <http://www.et.gr/index.php/anazitisi-fek>
12. Scott HK, Cogburn M. Piaget [Internet]. *StatPearls*. 2019 [cited 2019 Sep 16]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28846231>
13. Sander LW. *The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology* —Daniel N. Stern, M.D.; Basic Books, New York, 1985, 304 pages, \$22.95 . *Psychiatr Serv*. 1986 May;37(5):517–517.
14. Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation. The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. Taylor and Francis; 2018. 1–308 p.
15. Greca A La. *Through the eyes of the child: Obtaining self-reports from children and adolescents*. 1990 [cited 2019 Sep 16]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1990-97620-000>
16. Harris PL, Johnson CN, Hutton D, Andrews G, Cooke T. Young Children's Theory of Mind and Emotion. *Cogn Emot*. 1989 Oct 1;3(4):379–400.

17. Cherry MG, Fletcher I, O'Sullivan H, Dornan T. Emotional intelligence in medical education: A critical review. *Med Educ.* 2014 May;48(5):468–78.
18. Lillard AS, Flavell JH. Young Children's Understanding of Different Mental States. *Dev Psychol.* 1992;28(4):626–34.
19. Arigliani M, Castriotta L, Pusiol A, Titolo A, Petoello E, Brun Peressut A, et al. Measuring empathy in pediatrics: Validation of the Visual CARE measure. *BMC Pediatr.* 2018;18(1):1–9.
20. Tully EC, Donohue MR. Empathic Responses to Mother's Emotions Predict Internalizing Problems in Children of Depressed Mothers. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2017 Feb 1;48(1):94–106.
21. Kpassagou BL, Soedje KMA. Health practitioners' emotional reactions to caring for hospitalized children in Lomé, Togo: A qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2017 Dec 4;17.
22. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Z Med Ausbild [Internet].* 2012 [cited 2019 Sep 16];29(1):Doc11.
23. Jeyashree K, Kathirvel S, Prathibha MK. Cross-cultural adaptation of Jefferson scale of empathy-health professions students version: An experience with developing the Tamil translation. *Educ Health (Abingdon) [Internet].* [cited 2019 Sep 16];30(2):169–71.
24. WHO | Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. WHO. 2019;
25. Issues HF-J of social, 1974 undefined. Staff burn-out. *Wiley Online Libr [Internet].* [cited 2019 Sep 16]; Available from: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
26. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout *. Vol. 2, *JOURNAL OF OCCUPATIONAL BEHAVIOUR.* 1981.
27. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry [Internet].* 2016 Jun [cited 2019 Sep 16];15(2):103–11.
28. Ahola K. Occupational burnout and health Kirsi Ahola *People and Work Research Reports* 81.
29. Ahola K, Salminen S, Toppinen-Tanner S, Koskinen A, Väänänen A. Occupational burnout and severe injuries: An eight-year prospective cohort study among finnish forest industry workers. *J Occup Health.* 2013;55(6):450–7.
30. Toker S, Shirom A, Shapira I, Berliner S, Melamed S. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occup Health Psychol [Internet].* 2005 Oct

- [cited 2019 Sep 16];10(4):344–62.
31. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 16];7(6):e015141.
 32. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2014 Jul 28;14(1).
 33. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L, Rea M. The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Med Educ* [Internet]. 2017 Nov 9 [cited 2019 Sep 16];17(1):195.
 34. Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikravesh R, Seligman L, Vasa M, et al. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2009 Dec [cited 2019 Sep 16];1(2):236–42.
 35. Shenoi AN, Kalyanaraman M, Pillai A, Raghava PS, Day S. Burnout and Psychological Distress Among Pediatric Critical Care Physicians in the United States. *Crit Care Med* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 16];46(1):116–22.
 36. Whitford B, Nadel AL, Fish JD. Burnout in pediatric hematology/oncology—time to address the elephant by name. Vol. 65, *Pediatric Blood and Cancer*. John Wiley and Sons Inc.; 2018.
 37. Slavin S, Shoss M, Broom MA. A Program to Prevent Burnout, Depression, and Anxiety in First-Year Pediatric Residents. *Acad Pediatr* [Internet]. [cited 2019 Sep 16];17(4):456–8.
 38. Olson K, Kemper KJ, Mahan JD. What Factors Promote Resilience and Protect Against Burnout in First-Year Pediatric and Medicine-Pediatric Residents? *J Evidence-Based Complement Altern Med*. 2015;20(3):192–8.
 39. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burn Res* [Internet]. 2017;6(January):18–29.
 40. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol* [Internet]. 2002 Nov [cited 2019 Sep 16];58(11):1433–41.
 41. Ferri P, Guerra E, Marcheselli L, Cunico L, Di Lorenzo R. Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomed* [Internet]. 2015 Sep 9 [cited 2019 Sep 16];86 Suppl 2:104–15.
 42. Hoffman ML. Empathy and Moral Development IMPLICATIONS FOR CARING AND JUSTICE [Internet]. 2000 [cited 2019 Sep 16].
 43. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: Three hypotheses. *British Journal of General Practice*. 2012 Jul;62(600):346–7.
 44. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al.

- The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Heal Sci Educ*. 2018 Dec 1;23(5):899–920.
45. Hojat M, D P, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, et al. Measurement , and Relationship to Gender and Specialty. *Psychiatry Interpers Biol Process [Internet]*. 2002 [cited 2019 Sep 28];159(September):1563–9.
 46. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002 Sep;159(9):1563–9.
 47. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *BMJ*. 2008 Mar 1;336(7642):488–91.
 48. Hojat M, Gonnella JS. Eleven years of data on the jefferson scale of empathy-medical student version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. *Med Princ Pract*. 2015;24(4):344–50.
 49. Mirani SH, Shaikh NA, Tahir A. Assessment of Clinical Empathy Among Medical Students Using the Jefferson Scale of Empathy-Student Version. *Cureus*. 2019 Mar 1;
 50. Christov-Moore L, Simpson EA, Coudé G, Grigaityte K, Iacoboni M, Ferrari PF. Empathy: Gender effects in brain and behavior. Vol. 46, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Elsevier Ltd; 2014. p. 604–27.
 51. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. *J Vocat Behav*. 2010 Oct;77(2):168–85.
 52. Eby LT, Rothrauff-Laschober TC. The relationship between perceptions of organizational functioning and voluntary counselor turnover: a four-wave longitudinal study. *J Subst Abuse Treat [Internet]*. 2012 Mar [cited 2019 Sep 29];42(2):151–8.
 53. Dierendonck D Van. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *J Organ Behav*.
 54. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly [Internet]*. 2005 Feb 19 [cited 2019 Sep 29];135(7–8):101–8.
 55. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol [Internet]*. 2016 [cited 2019 Sep 29];7:763.
 56. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region. *Med (United States)*. 2017;96(37).

57. Yuguero O, Ramon Marsal J, Esquerda M, Vivanco L, Soler-González J. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Sep 29];23(1):4–10.
58. Pedersen AF, Ingeman ML, Vedsted P. Empathy, burn-out and the use of gut feeling: A cross-sectional survey of Danish general practitioners. *BMJ Open*. 2018;8(2):1–8.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

«ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΚΑΙ ΗΠΙΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ(SOFT SKILLS) ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ ΔΕΜΙΡΗ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑΣ ΜΕ ΤΙΤΛΟ:

«Το επίπεδο της ενσυναίσθησης στους ιατρούς παιδιατρικών πληθυσμών και η επίδρασή του στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης»

**Το ερωτηματολόγιο αυτό απευθύνεται σε ιατρούς(ειδικούς και ειδικευόμενους)του τομέα υγείας παιδιού καθώς και σε εκείνους που η ειδικότητά τους δεν αποκλείει την αντιμετώπιση παιδιατρικού πληθυσμού(αναισθησιολόγους, ορθοπαιδικούς, πλαστικούς χειρουργούς, ωτορινολαρυγγολόγους και νευροχειρουργούς).*

**Σύμφωνα με τους κανόνες της ερευνητικής δεοντολογίας, θα τηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων.*

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΛΙΜΑΚΑ «JEFFERSON»

(Σε καθεμία από τις παρακάτω προτάσεις, διαφωνείς απόλυτα(ΔΑ), διαφωνείς(Δ), μάλλον διαφωνείς(ΜΔ), ούτε συμφωνείς ούτε διαφωνείς(ΟΣΟΔ), μάλλον συμφωνείς(ΜΣ), συμφωνείς(Σ), ή συμφωνείς απόλυτα(ΣΑ); - Παρακαλώ κυκλώστε την απάντησή σας.)

Ένα σημαντικό στοιχείο στη σχέση μου με τους ασθενείς μου είναι το να κατανοώ τη συναισθηματική κατάσταση αυτών και των συγγενών τους.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέπτονται οι ασθενείς μου, δίνοντας προσοχή στη μη λεκτική συμπεριφορά τους και στη γλώσσα του σώματός τους.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Πιστεύω ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στα πλαίσια της θεραπευτικής.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Η ενσυναίσθηση είναι μια απαραίτητη δεξιότητα στα πλαίσια της θεραπευτικής, χωρίς την οποία δεν θα μπορούσα να επιτύχω ως γιατρός.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών μου, τους δίνει την αίσθηση της επιβεβαίωσης, πράγμα το οποίο δρα από μόνο του θεραπευτικά.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Οι ασθενείς μου αισθάνονται καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Θεωρώ ότι το να καταλαβαίνω τη γλώσσα του σώματος των ασθενών μου είναι εξίσου σημαντικό με τη λεκτική επικοινωνία στη σχέση γιατρού-ασθενούς.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Όταν παρέχω ιατρική φροντίδα, προσπαθώ να φέρνω τον εαυτό μου στη θέση των ασθενών μου.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ, η οποία πιστεύω ότι συνεισφέρει στην επίτευξη του καλύτερου κλινικού αποτελέσματος.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Προσπαθώ να σκέφτομαι με τον τρόπο που σκέφτονται οι ασθενείς μου, ώστε να παρέχω καλύτερη ιατρική φροντίδα.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Οι ασθενείς μου μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο με θεραπευτική αγωγή. Γι' αυτό το λόγο, το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς μου δεν μπορεί να έχει θέση σε αυτή τη διαδικασία.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Το ενδιαφέρον μου για τα βιώματα των ασθενών μου δεν έχει σχέση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Προσπαθώ να μην δίνω προσοχή στα συναισθήματα των ασθενών μου κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης και της λήψης ιστορικού.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Πιστεύω ότι το συναίσθημα δεν έχει θέση στη θεραπευτική.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να συγκινείται από τους έντονους συναισθηματισμούς των ασθενών μου και των συγγενών τους.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών μου και των συγγενών τους είναι παράγοντας που δεν έχει σχέση με τη θεραπευτική.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Δεν μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρική βιβλιογραφία ή να ασχολούμαι με τις τέχνες.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Θεωρώ ότι το να ρωτήσω τους ασθενείς μου τι συμβαίνει στη ζωή τους δεν έχει καμία σημασία για την κατανόηση των σωματικών τους συμπτωμάτων.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Είναι δύσκολο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, είναι σχεδόν αδύνατο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

ΤΕΛΟΣ ΠΡΩΤΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΤΥΠΟΥ

- Γνωρίζετε την έννοια «ενσυναίσθηση»;

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Αν τη γνωρίζετε, έχετε διαβάσει βιβλιογραφία σχετικά με αυτή;

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Θεωρείτε τον εαυτό σας ενσυναίσθητικό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Σας έχει απασχολήσει αυτή σας η δεξιότητα σε ώρες εκτός δουλειάς(ανακαλείτε στη μνήμη σας περιστατικά ασθενών σε ώρες εκτός υπηρεσίας τοποθετώντας τον εαυτό σας στη θέση τους ή των γονέων τους);

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Έχει επιδράσει ποτέ αρνητικά ένα ιατρικό περιστατικό στην εργασιακή σας απόδοση λόγω στενάχωρων συναισθημάτων;

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Προσπαθήσατε ποτέ να βρείτε αμυντικούς μηχανισμούς ώστε να σας επηρεάζουν λιγότερο συναισθηματικά τα περιστατικά που διαχειρίζεστε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Σε περιστατικό θανάτου παιδιού που νοσηλεύετε, σας είναι δύσκολο να συνεχίσετε να παρέχετε τις υπηρεσίες σας «το ίδιο καλά» για το υπόλοιπο της ημέρας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Έχετε ποτέ ζητήσει βοήθεια συμβούλου ψυχικής υγείας λόγω συναισθηματικής κόπωσης που προέρχεται από τα περιστατικά παιδιών που διαχειρίζεστε;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

(οι τρεις παρακάτω ερωτήσεις να απαντηθούν μόνο από ιατρούς που ασχολούνται αποκλειστικά με παιδιατρικούς πληθυσμούς)

- 1. Το γεγονός ότι ασχολείστε με παιδιατρικό πληθυσμό ως επαγγελματίες υγείας, θεωρείτε πως σας φθείρει περισσότερο συναισθηματικά σε σχέση με το να κάνετε κάποια άλλη ειδικότητα;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

- 2. Έχετε (για τους ειδικευόμενους) ή είχατε (για τους ειδικούς) ποτέ σκεφτεί να αλλάξετε ειδικότητα κατά τη διάρκεια της άσκησής σας ως ειδικευόμενοι λόγω του γεγονότος ότι ασχολείστε με παιδιά;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

- 3. Αν είχατε τη δυνατότητα να γυρίσετε πίσω το χρόνο στην επιλογή ειδικότητας, θα επιλέγατε την ίδια; (παρακαλώ να απαντήσετε εξαιρώντας τα κριτήρια επαγγελματικής αποκατάστασης και οικονομικών απολαβών)

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

(η παρακάτω ερώτηση παρακαλώ να απαντηθεί μόνο από επαγγελματίες υγείας που ΔΕΝ ασχολούνται αποκλειστικά με παιδιατρικούς πληθυσμούς)

- Έχετε ποτέ σκεφτεί να μην εμπλακείτε ποτέ ξανά στην αντιμετώπιση παιδιατρικών περιστατικών που άπτονται της ειδικότητάς σας λόγω αντίκτυπου στο συναισθηματικό σας κόσμο;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

ΤΕΛΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

“Maslach” Burnout Inventory

(Παρακαλώ να συμπληρώσετε με «x» την κατάλληλη για εσάς στήλη σε κάθε ερώτηση.)

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μία φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου.							
Το να δουλεύεις όλη μέρα με ανθρώπους απαιτεί αξιοσημείωτη προσπάθεια.							
Νιώθω σαν να με εξαντλεί η δουλειά μου.							
Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου.							
Νιώθω πως δουλεύω πολύ σκληρά.							
Με αγχώνει πάρα πολύ το ότι δουλεύω σε άμεση επαφή με ανθρώπους.							
Νιώθω ότι «έφτασε ο κόμπος στο χτένι».							
Νιώθω πως αντιμετωπίζω τους ασθενείς απρόσωπα σαν να ήταν αντικείμενα.							
Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και πρέπει να πάω στη δουλειά για άλλη μία μέρα.							
Νιώθω ότι οι ασθενείς μου με θεωρούν υπεύθυνο/η για κάποια από τα προβλήματά τους.							
Στο τέλος της ημέρας νιώθω ότι η υπομονή μου έχει φτάσει στα όριά της.							
Ειλικρινά δε με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε κάποιους από τους ασθενείς μου.							
Έχω γίνει λιγότερο ευαίσθητος/η από τότε που ξεκίνησα να εργάζομαι.							
Φοβάμαι πως αυτή η δουλειά με κάνει αδιάφορο/η.							
Νιώθω ότι καταφέρνω πολλά αξιοσημείωτα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.							
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο	Μία φορά το μήνα	Λίγες φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
Νιώθω γεμάτος/η ενέργεια.							
Νιώθω ότι καταλαβαίνω εύκολα τι νιώθουν οι ασθενείς μου.							

Νιώθω ότι αντιμετωπίζω τα προβλήματα των ασθενών μου πολύ αποτελεσματικά.							
Νιώθω πως στη δουλειά μου διαχειρίζομαι πολύ ήρεμα τα συναισθηματικά προβλήματα.							
Νιώθω πως επηρεάζω τους ανθρώπους πολύ θετικά μέσα από τη δουλειά μου.							
Νιώθω πως καταφέρνω εύκολα να δημιουργήσω μία άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.							
Νιώθω ανανεωμένος/η όταν είμαι κοντά στους ασθενείς μου.							

ΤΕΛΟΣ ΤΡΙΤΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

ΤΕΤΑΡΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΥΝΤΟΜΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Ζητήσατε ποτέ άδεια από τον εργασιακό σας χώρο μετά από ένα σύνθετο περιστατικό που διαχειριζόσασταν και σας έφθειρε συναισθηματικά;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Θεωρείτε πως εμφανίζετε συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης(διαταραχές ύπνου- διατροφής-έξις-ευερεθιστότητα-έλλειψη υπομονής-αίσθημα ανικανοποίητου κ.α.);

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Θεωρείτε πως όταν αισθάνεστε έντονη ψυχική και σωματική κόπωση αντιμετωπίζετε πιο απρόσωπα τους ασθενείς σας;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Θεωρείτε πως πρέπει οι επαγγελματίες υγείας παιδιού να επισκέπτονται σε καθιερωμένη βάση έναν σύμβουλο ψυχικής υγείας προκειμένου να αποφορτίζονται τακτικά από τον ψυχικό φόρτο που τους προκαλεί η δουλειά τους;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Θεωρείτε απαραίτητη τη δημιουργία οργανωμένης δομής συμβούλων ψυχικής υγείας που θα έχει ως σκοπό την αποφόρτιση των επαγγελματιών υγείας παιδιού;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Έχετε κάποιο «χόμπι» που σας βοηθά να αποφορτίξετε σε ώρες εκτός δουλειάς; Αν ναι, ποιο είναι αυτό;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

.....

ΤΕΛΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

ΠΕΜΠΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

(Παρακαλώ κυκλώστε την επιλογή σας.)

- **ΦΥΛΟ**
 - ΑΝΔΡΑΣ
 - ΓΥΝΑΙΚΑ
 - ΑΛΛΟ

- **ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ**
 - 24-35
 - 36-40
 - 40-45
 - 45 ΚΑΙ ΑΝΩ

- **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**
 - ΕΓΓΑΜΟΣ-Η
 - ΑΓΑΜΟΣ-Η
 - ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-Η
 - ΧΗΡΟΣ-Α

- **ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ**
 - ΝΑΙ
 - ΟΧΙ

○ **ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΕΤΗ**

0-5

6-10

11-15

16-20

20 ΚΑΙ ΑΝΩ

○ **ΣΠΟΥΔΕΣ**

ΤΙΤΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

○ **ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΘΕΣΗ**

ΕΙΔΙΚΟΣ

ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ-Η

○ **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ** (Παρακαλώ συμπληρώστε στον προβλεπόμενο χώρο παρακάτω.)

.....

ΤΕΛΟΣ ΠΕΜΠΤΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας στην έρευνά μου.

Υπενθυμίζω πως θα τηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Χαρίκλεια Δ. Δεμίρη