



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ - ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος

Επαγγελματική εξουθένωση επαγγελματιών Π.Φ.Υ. εν καιρώ πανδημίας.
Αποτίμηση στάσεων και απόψεων επαγγελματιών.

Παπαδάκη Αικατερίνη
Νοσηλεύτρια

- Επιβλέποντες:**
1. Τσιλιγιάννη Ιωάννα, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
 2. Σηφάκη - Πιστόλλα Δήμητρα, MPH, PhD, Επιδημιολόγος, GIS analyst, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
 3. Αναστασίου Φωτεινή, Γενική Ιατρός, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Συντονίστρια 4ης Τ.Ο.Μ.Υ - Ακαδημαϊκής Μονάδας Ηρακλείου, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης, Μέλος της Διοικούσας επιτροπής της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τη Γαστρεντερολογία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Ευχαριστίες

Με την παρούσα παράγραφο οφείλω να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της μεταπτυχιακής εργασίας μου και ιδιαίτερα:

Τον καθηγητή μου κ. Λιονή Χ., διευθυντή σπουδών του τμήματος, και όλους τους καθηγητές μου, που μου έδωσαν τη δυνατότητα να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών και συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση των σπουδών μου και την απόκτηση πολύτιμων γνώσεων, τόσο για την επαγγελματική μου εξέλιξη, όσο και για την προσωπική μου εξέλιξη.

Την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κ. Τσιλιγιάννη Ι., για την πολύτιμη υποστήριξή της, τις παραγωγικές υποδείξεις της και το πολύ καλό κλίμα συνεργασίας που διαμόρφωσε συμβάλλοντας τα μέγιστα για την κατάρτιση της εργασίας μου. Την συνεπιβλέπουσα κ. Σηφάκη-Πιστόλλα Δ. για τη συνεχή καθοδήγηση, την αμέριστη υποστήριξη, τις ουσιώδεις συμβουλές, καθώς επίσης και την αδιάκοπη συμπαράσταση και ενθάρρυνση που μου παρείχε σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα και την βοήθεια που μου προσέφερε όποτε τη χρειαζόμουν. Την συνεπιβλέπουσα κ. Αναστασίου Φ. για το ειλικρινές ενδιαφέρον της και για τη σημαντική βοήθειά της, όποτε της ζητήθηκε.

Επιπλέον ευχαριστίες απευθύνω σε όλους τους συναδέλφους μου και εργαζόμενους στην Π.Φ.Υ. που συνέβαλλαν στην εκπόνηση της μελέτης αυτής, με την πρόθυμη συμμετοχή τους ως δείγμα στην έρευνα μου και για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσαν προκειμένου να υποβληθούν σε συνεντεύξεις καταλυτικές για το ποιοτικό αποτέλεσμα της εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου που μου παρείχε στήριξη όλο αυτό το διάστημα.

Παπαδάκη Αικατερίνη

Πίνακας συντημήσεων και συντομογραφιών

1. **Σ.Ε.Ε.** = Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης
2. **Π.Φ.Υ.** = Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
3. **M.B.I.** = Maslach Burnout Inventory
4. **I.C.D.-10** = International Classification of Diseases
5. **D.S.M.-5** = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
6. **M.B.I.-G.S.** = Maslach Burnout Inventory – General Survey
7. **B.C.S.Q.-36** = Burnout Clinical Subtype Questionnaire
8. **P.T.S.D.** = Post-Traumatic Stress Disorder
9. **To.M.Y.** = Τοπική Μονάδα Υγείας
10. **T.Φ.Υ.** = Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
11. **ΜΑΠ** = Μέτρα Ατομικής Προστασίας
12. **Β.Σ.Σ.** = Βοήθεια Στο Σπίτι
13. **Υ.ΠΕ.** = Υγειονομική Περιφέρεια
14. **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** = Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
15. **Ε.Υ.ΔΕ.** = Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας
16. **Ε.Σ.Υ.** = Εθνικό Σύστημα Υγείας

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Επαγγελματική εξουθένωση επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εν καιρώ πανδημίας. Αποτίμηση στάσεων και απόψεων επαγγελματιών.

Της: Παπαδάκη Αικατερίνης
Υπό τη επίβλεψη των: 1. Τσιλιγιάννη Ιωάννα
2. Σηφάκη - Πιστόλλα Δήμητρα
3. Αναστασίου Φωτεινή
Ημερομηνία: Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2021

Υπόβαθρο: Η απρόβλεπτη φύση της νέας πανδημίας COVID-19 έχει ήδη επιφέρει ποικίλες επιπτώσεις στην ψυχολογική ευημερία των εργαζομένων στην υγεία. Ειδικά οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) και αυτή την περίοδο βρίσκονται στην «πρώτη γραμμή», βάλονται από αυξημένους στρεσογόνους παράγοντες. Όπως περιγράφεται και σε άλλες μελέτες σε περιόδους κρίσης, οι επαγγελματίες Π.Φ.Υ. αναμένεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η μελέτη του φαινομένου αυτού κρίνεται απαραίτητη.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας ήταν, η διερεύνηση του βαθμού των επιπέδων και των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών Π.Φ.Υ. εν μέσω της πανδημίας του COVID-19. Επιπρόσθετα, ορίστηκαν οι εξής επιμέρους στόχοι: Η σκιαγράφηση των παραγόντων που επέδρασαν αρνητικά και οδήγησαν στην αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και η καταγραφή της φωνής τους μέσω της διερεύνησης των επιθυμιών, των ειδικών αναγκών, των εμποδίων και των προτάσεων που σχετίζονται με τη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης στο πλαίσιο του έργου τους.

Μεθοδολογία: Η παρούσα συγχρονική μελέτη μεικτής μεθοδολογίας διεξήχθη στο Νομό Ηρακλείου σε επίπεδο δομών Π.Φ.Υ. (Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ του Ηρακλείου – 1^η, 2^η, 3^η, 4^η, 5^η Το.Μ.Υ.) και Μονάδων Βοήθεια στο Σπίτι). Είχε συνολική διάρκεια τριών μηνών, την χειμερινή περίοδο του 2020-2021, εν μέσω πανδημίας και συγκεκριμένα εν καιρώ καραντίνας στο πλαίσιο του δεύτερου «κύματος» έξαρσης του ιού. Η μεθοδολογική προσέγγιση που υιοθετήθηκε ήταν μεικτή, περιλαμβάνοντας τόσο ένα ποσοτικό μέρος όσο και ένα ποιοτικό κομμάτι. Στην ποσοτική μελέτη, λήφθηκε δείγμα 73 επαγγελματιών Π.Φ.Υ., οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν την επταβάθμια κλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach burnout syndrome scale). Η ανάλυση έγινε στο IBM SPSS 26.00, με δίπλευρους μη παραμετρικούς ελέγχους σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Στην ποιοτική μελέτη συμμετείχαν 7 επαγγελματίες Π.Φ.Υ., στο πλαίσιο δύο focus groups με ανοικτή συζήτηση ημί-δομημένου διαλόγου. Έπειτα, εφαρμόστηκε θεματική ποιοτική ανάλυση περιεχομένου.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα (61,4%) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι επηρεάστηκε ψυχολογικά κατά την περίοδο της πανδημίας λόγω της καραντίνας και των μέτρων που ελήφθησαν. Τα ολικά επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης κινήθηκαν σε μεσαία επίπεδα (3,55), με τις δύο διαστάσεις να βρίσκονται σε χαμηλά-

μέτρια επίπεδα (διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης (3,83) και της αποπροσωποποίησης (2,08)). Αντίθετα, η διάσταση της μειωμένης αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων (4,76) αξιολογήθηκε σε πολύ υψηλά επίπεδα. Επιπρόσθετα, ο μεγαλύτερος αριθμός μελών οικογένειας (OR=1,561, 95%CI= 1,322-1,901) και τέκνων (1,584, 1,301-1,985), αλλά και τα έτη καπνίσματος (1,2, 1,074-1,421) αποτέλεσαν τους βασικούς παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα του συνδρόμου. Αντίθετα, η συχνή άσκηση (0,672, 0,521-0,793) και η αυξημένη κοινωνική δραστηριότητα (0,128, 0,093-0,282) βρέθηκαν να επιδρούν προστατευτικά. Όμοιες τάσεις συσχέτισης βρέθηκαν και στις επιμέρους διαστάσεις της εξουθένωσης. Επιπρόσθετα, μέσω των focus groups, οι συμμετέχοντες τόνισαν την σημαντικότητα του θέματος και του κρίσιμου φαινομένου που βιώνουμε και το πως αυτό συμβάλει στην αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και γενικότερα της ψυχολογικής και σωματικής επιβάρυνσης. Παρόλο που το πρόσημο στις σχέσεις και τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας μιας ίδιας δομής Π.Φ.Υ φαίνεται να ήταν θετικό, η αποτίμηση σε όλα τα άλλα επίπεδα ήταν αρνητική. Η αύξηση του αισθήματος φόβου, άγχους και στρες, η σωματική και ψυχική κόπωση, η κρίση των ρόλων των επαγγελματιών, η έλλειψη στήριξης από τους εργοδότες και τους φορείς λήψης αποφάσεων, η απουσία κατευθυντήριων οδηγιών και συστηματικής ποιοτικής εκπαίδευσης αποτέλεσαν μερικά από τα συχνότερα προβλήματα με τα οποία ήρθαν αντιμέτωποι και που αναγνωρίζουν ως βασικά αίτια της αύξησης της επαγγελματικής εξουθένωσης κατά την περίοδο της πανδημίας.

Συμπεράσματα: Η πανδημία και η περίοδος της καραντίνας φαίνεται να επηρέασαν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών Π.Φ.Υ. Μάλιστα, αναμένεται να γίνουν ακόμα πιο εμφανείς οι επιδράσεις αυτές αμέσως μετά την καραντίνα ή την περίοδο αυτή των αυστηρών μέτρων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα και τις ανάγκες και προτιμήσεις των επαγγελματιών, ένα εύρος μέτρων θα πρέπει να ληφθεί, ξεκινώντας από τη διακυβέρνηση των δομών Π.Φ.Υ., τη διασύνδεση με την Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Τ.Φ.Υ.), τη διασφάλιση της επάρκειας υλικών και προσωπικού, την παροχή μέσων και διαδικασιών για την επιβεβαίωση διαγνώσεων, την αναγνώριση των ρόλων εντός και εκτός Π.Φ.Υ., τον καθορισμό καθηκοντολογίου, την οργάνωση εκπαιδευτικών δράσεων, τη συνεχή ανταλλαγή καλών πρακτικών και τη συντονισμένη ψυχολογική υποστήριξη σε ομάδες συζήτησης εντός των δομών.

Λέξεις κλειδιά: επαγγελματική εξουθένωση, συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, προσωπικά επιτεύγματα, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, επαγγελματίες υγείας, πανδημία, COVID-19.

Abstract

Title: Burnout in primary healthcare professionals during the corona pandemic. Assessment of attitudes and perceptions.

By: Papadakis Ekaterini

Supervisors: 1. Tsiligiannis Ioanna
2. Sifaki - Pistolla Dimitra
3. Anastasiou Foteini

Date: January - February 2021

Background: The unexpected nature of the novel pandemic of COVID-19 has already widely impacted on the psychological wellbeing and overall health of the healthcare professionals. Especially those who work in the primary health care (P.H.C) and are at the “frontline”, are most vulnerable to a range of stressors. According to the literature, the P.H.C professionals are expected to present higher risk of the burnout syndrome during such periods of crisis. Assessment of this phenomenon is considered crucial.

Aim: The aim of this study was to explore the prevalence of the burnout syndrome and its dimensions among the P.H.C professionals. Additionally, other secondary objectives were; to assess the factors that have a negative impact and may lead to the increase of the burnout syndrome and to monitor the thoughts and feelings of the healthcare professionals, map their preferences, views and suggestions on how to improve and manage this phenomenon.

Methods: The current cross-sectional mixed-methods study took place in the county of Heraklion in the regional P.H.C units (Local Health Units of Heraklion and Units of Home care). It was a three-month study during the winter period (2020-2021) of the second wave of the pandemic (quarantine). The mixed methodological approach included a quantitative and a qualitative part. In the quantitative part, a sample of 73 P.H.C professionals participated and filled in the 7-point Likert Maslach burnout syndrome scale. The analysis was performed in the IBM SPSS 26.00, with two-sided test at a level of significance of $\alpha=0.05$. In the qualitative part, 7 participants joined two focus groups that used semi-structured questions to motivate dialogue. A thematic content analysis was performed afterwards.

Results: The majority of the participants (61.4%) reported that they were affected psychologically during the pandemic, due to the quarantine and the relative measures. The overall burnout syndrome score was found to be at medium levels (3.55), with two of each dimensions to be at lower-medium levels (emotional exhaustion (3.83) and depersonalization (2.08)). Contrary to that, the dimension of low feeling of personal achievements had very high score of 4.76. Additionally, the high number of family members (OR=1.561, 95%CI= 1.322-1.901) and children (1.584, 1.301-1.985), as well as the years of smoking (1.2, 1.074-1.421) presented higher probability of burnout syndrome. Contrary to that, frequent exercise (0.672, 0.521-0.793) and frequent social activity (0.128, 0.093-0.282) had a protective impact. Similar correlation trends were found for the three dimensions. Furthermore, through the focus groups, the participants stressed the importance of this subject and the criticality of the phenomenon we are all experiencing, as well as how they think it has an impact on the increase of the burnout syndrome. It seems that the overall impact on the relations between collaborators was positive. However, the effects on other parts were only negative. Some of the most frequent problems and barriers they faced and think

that contributed to the increase of burnout were; the increase of fear, stress, physical and mental burden, crisis and confusion of roles, lack of support by their directors (centrally) and from the bodies of policy and decision making and absence of guidelines and comprehensive continuous training.

Conclusions: The pandemic and the quarantine period seem to have a great impact on the burnout syndrome prevalence among the P.H.C professionals working in the frontline. Still, an even greater impact is expected to be observed after the quarantine where the strict measures of the pandemic will come to an end. Based on our findings and the monitored needs and preferences of the participants, a range of measures should be undertaken, starting from P.H.C governance, integration with tertiary healthcare, resources for safety and diagnostic procedures, recognition of roles within the P.H.C and among other types of care, formulation of specific responsibilities, coordination of educational/training activities, continuous exchange of best practices and the coordinated psychological support in group conversations taking place in the units.

Key words: burnout, emotional exhaustion, depersonalization, personal achievements, primary health care, healthcare professionals, pandemic, COVID-19.

Πίνακας Περιεχομένων

1	Εισαγωγή	1
2	Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας	2
2.1	Ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	2
2.2	Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης	3
2.3	Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας	6
2.3.1	Επαγγελματική εξουθένωση, εργασιακό άγχος και άλλες εκβάσεις υγείας	8
2.3.2	Συμπτώματα και παράγοντες που συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας	8
2.4	Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες Π.Φ.Υ. εν καιρώ πανδημίας του κορονοϊού.....	9
2.5	Πρόληψη και τρόποι αντιμετώπισης εν καιρώ κρίσεων.....	12
3	Σκοπός και επιμέρους στόχοι	14
4	Μεθοδολογία	15
4.1	Σχεδιασμός και τύπος μελέτης.....	15
4.2	Δείγμα	15
4.3	Εργαλεία και διαδικασίες.....	15
4.4	Ανάλυση δεδομένων.....	17
4.4.1	Στατιστική ανάλυση.....	17
4.4.2	Ποιοτική ανάλυση.....	17
4.5	Ζητήματα βιοηθικής.....	18
5	Αποτελέσματα	19
6	Συζήτηση	34
6.1	Κύρια ευρήματα	34
6.2	Σχολιασμός υπό το φως της βιβλιογραφίας	35
6.3	Περιορισμοί και δυνατά σημεία μελέτης	38
7	Συμπεράσματα και προτάσεις για την Π. Φ. Υ.	40
	Βιβλιογραφία	42
	Παραρτήματα	49
	Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγια	50
	Παράρτημα Β: Άδειες βιοηθικής	53
	Παράρτημα Γ: Έντυπο ενήμερης συναίνεσης	56

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1: Κατανομή δημογραφικού προφίλ των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=73) και ανά τύπο δομής (To.M.Y. n=37, B.Σ.Σ. n=36)	20
Πίνακας 2: Κατανομή συνηθειών τρόπου ζωής των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=73) και ανά τύπο δομής (To.M.Y. n=37, B.Σ.Σ. n=36)	21
Πίνακας 3: Κατανομή χρόνιων νοσημάτων των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=73) και ανά τύπο δομής (To.M.Y. n=37, B.Σ.Σ. n=36)	22
Πίνακας 4: Αποτίμηση ψυχολογικής επίδρασης της πανδημίας σύμφωνα με τους συμμετέχοντες στο σύνολο του δείγματος (n=73) και ανά τύπο δομής (To.M.Y. n=37, B.Σ.Σ. n=36).....	23
Πίνακας 5: Αποτίμηση διαστάσεων κλίμακας M.B.I. στο σύνολο του δείγματος (n=73) και ανά τύπο δομής (To.M.Y. n=37, B.Σ.Σ. n=36)	23
Πίνακας 6: Σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και του προφίλ των εργαζομένων.....	29
Πίνακας 7: Πιθανότητα αύξησης της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στην Π.Φ.Υ. εν καιρώ πανδημίας	29
Πίνακας 8: Τρόποι που επέδρασε η περίοδος της πανδημίας στην επιφόρτιση και την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών Π.Φ.Υ.*	31

Ευρετήριο Σχημάτων

Σχήμα 1: Πτυχές που επλήγησαν περισσότερο ή συνέβαλαν περισσότερο στο αίσθημα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	32
Σχήμα 2: Προτάσεις για την κάλυψη αναγκών και τη βέλτιστη μείωση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης.....	33

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν»	24
Γράφημα 2: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι τους ασθενείς μου απρόσωπα»	25
Γράφημα 3: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου».....	25
Γράφημα 4: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου»	26
Γράφημα 5: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Στην πραγματικότητα δε με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου».....	27
Γράφημα 6: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Μου δημιουργεί ένταση και στρες το γεγονός ότι η δουλειά μου σχετίζεται με ανθρώπους»	28

1 Εισαγωγή

Η απρόβλεπτη φύση της νέας πανδημίας COVID-19 έχει ήδη επιφέρει ποικίλες επιπτώσεις όχι μόνο άμεσες αλλά και έμμεσες, όπως ο σημαντικός αντίκτυπος στην ψυχολογική ευημερία των εργαζομένων στην υγεία [1]. Μελέτες έχουν ήδη αναδείξει την αυξανόμενη συχνότητα αρνητικών εκβάσεων υγείας όπως το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Σ.Ε.Ε., professional burnout syndrome) που επήλθε εν καιρώ πανδημίας σε αυτόν τον πληθυσμό [1-3]. Η παρατήρηση αυτή γίνεται ακόμα πιο εμφανής σε επαγγελματίες «πρώτης γραμμής» [2]. Σε πρόσφατη μελέτη στην Ιαπωνία διαπιστώθηκε ότι περισσότερο από το 40% των νοσηλευτών και περισσότερο από το 30% των ακτινολόγων-τεχνολόγων και φαρμακοποιών βρέθηκε να έχουν Σ.Ε.Ε. [2]. Παρόλο που το πρόβλημα του Σ.Ε.Ε. επικαλύπτεται με τα συμπτώματα της κατάθλιψης [4], γεγονός που το καθιστά μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, λίγες μελέτες το έχουν διερευνήσει εις βάθος στην παρούσα πανδημία.

Στην περίπτωση της Ελλάδας, δεν υπάρχουν ακόμα μελέτες εν καιρώ πανδημίας από όσο μπορούμε να γνωρίζουμε, παρόλο που η συζήτηση για την αδυναμία και τις ταλαντώσεις του συστήματος υγείας ήταν αρκετές από το πρώτο κιόλας διάστημα της έναρξης της πανδημίας στη χώρα μας [5]. Παράλληλα, σε αυτό το περιβάλλον δοκιμασίας κλήθηκαν να λάβουν ενεργό ρόλο οι ιατροί και επαγγελματίες υγείας διάφορων βαθμίδων, με κυρίαρχο αυτό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Διαφαίνεται λοιπόν, ότι αξίζει να μελετηθεί η ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση των ιατρών και επαγγελματιών Π.Φ.Υ., κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσιμης περιόδου. Η παρούσα εργασία, έρχεται να απαντήσει σε αυτή την ανάγκη και να αποτυπώσει για πρώτη φορά το μέγεθος του προβλήματος, αλλά και να μεταφέρει τη φωνή τους, μέσω της αποτίμησης των στάσεων, των αναγκών και των απόψεών τους. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναμένεται να αναδείξουν τα προβλήματα που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, τον τρόπο λειτουργίας γενικότερα στον χώρο της υγείας, αλλά και στοιχεία που απαιτούνται για τη βελτίωση της εργασίας και την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής φροντίδας.

2 Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

2.1 Ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης

Το Σ.Ε.Ε. έκανε την εμφάνισή του στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής την δεκαετία του 1970 και ιδιαίτερα στα άτομα που εργάζονταν σε υπηρεσίες κοινωνικού χαρακτήρα [6]. Ο πρώτος που το παρατήρησε σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο ήταν ο ψυχαναλυτής Freudenberger [7]. Παρόμοιο φαινόμενο με αυτό της επαγγελματικής εξουθένωσης, είχε παρατηρηθεί με την μορφή της ακραίας κόπωσης και της απώλειας πάθους για την εργασία από τους εργαζομένους και τους κοινωνικούς παρατηρητές πολύ πριν γίνει αντικείμενο μελέτης από τους ερευνητές [6]. Ωστόσο δεν υπάρχει καμία ένδειξη για το ότι το Σ.Ε.Ε. θα πρέπει να περιοριστεί στον τομέα των υπηρεσιών κοινωνικού χαρακτήρα [8].

Σύμφωνα με τη Maslach και την ψυχομετρική τεκμηρίωση, η επαγγελματική εξουθένωση περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις συμπτωμάτων:

- Την **συναισθηματική εξάντληση** που αναφέρεται στα συναισθήματα της υπερβολικής έκτασης και της εξάντλησης των συναισθηματικών πόρων του ατόμου.
- Την **αποπροσωποποίηση**, που συνεπάγεται μια αδιάφορη και αρνητική στάση απέναντι στους άλλους, ιδίως τους αποδέκτες των υπηρεσιών του.
- Το **μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης**, που αναφέρεται σε μια παρακμή του αισθήματος ικανότητας του ατόμου να φέρει εις πέρας το έργο του [9,10].

Η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί τον πλέον ευρέως αναφερθέν από τις τρεις παραπάνω διαστάσεις στη διεθνή βιβλιογραφία [9].

Κατά τη δεκαετία του 1980 οι εργασίες που ακολούθησαν για την επαγγελματική εξουθένωση μετατράπηκαν σε μελέτες συστηματικής εμπειρικής έρευνας. Οι μελέτες αυτές γίνονται πλέον με τη χρήση ερωτηματολογίων και μεθοδολογίας έρευνας, μελετώντας μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού. Αποτέλεσμα αυτής της εξέλιξης ήταν η ανάπτυξη διάφορων εργαλείων μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η κλίμακα με τις ισχυρότερες ψυχομετρικές παραμέτρους είναι αυτή των Maslach και Jackson, το M.B.I. (Maslach Burnout Inventory) η οποία αναπτύχθηκε το 1981 και χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα. Την περίοδο αυτή, σημαντικό ρόλο έπαιξε η βιομηχανική ψυχολογία η οποία όρισε ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μία μορφή άγχους η οποία συνδέεται με την ικανοποίηση του ατόμου με την εργασία, την οργανωτική δέσμευση και τον κύκλο εργασιών [6]. Με τον όρο επαγγελματική εξουθένωση νοείται «η σωματική και ψυχική εξάντληση από την εργασία κυρίως των ατόμων που αναπτύσσουν διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα» [6].

Σύμφωνα με τον Potter (2001) πρόκειται για «μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη αδυναμία για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζόμενου». Δίνεται έμφαση στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Εφόσον εμφανιστεί το σύνδρομο, δύσκολα υποχωρεί. Έχοντας συνηθίσει ο εργαζόμενος σε έναν αυτόματο σχεδόν τρόπο εργασίας, και απουσία ανάλογων κινήτρων, φτάνει στην αλλοτρίωση ως προς την εργασία του. Από αυτό το σημείο και μετά η ανάκαμψη είναι δύσκολη, ακόμη κι αν οι συνθήκες εργασίας του βελτιωθούν [11].

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει στενές σχέσεις με το εργασιακό στρες, δεν είναι όμως ταυτόσημα. Το εργασιακό στρες κάνει την εμφάνισή του όταν η εργασία που διεκπεραιώνει κάποιος έχει υψηλές απαιτήσεις που ξεπερνούν τις δυνάμεις του ατόμου [12].

2.2 Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο μεταβαλλόμενος χαρακτήρας της εργασίας και ο αυξημένος ψυχικός και συναισθηματικός φόρτος της εργασίας αποτελεί την πιο αρνητική εξέλιξη στις σύγχρονες οργανώσεις εργασίας. Προσπάθειες για να αποκτηθεί περισσότερη γνώση γύρω από την ιδιαίτερη σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικών κινδύνων που σχετίζονται με την εργασία και την υγεία των εργαζομένων, ώστε να έχουμε μια καλύτερη αντίληψη και εικόνα του προβλήματος, γίνονται από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 μέσω θεωρητικών μοντέλων [13].

Η ερμηνεία του Σ.Ε.Ε. μέσω των θεωρητικών μοντέλων γίνεται συνήθως υπό το πρίσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Υπάρχουν δύο βασικές προσεγγίσεις των ερευνητών:

- Η πρώτη προσέγγιση γίνεται υπό το πρίσμα της σημασίας των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που έχει ο επαγγελματίας από τον ίδιο τον εαυτό αλλά και από τον χώρο στον οποίο εργάζεται.
- Η δεύτερη προσέγγιση στηρίζεται στη βάση ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού [14,15].

Παρακάτω θα αναφέρουμε μερικά από τα πιο γνωστά μοντέλα αποτίμησης του Σ.Ε.Ε.

Το μοντέλο των τριών διαστάσεων των Maslach & Jackson (1982)

Σε προηγούμενο κεφάλαιο, έγινε μια πρώτη αναφορά για μοντέλο των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης των Maslach & Jackson και το M.B.I. Θα ακολουθήσει μια εκτενέστερη αναφορά σε αυτό το κομμάτι και στις τρεις διαστάσεις.

1^η διάσταση: Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion)

Τη συναισθηματική εξάντληση χαρακτηρίζει η παντελής έλλειψη ενέργειας ενώ παράλληλα κυριαρχεί η αίσθηση ότι έχουν εξαντληθεί τα συναισθηματικά αποθέματα και δεν υπάρχουν πηγές ανανέωσης. Το άτομο βιώνει την αίσθηση απώλειας της απαιτούμενης ενέργειας και διάθεσης που χρειάζεται για να επενδύσει συναισθηματικά στην δουλειά του, ενώ ταυτόχρονα οι απαιτήσεις των ασθενών-πελατών και του εργασιακού του περιβάλλοντος τον καταβάλλουν. Ένα κοινό σύμπτωμα αποτελεί το γεγονός ότι το άτομο νιώθει δέος στην προοπτική ότι την επόμενη ημέρα θα πρέπει να ξαναπάει στην εργασία του [16]. Πιο συγκεκριμένα στους επαγγελματίες υγείας, συχνά καλλιεργείται αίσθημα μη αποτελεσματικότητας στην απόδοση συγκριτικά με το παρελθόν, γεγονός το οποίο οδηγεί στην υιοθέτηση συμπεριφορών απομάκρυνσης (φυσικής ή συναισθηματικής) από την ίδια την εργασία. Αυτό συμβαίνει λόγω του ότι αντιμετωπίζουν την εργασία τους ως τη βασική αιτία της εξάντλησής τους [17]. Μελέτες έχουν δείξει ότι η συναισθηματική εξάντληση συσχετίζεται με τις υψηλές

απαιτήσεις του εργασιακού χώρου και τις υψηλές προσδοκίες του ίδιου του ατόμου [18]. Ως εκ τούτου, η παράμετρος της συναισθηματικής εξάντλησης θεωρείται πλέον ταυτόσημο φαινόμενο με την επαγγελματική κατάθλιψη [19].

2^η διάσταση: Αποπροσωποποίηση (depersonalization)

Συνέπεια της συναισθηματικής εξάντλησης, άρρηκτα σχετιζόμενη με αυτή και επόμενη στη σειρά των διαστάσεων είναι η αποπροσωποποίηση. Οι τρόποι εκδήλωσής της περιλαμβάνουν τη συναισθηματική απομάκρυνση, απόσυρση και αποστασιοποίηση από την εργασία. Ο επαγγελματίας υγείας αναπτύσσει μια αδιαφορία και έναν κυνισμό προς τους ασθενείς, που τους αντιμετωπίζει πλέον ως «περιστατικά» [16], ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να απομακρυνθεί από την εργασία με παρατεταμένα διαλλείματα και συζητήσεις με τους συναδέλφους [20]. Όλα τα προηγούμενα οδηγούν στη δημιουργία αισθήματος αποτυχίας και μειωμένης επίτευξης [20]. Σύμφωνα με τον Cherniss, η αποπροσωποποίηση είναι μια διαδικασία απεμπλοκής του εργαζομένου από το στρες, την πίεση και την κόπωση που βιώνει. Πρόκειται δηλαδή για ένα μηχανισμό προσαρμογής ή διαχείρισης των αρχέτυπων πηγών [21].

3^η διάσταση: Έλλειψη προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment)

Αυτή η διάσταση αποτελεί την τελευταία συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε αυτή τη φάση, ο επαγγελματίας υγείας έχει αρνητική εκτίμηση για τον εαυτό του, ειδικά σε ό,τι έχει να κάνει με την εργασία του και με τους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Το φαινόμενο αυτό εκδηλώνεται με την εξής σειρά: αρχικά μειώνεται η απόδοση του εργαζόμενου, ύστερα η ικανοποίηση από τη δουλειά του παύει να υπάρχει και τέλος, ακολουθεί η παραίτησή του από την προσπάθεια χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών. Τα προηγούμενα έχουν ως αποτέλεσμα τη μη ικανότητα διαχείρισης της πίεσης του εργασιακού ρόλου του και την αρχή της κατάθλιψης, που μπορεί να οδηγήσει στην αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό. Δεν είναι απίθανο ο εργαζόμενος, μετά που θα λάβει βοήθεια από ειδικό, να αλλάξει, είτε τον τρόπο αντιμετώπισης της εργασίας του, είτε τις προσδοκίες του, ή ακόμη και να οδηγηθεί στην εγκατάλειψη της εργασίας αυτής [22].

Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)

Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky, το πέραςμα στην επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτική διεργασία απομυθοποίησης της πραγματικότητας και χωρίζεται σε τέσσερα στάδια, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από το ξεκίνημα της καριέρας του [23].

- **Στάδιο ενθουσιασμού:** Η καριέρα του εργαζόμενου ξεκινάει με ενθουσιασμό, υψηλούς στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Από ένα σημείο και μετά, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του και απογοητεύεται.
- **Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας:** Οι ανάγκες του εργαζόμενου πλέον δεν καλύπτονται μέσα από τη δουλειά και οι προσδοκίες του διαψεύδονται, φτάνοντας τον στο σημείο να κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και οδηγώντας τον να προσπαθήσει να επενδύσει ακόμη περισσότερο στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Σε αυτό το σημείο, η εργασία αρχίζει να φαντάζει λιγότερο ιδανική, δεν έχει όμως αναθεωρήσει ακόμα τις προσδοκίες του.
- **Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης:** Ο εργαζόμενος αποθαρρύνεται και απογοητεύεται διότι βλέπει ότι οι προσπάθειές του για ολοκλήρωση μέσω της

εργασίας ματαιώνονται. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει είτε να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο.

- **Στάδιο απάθειας:** Σε αυτό το στάδιο, ο εργαζόμενος συνεχίζει να εργάζεται αποκλειστικά και μόνο για βιοποριστικούς λόγους, επενδύοντας ελάχιστη ενέργεια στην εργασία του και αποφεύγοντας κάθε υπευθυνότητα ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμα του [23].

Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980)

Σύμφωνα με τον Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μια διαδικασία παρά ένα μεμονωμένο συμβάν και ακολουθεί τρεις φάσεις.

- **Φάση «εργασιακού στρες»:** Επιφέρεται όταν διαταραχθεί η ισορροπία ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους, Αυτή η διατάραξη μπορεί να συμβεί στον οποιονδήποτε, χωρίς όμως να οδηγεί απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.
- **Φάση «εξάντλησης»:** Αποτελεί συνέχεια της προηγούμενης διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με την μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Η μη ορθή διαχείριση αυτής της κατάστασης συνεχούς έντασης μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.
- **Φάση «αμυντικής κατάληξης»:** Σε αυτό το στάδιο πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και συμπεριφορά του εργαζόμενου. Εκδηλώνεται κυνισμός, αρνητισμός, οργή, καχυποψία, οικογενειακές συγκρούσεις και απάθεια για τους άλλους έτσι ώστε να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά [21].

Ο Cherniss έχει επισημάνει επίσης τα ευρήματα της Maslach σχετικά με την σχέση ηλικίας και εξουθένωσης, δηλώνοντας παράλληλα ότι η ηλικία μπορεί να είναι σημαντική ως δείκτης εμπειρίας [24].

Το μοντέλο της Pines (1988)

Το εργασιακό περιβάλλον είναι αυτό που απασχολεί περισσότερο την Pines, διότι θεωρεί ότι οι άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο μόνο για την πυροδότηση και τον καθορισμό της βαρύτητας του συνδρόμου. Ο εργαζόμενος έχει την ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του, και αυτό το ψάχνει μέσω της εργασίας του. Όταν η εργασία αποτυγχάνει να το κάνει, η επαγγελματική εξουθένωση είναι αναπόφευκτη. Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια, αξιολογούμενη από μια μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία [25].

Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου του Karasek (The demand-control model)

Είναι ένα από τα πιο γνωστά και ευρέως διαδεδομένα μοντέλα και ορίζεται από τρεις βασικούς παράγοντες άγχους που επηρεάζουν την ευεξία των εργαζομένων [26-28]:

1. Ψυχολογικές απαιτήσεις της εργασίας
2. Έλεγχος ή εύρος λήψης αποφάσεων
3. Κοινωνική στήριξη από προϊστάμενους, συναδέλφους και υφιστάμενους

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι υψηλές ψυχολογικές απαιτήσεις και ο χαμηλός έλεγχος της εργασίας κατά τη λήψη αποφάσεων οδηγούν σε αρνητικές αντιδράσεις άγχους (κόπωση, αγωνία, κατάθλιψη κ.λπ.). Το μοντέλο αυτό συσχετίζει τα διάφορα επαγγέλματα με το εργασιακό άγχος και τον κίνδυνο ασθένειας. Έχει χρησιμοποιηθεί σε επιδημιολογικές μελέτες χρόνιων νόσων, όπως η στεφανιαία νόσος [26-28].

Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής (ERI: The effort-reward imbalance model)

Οι Siegrist και συν πρότειναν το 1990 ένα νέο μοντέλο όσον αφορά στη σχέση εργασιακών συνθηκών και υγείας των εργαζομένων, λαμβάνοντας ως θεμελιώδη υπόθεση την ύπαρξη ισορροπίας ανάμεσα στην «επένδυση» που κάνει ο εργαζόμενος στη δουλειά του και στην ανταπόδοση που εισπράττει. Ο όρος επένδυση έχει δύο διαστάσεις [29]:

- Την εξωγενή προσπάθεια, δηλαδή το έργο που καταβάλλει ο εργαζόμενος προκειμένου να εκπληρώσει τα βασικά εργασιακά του καθήκοντα.
- Την ενδογενή προσπάθεια, δηλαδή τα εσωτερικά κίνητρα του εργαζόμενου που τον ωθούν να αποδώσει στον εργασιακό του χώρο [29].

Το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων-πόρων (JD: The Job Demands-Resources Model)

Το μοντέλο αυτό βασίζει την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στο γεγονός ότι οι απαιτήσεις της εργασίας (σωματικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πλευρές της εργασίας) είναι τόσες ώστε δεν καλύπτονται από τα ευεργετήματα που αυτή προσφέρει. Ο εργαζόμενος πρέπει διαρκώς να προσπαθεί σωματικά και πνευματικά να ανταπεξέλθει στις εργασιακές απαιτήσεις, κάνοντας παράλληλα συγκεκριμένες θυσίες (ψυχολογικές και σωματικές) [30].

Οι εργασιακοί πόροι αναφέρονται στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πλευρές της εργασίας, οι οποίες μπορεί να:

- Είναι λειτουργικές προς την επίτευξη των εργασιακών στόχων.
- Μειώνουν τις εργασιακές απαιτήσεις που συνδέονται με τις φυσικές και ψυχολογικές θυσίες.
- Προωθούν την προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη [30,31].

2.3 Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας

Είναι γνωστό ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι σύνηθες φαινόμενο στους επαγγελματίες υγείας και συχνά παρουσιάζεται σε υψηλότερα επίπεδα από ότι στον γενικό πληθυσμό. Έρευνες των Shanafelt et al. και Zhang et al. το απέδειξαν αυτό [32,33].

Στην Ελλάδα το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, διερευνάται εδώ και 25 χρόνια. Τα τελευταία όμως χρόνια παρατηρείται ένα αυξημένο ενδιαφέρον από πολλούς ερευνητές σχετικά με το εργασιακό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση. Αρκετές προσπάθειες έχουν γίνει για τη μέτρηση του εργασιακού stress και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς.

Αναφορικά, θα επισημάνουμε κάποιες μελέτες που έγιναν στον τομέα της υγείας και είχαν ως αντικείμενο έρευνας τη συγκεκριμένη έκβαση. Οι Αντωνίου και συν μελέτησαν την ψυχοσωματική υγεία των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία και συνέδεσαν τα υψηλά επίπεδα εργασιακού stress με τη σωματική και τη συναισθηματική δυσλειτουργία κυρίως σε εργαζόμενους μικρότερων ηλικιών [34]. Οι Σιουρούνη και συν μελέτησαν την επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τρίπολης, παρατηρώντας ότι τα άτομα που εργάζονται σε χώρους με κύριο σκοπό τη θεραπεία, παρουσιάζουν υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικής εξάντλησης και αίσθησης αποπροσωποποίησης συγκριτικά με τα άτομα που εργάζονται σε τμήματα αποκατάστασης [35].

Το φαινόμενο όμως έχει παγκόσμιες διαστάσεις και απασχολεί τους ερευνητές συνεχώς, με καινούριες έρευνες να διεξάγονται χρόνο με το χρόνο. Παρακάτω θα αναφέρουμε κάποιες από αυτές. Οι Džubur et al. επιχείρησαν το 2018 να μετρήσουν το επίπεδο του Σ.Ε.Ε. ανάμεσα με επαγγελματίες Π.Φ.Υ. και παράλληλα να διαπιστώσουν αν υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στο επίπεδο του Σ.Ε.Ε. και στις κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους στο καντόνι του Σαράγιεβο, χρησιμοποιώντας ως εργαλείο μέτρησης το M.B.I.. Το δείγμα περιλάμβανε 300 επαγγελματίες υγείας. Η έρευνα έδειξε ότι το Σ.Ε.Ε. δεν είναι ασυνήθιστο ανάμεσα στους επαγγελματίες Π.Φ.Υ. Ειδικότερα, παράγοντες που αυξάνουν την εμφάνιση του φαινομένου είναι, το φύλο (θήλυ), η ειδικότητα (νοσοκόμος/μα, τεχνικός υγείας), η ηλικία (κάτω των 40 ετών), οι συμβάσεις αορίστου χρόνου εργασίας, οι μεγάλες βάρδιες και η κατανάλωση αλκοόλ [36].

Οι Montero-Marin et al το 2016 μελέτησαν τις διάφορες υποκατηγορίες burnout και την απουσία αυτοσυμπόνιας στους επαγγελματίες Π.Φ.Υ. της Ισπανίας. Συνολικά 440 επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων συμμετείχαν στην έρευνα που χρησιμοποίησε, μεταξύ άλλων κλιμάκων, την M.B.I.-G.S. (Maslach Burnout Inventory - General Survey) και την B.C.S.Q.-36 (Burnout Clinical Subtype Questionnaire). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι Ισπανοί επαγγελματίες Π.Φ.Υ. παρουσιάζουν καλή δομή και κατάλληλη εσωτερική συνοχή. Επίσης, οι αρνητικές διαστάσεις αυτοσυμπόνιας φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξήγηση των προφίλ εξουθένωσης σε αυτόν τον πληθυσμό και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό συγκεκριμένων θεραπειών και παρεμβάσεων προσαρμοσμένων στην ειδική ευπάθεια κάθε υποκατηγορίας [37].

Το κόστος της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης συνεπάγεται την υγεία του ατόμου (σωματική και ψυχική) αλλά και τις επιπτώσεις που επιφέρει αυτό στον εργασιακό του χώρο [38,39]. Κατά την τελευταία (10^η) αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών (International Classification of Diseases, ICD-10), το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν χαρακτηρίζεται ως ατομική διάγνωση, αλλά παρατίθεται ως πρόσθετη διάγνωση στο κεφάλαιο XXI- Προβλήματα που σχετίζονται με τη διαχείριση της ζωής με κωδικό Z.73.0 που αναφέρεται ως «κατάσταση ζωτικής εξάντλησης». Επιπλέον, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών διαταραχών, 5th edition (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5), η επικαιροποίηση του 2013 προς την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία, δεν περιλαμβάνει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης [40].

Η αύξηση του φόρτου εργασίας αποτελεί κύριο παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης και μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη θέσπιση καθηκοντολογίου για όλους τους επαγγελματίες υγείας και την επαρκή στελέχωση. Η σωστή ενημέρωση

και εκπαίδευση, με στόχο την απόκτηση των δεξιοτήτων που απαιτούνται για την επιτέλεση των εργασιακών καθηκόντων μπορεί να συμβάλλει και στη διαχείριση αυτής της κρίσης. Υπηρεσίες συμβουλευτικής και ομάδες αποφόρτισης θα βοηθούσαν, στη βέλτιστη διαχείριση των στρεσογόνων καταστάσεων και θα ενίσχυαν την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών Π.Φ.Υ. βοηθώντας τους στην καλύτερη αντιμετώπιση της καθημερινότητας [41].

2.3.1 Επαγγελματική εξουθένωση, εργασιακό άγχος και άλλες εκβάσεις υγείας

Το Σ.Ε.Ε. αποτελεί μια βαθιά επίπτωση του μακροχρόνιου στρες στον εργαζόμενο [20]. Παράλληλα, υπάρχουν πολλές άλλες εκβάσεις υγείας που κάνουν την εμφάνισή τους σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως πονοκέφαλος, χρόνια κόπωση, γαστροοισοφαγικές διαταραχές, μυϊκή φόρτιση, υπέρταση, διαταραχές ύπνου, ακόμα και κατάχρηση ουσιών και αυτοκτονικό ιδεασμό [42,43].

Σαν στρες, μπορεί να χαρακτηριστεί “το ερέθισμα που προκαλεί ένταση στην ψυχολογία, καθώς και η σωματική και ψυχολογική αντίδραση σε παράγοντες που προκαλούν ψυχολογικές πιέσεις” ή σαν μια “διαδικασία, η οποία έχει ως βάση την αλληλεπίδραση και διαδραματίζεται μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος που ζει” [44]. Ο Vachon (1987) κατέγραψε τέσσερεις μεσολαβητικούς παράγοντες οι οποίοι είτε αυξάνουν είτε μειώνουν το βαθμό του στρες που βιώνει ο εργαζόμενος στη δουλειά του. Αυτοί είναι:

- **Ατομικά χαρακτηριστικά** (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση).
- **Ενδοατομικοί παράγοντες** (προσωπικότητα, κίνητρα, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική σταδιοδρομία).
- **Διαπροσωπικοί παράγοντες** (υποστηρικτικοί παράγοντες).
- **Κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες** (κοινωνικές προσδοκίες) [45].

2.3.2 Συμπτώματα και παράγοντες που συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας

Στο κεφάλαιο 2.1. έγινε αναφορά για τις τρεις διαστάσεις συμπτωμάτων του Σ.Ε.Ε., την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και το μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης. Η συναισθηματική εξάντληση είναι η πιο εύκολη στην παρατήρηση από τα τρία. Οι επαγγελματίες υγείας με Σ.Ε.Ε. παρουσιάζουν αλλαγμένη συμπεριφορά προς τους ασθενείς. Υιοθετούν μια κυνικότητα προς αυτούς και δεν δείχνουν κανένα ενδιαφέρον ή συμπόνια για αυτούς και τα προβλήματά τους [46,47]. Αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία που αναπτύσσεται σταδιακά, ξεκινώντας από την απουσία συμπτωμάτων σε ήπια και τελικώς, πολύ σοβαρά συμπτώματα εξουθένωσης [48,49].

Σύμφωνα με τους Maslach & Leiter, το περιβάλλον εργασίας συχνά αποτελεί τη ρίζα του προβλήματος που λέγεται Σ.Ε.Ε., καθώς σε αυτό συνυπάρχουν όλοι οι άλλοι παράγοντες που συμβάλουν ή οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση [50]. Γενικά η εξουθένωση δεν οφείλεται σε κάποια γενετική προδιάθεση ή οργανική αδυναμία [51].

Οι παράγοντες που συμβάλουν στην εξουθένωση χωρίζονται σε δυο κατηγορίες. Τους **περιστασιακούς παράγοντες** και τους **μεμονωμένους παράγοντες** [51]. Στους περιστασιακούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι απαιτήσεις της δουλειάς και η

(έλλειψη) εργασιακών πόρων [30]. Οι εργασιακές απαιτήσεις αποτελούν πτυχές της δουλειάς που χρειάζονται συνεχή προσπάθεια και γι' αυτό συνοδεύονται από κάποιο κόστος στον ανθρώπινο οργανισμό (ψυχολογικό και σωματικό), όπως αυξημένους καρδιακούς παλμούς και κόπωση. Τέτοια συμπτώματα συχνά θέτουν τις βάσεις για να ακολουθήσει το Σ.Ε.Ε [52].

Οι εργασιακοί πόροι αποτελούνται από τις φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πτυχές της εργασίας που διευκολύνουν την επίτευξη των εργασιακών στόχων, μειώνουν τις εργασιακές απαιτήσεις και το κόστος τους ή διεγείρουν την προσωπική ανάπτυξη μέσω ουσιαστικής εργασίας [31]. Η σχέση μεταξύ εργασιακών πόρων και εξουθένωσης είναι αρνητική, καθώς τα χαμηλότερα επίπεδα εργασιακών πόρων συσχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης [30]. Οι Bakker, Demerouti & Euwema (2005), κατόπιν έρευνας [53], απέδειξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει περισσότερες πιθανότητες να αναπτυχθεί όταν οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις συνδυάζονται με χαμηλούς εργασιακούς πόρους.

Οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση του στρες στον εργασιακό χώρο της υγείας είναι είτε προσωπικής, είτε οργανωτικής είτε διαπροσωπικής φύσης. Έχει αποδειχθεί ότι την εμφάνιση του Σ.Ε.Ε. επηρεάζουν παράγοντες όπως η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, οι υψηλές προσδοκίες από τον εργασιακό χώρο, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, ο υψηλός φόρτος εργασίας και οι συχνές διαμάχες και συγκρούσεις [50,54]. Οι υπερωρίες, το στρες στον εργασιακό χώρο, η ασφάλεια των ασθενών και οι υπερβολικές ευθύνες συχνά οδηγούν σε burnout [18].

Υπάρχει αυξημένη προσοχή τα τελευταία χρόνια όσον αφορά στα συμπτώματα της εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. Αυτό γίνεται διότι, τα συμπτώματα εξουθένωσης δεν επηρεάζουν μόνο την ευεξία των επαγγελματιών, έχουν αντίκτυπο και στην ποιότητα της δουλειάς τους, αυξάνοντας το ρίσκο για λάθη [55-58]. Επιπλέον πλήττονται και οι οργανισμοί υγείας, λόγω της αυξημένης συχνότητας ηθελημένης απουσίας και πρόθεσης για παραίτηση από την εργασία, γεγονότα που οδηγούν σε έλλειψη προσωπικού και επιπλέον φόρτο εργασίας για αυτούς που παραμένουν πίσω [59]. Συνεπώς, η παρατεταμένη απουσία ή η παραίτηση από τη δουλειά δεν είναι η βέλτιστη επιλογή σε μακροεπίπεδο διότι καταλήγει να πλήττεται σχεδόν όλος ο πληθυσμός, και λαμβάνοντας υπ' όψιν τη γήρανση του πληθυσμού, η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη είναι πιθανό να αυξηθεί [60]. Η λύση θα πρέπει να βρεθεί στα πλαίσια της πρόληψης της εμφάνισης του φαινομένου, χρησιμοποιώντας μεθόδους όπως η συμβουλευτική, ο διαλογισμός, η ενσυνειδητότητα (mindfulness), η παροχή εκπαίδευσης πάνω στις επικοινωνιακές δεξιότητες και οι προσπάθειες αυτοεξυπηρέτησης [61]. Αυτές οι μέθοδοι έχουν δείξει ότι έχουν θετική επίδραση στα συμπτώματα της εξουθένωσης [62].

2.4 Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες Π.Φ.Υ. εν καιρώ πανδημίας του κορονοϊού

Είναι γνωστό ότι τα ποσοστά εμφάνισης Σ.Ε.Ε. εν καιρώ κρίσεων αυξάνονται δραματικά, γεγονός που οφείλεται στις ασυνήθιστα στρεσογόνες καταστάσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο εκάστοτε επαγγελματίας. Αυτό φαίνεται σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί από την έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα το 2009 [63] έως και την προσφυγική κρίση του 2015 [64,65]. Η αύξηση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται να συνυπάρχει με άλλες εκβάσεις υγείας όπως το μετατραυματικό στρες (P.T.S.D., post-traumatic stress disorder).

Η πανδημία του COVID-19 δε διέφερε από τις προαναφερθείσες κρίσεις. Αποτελέσει και αποτελεί μια μεγάλη δοκιμασία για τα συστήματα υγείας όλων των χωρών παγκοσμίως και ειδικά για τους επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτά. Έχουν μάλιστα καταγραφεί αρκετές περιπτώσεις αυτοκτονικών ιδεασμών, με συνέπεια να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην ευημερία των επαγγελματιών υγείας [66-69].

Η περίοδος της πανδημίας του COVID-19 φαίνεται να είχε αντίκτυπο στη σωματική και ψυχολογική ευημερία των επαγγελματιών υγείας παγκοσμίως [88]. Το γεγονός αυτό ήταν αναμενόμενο, βάσει προηγούμενων μελετών. Συγκεκριμένα, προηγούμενη μελέτη σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση έχει ήδη διαπιστώσει ότι το υψηλότερο ποσοστό επιπολασμού της εξάντλησης εμφανίζεται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στο νοσοκομείο ή δομές πρώτης γραμμής έκτακτων περιστατικών [89]. Φυσικά, η περίοδος της πανδημίας δεν μπορεί να συγκριθεί με την κατάσταση αυτή, αλλά η προ-υπάρχουσα γνώση από καταστάσεις πίεσης και έκτακτων συνθηκών μπορεί να μας προετοιμάσει για το τι να περιμένουμε. Έτσι, σε μια πανδημία, η επιδείνωση αυτής της κατάστασης θα ήταν αναπόφευκτη [91].

Προηγούμενες μελέτες έχουν ήδη υπογραμμίσει τη συναισθηματική εξάντληση που σχετίζεται με τα χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας [89,90] και την ανάγκη για αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι δέχονται την πίεση και το στρες τόσο στο χώρο εργασίας όσο και από προσωπικούς και οικογενειακούς παράγοντες. Η πανδημία COVID-19 έχει διαταράξει αισθητά τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Μια παρατεταμένη περίοδος ανταπόκρισης στην πανδημία αναμένεται να οδηγήσει σε πρόσθετο άγχος για τους επαγγελματίες υγείας, το οποίο θα διαπεράσει αργότερα και σταδιακά σε όλο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης [66].

Μελέτες έχουν αναδείξει τους παράγοντες που σχετίζονται με ψυχικές εκβάσεις υγείας στους επαγγελματίες υγείας. Αυτοί είναι:

1. Οι περιορισμένοι εργασιακοί πόροι στα νοσοκομεία.
2. Ο κίνδυνος έκθεσης στο νέο ιό σαν πρόσθετο επαγγελματικό κίνδυνο.
3. Μεγαλύτερες σε διάρκεια βάρδιες.
4. Αλλαγές στις συνήθειες ύπνου.
5. Διαταραχή ισορροπίας μεταξύ δουλειάς και προσωπικής ζωής.
6. Ενίσχυση του διλήμματος όσον αφορά στις υποχρεώσεις απέναντι στους ασθενείς που νοσούν και στο φόβο μετάδοσης του ιού σε μέλη της οικογένειας.
7. Αμέλεια των προσωπικών και οικογενειακών αναγκών λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας.
8. Έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης και επικοινωνίας.

Όπως προκύπτει από πρόσφατα δημοσιευμένα ανασκόπηση [70], όλοι οι παραπάνω αποτελούν αναγνωρισμένους παράγοντες που συμβάλουν στην αύξηση της σωματικής και ψυχικής κόπωσης, του άγχους, του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης [32,43,66,71-76].

Στη Βραζιλία, μια χώρα με μεγάλες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, εφαρμόζεται ένα σύστημα υγείας το οποίο προσφέρει ίση πρόσβαση σε όλους τους πολίτες της. Κατά συνέπεια, ο φόρτος εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας είναι αυξημένος και το μεγαλύτερο βάρος πέφτει στους επαγγελματίες που εργάζονται στην πρώτη γραμμή. Πρόσφατη μελέτη αναφέρει χαρακτηριστικά ότι εάν δεν δοθεί μέριμνα σε

αυτούς, εκτός από το ότι μπορεί να καταρρεύσει το σύστημα υγείας της χώρας, υπάρχει περίπτωση να καταρρεύσουν συναισθηματικά και οι ίδιοι [77]. Αρμόδιοι για να προστατέψουν την υγεία και την ευεξία των επαγγελματιών αυτών δεν είναι άλλοι από τις εκάστοτε κυβερνήσεις και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης [78]. Είναι σημαντικό να δαπανηθούν πόροι ούτως ώστε να προωθηθεί σημαντικά η ψυχική υγεία των επαγγελματιών πρώτης γραμμής, τόσο από ερευνητικής άποψης, πρόληψης αλλά και θεραπείας [77].

Στην Ιταλία, την πρώτη χώρα που χτυπήθηκε σφοδρά από τη νόσο του κορονοϊού, τα πράγματα βγήκαν γρήγορα εκτός ελέγχου. Ο αριθμός των ασθενών αυξανόταν εκθετικά και ο φόρτος εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας σύντομα έγινε δυσβάσταχτος, αφού καλούνταν να υπερβάλλουν εαυτόν καθημερινά. Αυτό οδήγησε στην αύξηση των επιπέδων εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, προκαλώντας συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Barello et al. (2020) [79], της οποίας τα ευρήματα συμπίπτουν με παλαιότερες έρευνες των Harrison et al. (2017) [80] & Rizo-Baeza et al. (2018) [81], οι οποίοι εξέτασαν τα επίπεδα εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας σε καθημερινή βάση (ρουτίνα).

Οι Lai et al. (2020) διεξήγαγαν μελέτη στην Κίνα με 1257 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων το 41,5% ήταν επαγγελματίες πρώτης γραμμής. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το 71,5% υπέφερε από αίσθημα αγωνίας, το 50,4% υπέφερε από συμπτώματα κατάθλιψης και το 44,6% από άγχος, και αυτές οι συνέπειες ήταν πιο εμφανείς σε γυναίκες νοσηλευτές [92]. Μια άλλη μελέτη από την Κίνα με 134 εργαζόμενους στην πρώτη γραμμή (41% νοσοκόμες, 35,1% γιατροί, 23,9% προσωπικό υποστήριξης) έδειξε ότι περισσότεροι από τους μισούς επαγγελματίες υγείας είχαν μέτρια έως σοβαρά επίπεδα αντίληψης του στρες. Μια άλλη μελέτη που εξέτασε δείγμα νοσοκόμων πρώτης γραμμής που εργάζονταν σε δύο νοσοκομεία της Wuhan, έδειξε ότι περισσότερα από τα μισά άτομα ανέφεραν μέτρια έως υψηλή επαγγελματική εξουθένωση [93]. Οι Weilenmann et al. (2020) διερεύνησαν το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε 857 γιατρούς και 553 νοσηλευτές στην Ελβετία. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης [94].

Κατά την πρώτη περίοδο της πανδημίας στην Ελλάδα αλλά και στη συνέχεια, τον πιο κρίσιμο και ουσιαστικό ρόλο είχαν οι επαγγελματίες Π.Φ.Υ., ειδικά όσων αφορούσε το πρώτο σημείο διαλογής και διάγνωσης αλλά και την παρακολούθηση της πορείας των ασθενών. Όπως ανέδειξαν οι Tomos et al. (2020) στην έρευνά τους, οι επαγγελματίες Π.Φ.Υ. «έσωσαν» τα νοσοκομεία της χώρας από μεγάλο φόρτο εργασίας κάνοντας την πρώτη διαλογή των ασθενών που προσήλθαν σε αυτούς με συμπτώματα (ή υποψία συμπτωμάτων) της ασθένειας, διενεργώντας τηλεφωνικές συνεντεύξεις για την αξιολόγηση της κατάστασης και κατατάσσοντας τους ασθενείς σε κατηγορίες ανάλογα με την σοβαρότητά των συμπτωμάτων και το στάδιο της μόλυνσης. Οι ενέργειες αυτές συνέβαλαν κατά πολύ στο να τα καταφέρει η Ελλάδα να καταπολεμήσει το πρώτο κύμα επέλασης της ασθένειας. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα στελεχώνονται από γιατρούς με ειδικότητα και όχι γενικούς ιατρούς, κάτι το οποίο διευκόλυνε τη διαχείριση της κατάστασης, καθώς οι επαγγελματίες αυτοί είχαν την κατάλληλη κατάρτιση για να αντιμετωπίσουν σωστότερα το κάθε περιστατικό. [82]

Φυσικά, όλα τα παραπάνω είχαν ως επακόλουθο οι επαγγελματίες Π.Φ.Υ. να προσθέσουν ένα τεράστιο φόρτο εργασίας στον ήδη υπάρχοντα μεγάλο όγκο

αρμοδιοτήτων τους [83], επιφορτίζοντας την ψυχική και σωματική τους υγεία, με την επαγγελματική εξουθένωση να αποτελεί μια από τις συχνότερες αρνητικές επιπτώσεις. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μια ομάδα ιδιαίτερου ενδιαφέροντος για περαιτέρω μελέτη εν καιρό πανδημίας. Ειδικά, αν σκεφτεί κανείς τις πρωτόγνωρες και κρίσιμες συνθήκες που βιώνουμε σε συνδυασμό με την έλλειψη μελετών, η εστίαση της παρούσας μελέτης στον πληθυσμό αυτό κρίθηκε απαραίτητη.

2.5 Πρόληψη και τρόποι αντιμετώπισης εν καιρώ κρίσεων

Τα επαγγέλματα υγείας εκ φύσεως περιλαμβάνουν ως επί το πλείστον επαφή με άλλους ανθρώπους με στόχο τη διαχείριση των θεμάτων υγείας. Ο επαγγελματίας υγείας αρκετές φορές “ζει” το πρόβλημα του ασθενή που διαχειρίζεται κάνοντας το δικό του [80,81]. Αυτό το φαινόμενο γίνεται πιο έντονο όταν ο φόρτος εργασίας αυξάνετε αισθητά. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, όπως αυτή της πανδημίας του COVID-19, συχνά παρατηρείται ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν συμπτώματα Σ.Ε.Ε. και άλλες εκβάσεις ψυχικής και γενικής υγείας (βλέπε κεφ. 2.3.1.). Για να προστατευθούν οι επαγγελματίες υγείας και να συνεχίσουν να είναι σε θέση να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους, θα πρέπει να μπου σε εφαρμογή μηχανισμοί πρόληψης, αλλά και αποτελεσματικής αντιμετώπισης των εκβάσεων αυτών. Η αντιμετώπιση της νόσου του COVID-19 στην πόλη Wuhan της Κίνας το προηγούμενο έτος έστρεψε πολλούς επιστήμονες και ερευνητές της χώρας προς αυτή την κατεύθυνση [77].

Στο κομμάτι της πρόληψης, η ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή θα πρέπει να παρακολουθείται και να αξιολογείται συχνά, ειδικά σε σχέση με την κατάθλιψη, το άγχος και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Εν συνεχεία, θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας με παρελθόν έκθεσης σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου να αναγνωριστούν και να υπόκεινται σε συνεχή παρατήρηση. Ειδικά σε ό,τι έχει να κάνει με τον COVID-19, θα πρέπει να δίνεται βάση σε δευτερεύοντες παράγοντες που είναι πιθανό να προκαλέσουν στρες (μεταξύ άλλων, οι χρόνιες ασθένειες και η συμβίωση με μικρά παιδιά ή γηραιά μέλη της οικογένειας) [77].

Η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να βρουν κάποιο νόημα στη δουλειά τους και να εμπνευστούν από αυτό, λειτουργεί σαν σημαντικός πόρος και προστατευτικός παράγοντας, καθώς τα υψηλότερα επίπεδα σχετίζονται με λιγότερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση και με υψηλότερη προσωπική ικανοποίηση στην εργασία. Έτσι, ενώ η μείωση του φόρτου εργασίας, η παροχή επαρκούς προστατευτικού εξοπλισμού και η ψυχολογική υποστήριξη είναι κρίσιμες στρατηγικές για τη μείωση των σημερινών επιπέδων εξάντλησης, η εξεύρεση τρόπου υποστήριξης και ενίσχυσης του εργασιακού κινήτρου θα μπορούσε να είναι ουσιαστικής σημασίας για την πρόληψη ή τον περιορισμό της εξουθένωσης και άλλων αποτελεσμάτων υγείας που σχετίζονται με τη δυσφορία, κάτι το οποίο φαίνεται και σε παλαιότερες εργασίες [61].

Ως εκ τούτο, προτείνεται ότι στρατηγικές για την υποστήριξη επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, όπως συμβουλευτική από ομότιμους, αυτό-παρακολούθηση και βηματοδότηση, εργασία σε ομάδες και οργανωτική εποπτεία για την υποστήριξη των κινήτρων των επαγγελματιών στην εργασία και τον μετριασμό του αντίκτυπου της συνεχιζόμενης έκθεσης στο θάνατο, η συναισθηματική εξάντληση, η απόγνωση και η

ταλαιπωρία πρέπει να αναπτυχθούν επειγόντως σε όλα τα συστήματα υγείας παγκοσμίως [79].

Είναι καίριας σημασίας η ψυχολογική υποστήριξη να λαμβάνει υπόψη τη συναισθηματική έκφραση των επαγγελματιών υγείας. Η ψυχολογική παρέμβαση στο πλαίσιο μιας κρίσης στοχεύει επίσης να προσφέρει στρατηγικές αντιμετώπισης για να αντιμετωπίζει παρεμβατικές σκέψεις και προληπτικό ή περιστατικό άγχος [77]. Σε συστήματα με υγείας με μη επαρκείς δομές πρόληψης, συνιστάται να μοιράζεται ενημερωτικό υλικό για την προώθηση της ψυχικής υγείας, ενώ παράλληλα συνιστάται να λειτουργεί και διαδικτυακή υποστήριξη και ψυχοθεραπεία [84].

Το νοσοκομείο RenMin του πανεπιστημίου της Wuhan και το κέντρο ψυχικής υγείας της Wuhan ενσωμάτωσαν στο προσωπικό τους ομάδες ψυχολογικής παρέμβασης, απαρτιζόμενες κυρίως από ψυχιάτρους, παράλληλα με μοντέλα φροντίδας υγείας. Η αρμοδιότητά τους ήταν η προετοιμασία υλικών και η παροχή καθοδήγησης και τεχνικής εποπτείας. Υπήρχαν και ομάδες εθελοντών (που εκπαιδευτικής στην ψυχολογική παρέμβαση) από τη γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης που παρείχαν καθοδήγηση μέσω τηλεφώνου και διαδικτύου στους επαγγελματίες υγείας, ούτως ώστε να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας τους [68].

Επιπρόσθετα, η ανάγκη ανάπτυξης επικοινωνίας εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί μια ακόμα σημαντική ενέργεια, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα κλίμα αμοιβαιότητας και ενσυναίσθησης, επιτρέποντας την έκφραση συναισθημάτων και συμπτωμάτων όπως εξουθένωση και συναισθηματική εξάντληση. Επιπλέον, η ψυχοεκπαίδευση και καθοδήγηση σχετικά με τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες, του άγχους και της κατάθλιψης πρέπει να παρέχονται στις ομάδες, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν αυτά τα συμπτώματα στον εαυτό τους και στους συναδέλφους τους στα αρχικά τους στάδια [77]. Εν συνεχεία, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίζουν τις συναισθηματικές πτυχές που προκύπτουν από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους για να τις χαρτογραφήσουν και να υποδείξουν επαρκείς πόρους ψυχολογικής υποστήριξης και παρεμβάσεις διαθέσιμες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η προώθηση της ψυχικής υγείας των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης είναι απαραίτητη και έχει κλινικές, πολιτικές και κοινωνικές επιπτώσεις [85].

Παράλληλα, η ταυτοποίηση και διαχείριση των συμπτωμάτων είναι μείζονος σημασίας. Συμπτώματα όπως αυπνία, άγχος, θυμός, μηρυκασμός, μειωμένη προσοχή, κατάθλιψη και απώλεια ενέργειας θα πρέπει να αξιολογούνται και να διαχειρίζονται από ειδικούς που εργάζονται στον ίδιο φορέα με τους επαγγελματίες υγείας. Επιπρόσθετα, αυστηρά μέτρα θα πρέπει να ληφθούν για την αποφυγή μολύνσεων και για την εδραίωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για συμβουλευτική, καθώς και για πρακτική εξάσκηση στην εκμάθηση σωστής χρήσης του προσωπικού εξοπλισμού προστασίας [86].

Προκειμένου οι κλινικοί ιατροί να διατηρήσουν την προσωπική τους ευεξία και ανθεκτικότητα σε όλη την πανδημία, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να στοχεύουν στην παρακολούθηση τόσο των κλινικών πηγών άγχους όσο και στη διατήρηση των προσωπικών τους κινήτρων και της εργασιακής δέσμευσης. Αυτές οι προσπάθειες δικαιολογούνται για την προορατική αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με την ευημερία των ιατρών και των οικογενειών τους. Η ανακούφιση των παθήσεων των επαγγελματιών υγείας πρέπει να αποτελεί βασικό μέρος της στρατηγικής αντίδρασης στην πανδημία COVID-19, σε όλες τις χώρες [79].

3 Σκοπός και επιμέρους στόχοι

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και την εμπειρική παρατήρηση των ερευνητών, η κύρια ερευνητική υπόθεση που διαμορφώθηκε ήταν ότι «Οι επαγγελματίες Π.Φ.Υ αναμένεται να έχουν μεσαία-υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ειδικά εν καιρώ πανδημίας και να έχουν πληγεί σε διάφορα επίπεδα που χρήζουν περεταίρω διερεύνησης».

Ο σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας ήταν, η διερεύνηση του βαθμού των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών Π.Φ.Υ. Επιπρόσθετα, ορίστηκαν οι εξής επιμέρους στόχοι: Η σκιαγράφηση των παραγόντων που επέδρασαν αρνητικά και οδήγησαν στην αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι επιθυμίες τους, η καταγραφή της φωνής τους μέσω της διερεύνησης των επιθυμιών, των ειδικών αναγκών, των εμποδίων και των προτάσεων που σχετίζονται με τη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης στο πλαίσιο του έργου τους.

Ερευνητικά ερωτήματα:

1. Κατά πόσο οι επαγγελματίες των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. έχουν επηρεαστεί την περίοδο αυτή σε επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης.
2. Ποια η διαφοροποίηση της επίδρασης στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, προσωπικά επιτεύγματα).
3. Σε τι άλλο επίπεδο θεωρούν οι επαγγελματίες υγείας ότι έχουν επιφορτιστεί την περίοδο της πανδημίας και με ποιο τρόπο.

4 Μεθοδολογία

4.1 Σχεδιασμός και τύπος μελέτης

Η παρούσα συγχρονική μελέτη μεικτής μεθοδολογίας διεξήχθη στο Νομό Ηρακλείου σε επίπεδο δομών Π.Φ.Υ και συγκεκριμένα των Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ του Ηρακλείου – 1^η, 2^η, 3^η, 4^η, 5^η, Το.Μ.Υ.) και των Μονάδων Βοήθεια στο Σπίτι. Η μελέτη είχε συνολική διάρκεια τριών μηνών την χειμερινή περίοδο του 2020-2021, εν μέσω πανδημίας και συγκεκριμένα εν καιρώ καραντίνας στο πλαίσιο του δεύτερου «κύματος» έξαρσης του ιού. Η μεθοδολογική προσέγγιση που υιοθετήθηκε ήταν μεικτή, περιλαμβάνοντας τόσο ένα πρώτο ποσοτικό μέρος (Μέρος Α) όσο και ένα ποιοτικό κομμάτι (Μέρος Β).

4.2 Δείγμα

Πληθυσμός στόχος της μελέτης και στα δύο στάδια ήταν ιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας των δομών Π.Φ.Υ. στην περιοχή μελέτης. Ακολούθως, δίδονται περισσότερες πληροφορίες ανά Μέρος μελέτης.

Μέρος Α

Σκοπός του «Μέρους Α» ήταν η αποτίμηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης και των τριών της διαστάσεων, καθώς και η αναζήτηση διαφοροποιήσεων των επιπέδων αυτών ανάλογα με το δημογραφικό και ιατρικό προφίλ του εκάστοτε επαγγελματία υγείας. Το δείγμα της μελέτης σε αυτό το στάδιο ήταν το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στις Το.Μ.Υ. του Ηρακλείου και στις Μονάδες Βοήθειας στο Σπίτι. Οι εργαζόμενοι αυτοί κλήθηκαν να λάβουν μέρος στη μελέτη και έπειτα από έγγραφη αποδοχή τους, επιτεύχθηκε 88% ποσοστό απόκρισης (προσεγγίσαμε 83 επαγγελματίες και αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν 73). Να σημειωθεί ότι κατά την εκτίμηση ισχύος του δείγματος είχε υπολογισθεί ότι θα πρέπει να έχουμε τουλάχιστον 80% ποσοστό απόκρισης.

Μέρος Β

Σκοπός του «Μέρους Β» ήταν η ποιοτική αποτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης από την πλευρά των ιατρών και επαγγελματιών στην Π.Φ.Υ., μέσω της σκιαγράφησης της φωνής τους, των αναγκών, των προβλημάτων και εμποδίων που αντιμετωπίζουν, του τρόπου και του βαθμού που θεωρούν οι ίδιοι ότι έχουν επηρεαστεί, των σχετιζόμενων αιτιών, αλλά και προτάσεων που θεωρούν ότι θα βοηθούσαν ή θα βελτίωναν τις συνθήκες εργασίας τους εν καιρώ πανδημίας και κατ'επέκταση τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Το δείγμα του μέρους αυτού, προήλθε από τις ήδη επιλεγμένες συμμετέχουσες δομές και ήταν δείγμα ευκολίας. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν 7 συμμετέχοντες οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες εστιασμένης συζήτησης, όπως θα περιγραφεί παρακάτω.

4.3 Εργαλεία και διαδικασίες

Μέρος Α

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από ένα φύλο με ερωτήσεις καταγραφής

κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων του δείγματος, των συνηθειών του (π.χ. καπνιστικές συνήθειες, κατανάλωση αλκοόλ κ.α.) και των χαρακτηριστικών της εργασίας (π.χ. φύλο, ηλικία, ειδικότητα κ.α.), σε συνδυασμό με το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο (ελληνική έκδοση) επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach, το Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) (Παράρτημα Α). Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης λήφθηκε άδεια χρήσης της ελληνικής έκδοσης του εργαλείου από τους δημιουργούς (1905/2018), αλλά και τους υπεύθυνους της ελληνικής έκδοσης (2305/2020).

Το M.B.I. μεταφέρθηκε στην Ελληνική γλώσσα από τους Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου το έτος 1992 και διερεύνησαν την εσωτερική του συνοχή, καθώς και την παραγοντική του σύνθεση. Αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, χαρακτηρίζεται από τον βαθμό εγκυρότητάς του, είναι σύντομο και μετρά τις στάσεις και τα συναισθήματα των ατόμων που μελετώνται [87].

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ξεχωριστές προτάσεις οι οποίες μετρούν τις τρεις διαστάσεις που έχει ορίσει η Maslach. Την συναισθηματική εξάντληση (9 προτάσεις - 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 και 20), τα προσωπικά επιτεύγματα: (8 προτάσεις - 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 και 21) και την αποπροσωποποίηση (5 προτάσεις - 5, 10, 11, 15 και 22). Οι απαντήσεις δίνονται από τον ερωτώμενο με βάση μια επταβάθμια κλίμακα (Likert) από 0 έως 6, που αποτυπώνει τη συχνότητα με την οποία ο ερωτώμενος βιώνει την εκάστοτε κατάσταση ως εξής: ποτέ (0), μερικές φορές το χρόνο (1), μια φορά το μήνα (2), μερικές φορές το μήνα (3), μια φορά τη βδομάδα (4), μερικές φορές την εβδομάδα (5) και κάθε μέρα (6). Υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης έχουμε όταν υπάρχουν υψηλές τιμές στις κλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης (σκορ από 3,001 έως 6) και χαμηλές τιμές στα προσωπικά επιτεύγματα (σκορ από 0 έως και 3), ενώ χαμηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης έχουμε όταν υπάρχουν χαμηλές τιμές στις κλίμακες συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης (σκορ από 0 έως και 3) και υψηλές τιμές στα προσωπικά επιτεύγματα (σκορ από 3,001 έως 6).

Μέρος Β

Για τις ανάγκες του μέρους αυτού, διενεργήθηκαν δύο ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups) των 3 και 4 ατόμων, αντίστοιχα. Οι ομάδες ήταν μεικτές με διάφορες ειδικότητες επαγγελματικών Π.Φ.Υ., με έμφαση σε όσους εργάστηκαν στην «πρώτη γραμμή» κατά την περίοδο της πανδημίας και της καραντίνας που προηγήθηκε. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν δύο γενικοί ιατροί, μια νοσηλεύτρια, τρεις κοινωνικοί λειτουργοί και μια οικογενειακή βοηθός. Η μεταπτυχιακή φοιτήτρια μαζί με μια από τις συνεπιβλέπουσες είχαν το ρόλο του συντονιστή των ομάδων συζήτησης και κατεύθυναν μια ανοικτή συζήτηση ανά focus group, με στόχο την απάντηση των ακόλουθων ερωτημάτων (χρήση ημί-δομημένου σκελετού συζήτησης).

Υπόδειγμα ημί-δομημένης συζήτησης:

1. Κατά πόσον έχουν επηρεαστεί οι διαπροσωπικές σας σχέσεις με τους ασθενείς σας την περίοδο της πανδημίας, λόγω αυτής.
2. Πόσο κουραστικό είναι (σωματικά και ψυχικά) να δουλεύεις στην Π.Φ.Υ. εφαρμόζοντας τα μέτρα προστασίας για COVID-19 & πόσο έχετε επιβαρυνθεί σχετικά την περίοδο αυτή.

3. Νιώθετε ότι αντιμετωπίζετε τους ασθενείς σας περισσότερο «απρόσωπα» & τυπικά (απόμακρα) από πριν την περίοδο αυτή; (λόγω των απαραίτητων μέτρων προστασίας & της επικινδυνότητας).
4. Έχετε την απαραίτητη ηρεμία στις διαπροσωπικές σας σχέσεις με τους συναδέλφους σας λόγω των μέτρων προστασίας για COVID-19; (περισσότερες εντάσεις στην δουλειά;).
5. Νομίζετε ότι υπήρξε η απαραίτητη εκπαίδευση για την προστασία σας την περίοδο της πανδημίας;
6. Νομίζετε ότι σας δόθηκαν έγκαιρα όλα τα απαραίτητα ΜΑΠ (Μέτρα Ατομικής Προστασίας) από την πολιτεία ώστε να είστε ήσυχοι;
7. Ποιοι άλλοι παράγοντες νομίζετε ότι συνέβαλαν αρνητικά & επιδείνωσαν το στρες στην εργασία σας την περίοδο αυτή; (π.χ. έλλειψη προσωπικού, έλλειψη καθηκοντολογίου);
8. Έχετε κάποιες προτάσεις που θα βοηθούσαν στην μείωση του βαθμού του στρες σας; Π.χ. ομάδες αλληλοβοήθειας, ομάδες συμβουλευτικής, εμπύχωσης, ψυχολογικής υποστήριξης, πρόσληψη επαρκούς προσωπικού, βελτίωση συνθηκών εργασίας & μέσων βοήθειας, βελτίωση ωραρίου, βελτίωση συμβάσεων εργασίας (συμβάσεις αορίστου και μόνιμες θέσεις).
9. Τι θεωρείτε ότι σας στενοχωρεί/εξαντλεί περισσότερο;
10. Τι θα μπορούσε να γίνει για να νιώσετε καλύτερα και να είστε πιο λειτουργικοί;

4.4 Ανάλυση δεδομένων

4.4.1 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση υλοποιήθηκε στο IBM SPSS 26, ενώ όλοι οι έλεγχοι που έγιναν ήταν δίπλευροι σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$. Αρχικά, εφαρμόστηκε έλεγχος κανονικότητας των κατανομών όλων των μεταβλητών, μέσω των Kolmogorov-Smirnov και binomial test, ώστε να ακολουθηθεί ο κατάλληλος έλεγχος (παραμετρικός ή μη παραμετρικός). Ο έλεγχος έδειξε λοξότητα στην κατανομή όλων των μεταβλητών ($Pvalue < 0,001$), υποδεικνύοντας έτσι την επιλογή μη παραμετρικών ελέγχων.

Στη συνέχεια, υπολογίσθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία για όλες τις μεταβλητές και θα εκφραστούν ως n (%) για τις ποιοτικές μεταβλητές και ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) για τις ποσοτικές. Εφαρμόστηκαν οι ακόλουθοι μη παραμετρικοί έλεγχοι για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ μεταβλητών (Mann Whitney U test και Chi-square test) και ο δείκτης συσχέτισης Spearman r . Τέλος, αναπτύχθηκε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο παλινδρόμησης (binary logistic regression) για την εκτίμηση της πιθανότητας αύξησης των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης ανάλογα με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ιατρών και επαγγελματιών Π.Φ.Υ.

4.4.2 Ποιοτική ανάλυση

Για τις ανάγκες της ποιοτικής μελέτης, έγινε ανάλυση περιεχομένου. Αναλυτικότερα, οι συζητήσεις από τα focus groups μαγνητοφωνήθηκαν έπειτα από άδεια των

συμμετεχόντων και στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν αυτολεξεί και καταγράφηκαν σε πρόγραμμα Word. Έγινε επαναληπτική ακρόαση των συνεντεύξεων για να δημιουργηθεί σαφής πεποίθηση ότι δεν έχουν γίνει εκ παραδρομής παραλήψεις που θα μπορούσαν να αλλοιώσουν το αποτέλεσμα. Στη συνέχεια οι απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις διαβάστηκαν πολλές φορές, για να υπάρξει εξοικείωση της ερευνήτριας με το υπό ανάλυση υλικό. Δημιουργήθηκαν κατηγορίες/υποκατηγορίες που απέρρεαν από το περιεχόμενο του υπό ανάλυση υλικού. Μετά από επανειλημμένους ελέγχους οι αρχικές κατηγορίες και υποκατηγορίες ομαδοποιήθηκαν με βάση τα κοινά χαρακτηριστικά τους σε μια λίστα. Οι νέες κατηγορίες και υποκατηγορίες πέρασαν έναν τελικό έλεγχο και έτσι προέκυψε η τελική λίστα κατηγοριών και υποκατηγοριών. Έπειτα, διαβάστηκαν ξανά παράλληλα με τις συνεντεύξεις ούτως ώστε να διαπιστωθεί ότι δεν έχει γίνει κάποια παράληψη. Τέλος, έγινε ανάλυση στο επίπεδο αυτών των κατηγοριών βάσει των ερωτημάτων της ημί-δομημένης συνέντευξης και αποτυπώθηκαν τα αποτελέσματα σύμφωνα με τις κατηγορίες/υποκατηγορίες με τη μορφή συχνοτήτων (ν). Τέλος, επιλέχθηκαν ορισμένες δηλώσεις των συμμετεχόντων προς αυτολεξεί παράθεση, ως αντιπροσωπευτικές ή χαρακτηριστικές των απόψεων τους.

4.5 Ζητήματα βιοηθικής

Η μελέτη έλαβε άδεια βιοηθικής (Αριθμ.Πρωτ.Απόφασης: 183/08.10.2020) από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Κρήτης (Ε.Η.ΔΕ.) και από την 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης (7^η Υ.ΠΕ.) (Αριθμ.Πρωτ.Απόφασης: 55687), πριν την έναρξη της (Παράρτημα Β). Επιπρόσθετα, κάθε συμμετέχοντας ενημερωνόταν αναλυτικά από την ερευνήτρια για τους σκοπούς, στόχους και διαδικασίες της έρευνας και υπέγραφε ένα έγγραφο ενήμερης συναίνεσης (Παράρτημα Γ). Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, όπως δεσμευόμαστε από τις άδειες βιοηθικής, όλο το έντυπο αρχείο θα διατηρηθεί για τρεις μήνες σε ασφαλές μέρος και θα καταστραφεί μετά το πέρας των μηνών αυτών.

5 Αποτελέσματα

Ποσοτική μελέτη

Στο πρώτο μέρος των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται τα ευρήματα της ποσοτικής μελέτης, τα οποία απαντούν στα δύο πρώτα ερευνητικά ερωτήματα (α. Κατά πόσο οι επαγγελματίες των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. έχουν επηρεαστεί, την περίοδο αυτή, σε επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης, β. Ποια η διαφοροποίηση της επίδρασης στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, προσωπικά επιτεύγματα)).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η κατανομή δημογραφικού προφίλ των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος ($n=73$) και ανά τύπο δομής (Το.Μ.Υ. $n=37$, Β.Σ.Σ. $n=36$). Αρχικά, η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες (31 στις Το.Μ.Υ. και 35 στο Β.Σ.Σ.), ενώ υπήρχαν μόλις 7 άνδρες (6 στις Το.Μ.Υ. και 1 στο Β.Σ.Σ.), γεγονός που δεν επηρέασε στατιστικά τη σύνθεση του δείγματος ($Pvalue=0,051$). Η μέση τιμή της ηλικίας του δείγματος διέφερε στατιστικά σημαντικά ανά τύπο δομής (39,6 έτη στις Το.Μ.Υ. και 46,63 έτη στο Β.Σ.Σ., $Pvalue=0,001$). Το 12,3% των συμμετεχόντων ήταν γενικοί ιατροί (όλοι ανήκαν στις Το.Μ.Υ.), το 6,8% επισκέπτες υγείας (όλοι ανήκαν στις Το.Μ.Υ.), το 2,7% ιατροί (όλοι ανήκαν στις Το.Μ.Υ.), το 19,2% ($n=14$) κοινωνικοί λειτουργοί (11 από αυτούς ανήκαν στο Β.Σ.Σ.), το 23,3% ($n=17$) νοσηλεύτριες/τριες (9 ανήκαν στις Το.Μ.Υ. και 8 στο Β.Σ.Σ.) και το 23,3% οικογενειακοί βοηθοί (όλοι ανήκαν στο Β.Σ.Σ.). Η μέση τιμή ετών προϋπηρεσίας στην Π.Φ.Υ. ήταν 6,2 έτη στις Το.Μ.Υ. και 15,04 έτη στο Β.Σ.Σ. ($Pvalue<0,001$). Εν συνεχεία, το 71,2% ($n=52$) των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι (24 στις Το.Μ.Υ. και 28 στο Β.Σ.Σ.). Οι εργαζόμενοι στις Το.Μ.Υ. είχαν κατά μέσο όρο 2,95 μέλη ανά οικογένεια και στο Β.Σ.Σ. 3,72 μέλη ($Pvalue=0,01$). Ο μέσος όρος των τέκνων ανά οικογένεια ήταν 1,05 στις Το.Μ.Υ. και 2 στο Β.Σ.Σ. ($Pvalue<0,001$). Οι πλειονότητα των συμμετεχόντων και στους δυο τύπους δομείς δήλωσαν ανώτατη εκπαίδευση (94,6% στις Το.Μ.Υ. και 50% στο Β.Σ.Σ., $Pvalue<0,001$). Τέλος, το 32,4% των συμμετεχόντων από τις Το.Μ.Υ. και το 44,4% από το Β.Σ.Σ. δήλωσαν ετήσιο εισόδημα από 9000€ έως 12000€, ενώ το 48,6% και το 41,7% αντίστοιχα δήλωσαν εισόδημα πάνω από 12000€. Οι διαφοροποιήσεις αυτές δεν βρέθηκαν να είναι στατιστικώς σημαντικές ($Pvalue=0,052$).

Πίνακας 1: Κατανομή δημογραφικού προφίλ των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=73) και ανά τύπο δομής (Το.Μ.Υ. n=37, Β.Σ.Σ. n=36)

Προφίλ συμμετεχόντων	Σύνολο δείγματος N (%)	Τύπος δομής N (%)		Pvalue
		Το.Μ.Υ.	Β.Σ.Σ.	
Φύλο				0,051
Άνδρας	7 (9,6)	6 (16,2)	1 (2,8)	
Γυναίκα	66 (90,4)	31 (83,8)	35 (97,2)	
Ηλικία*	43,11 (9,29)	39,6 (9,35)	46,63 (7,89)	0,001
Ειδικότητα				<0,001
Γενικός ιατρός	9 (12,3)	9 (24,3)	-	
Επισκέπτρια υγείας	5 (6,8)	5 (13,5)	-	
Ιατρός	2 (2,7)	2 (5,4)	-	
Παθολόγος	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
Κοινωνικός λειτουργός	14 (19,2)	-	11 (30,6)	
Μαία	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
Νοσηλεύτης/τρια	17 (23,3)	9 (24,3)	8 (22,2)	
Οικογενειακή βοηθός	17 (23,3)	-	17 (47,2)	
Παιδίατρος	2 (2,7)	2 (5,4)	-	
Ψυχολόγος	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
Έτη προϋπηρεσίας στην Π.Φ.Υ.*	10,42 (6,65)	6,2 (6,29)	15,04 (2,97)	<0,001
Οικογενειακή κατάσταση				0,102
Άγαμος	13 (17,8)	10 (27)	3 (8,3)	
Διαζευγμένος	5 (6,8)	1 (2,7)	4 (11,1)	
Έγγαμος	52 (71,2)	24 (64,9)	28 (77,8)	
Χήρος/α	3 (4,1)	2 (5,4)	1 (2,7)	
Αριθμός μελών οικογένειας*	3,33 (1,3)	2,95 (1,39)	3,72 (1,09)	0,01
Αριθμός τέκνων*	1,52 (1,13)	1,05 (1,1)	2 (0,96)	<0,001
Εκπαίδευση				<0,001
Ανώτατη	53 (72,6)	35 (94,6)	18 (50)	
Βασική	3 (4,1)	-	3 (8,3)	
Μέση	17 (23,3)	2 (5,4)	15 (41,7)	
Μέσο ετήσιο εισόδημα				0,052
500€ έως 3000€	7 (9,6)	6 (16,2)	1 (2,8)	
6000€ έως 9000€	4 (5,5)	-	4 (11,1)	
9000€ έως 12000€	28 (38,4)	12 (32,4)	16 (44,4)	
12000€ και άνω	33 (45,2)	18 (48,6)	15 (41,7)	

*Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η κατανομή συνηθειών τρόπου ζωής των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=73) και ανά τύπο δομής (Το.Μ.Υ. n=37, Β.Σ.Σ. n=36). Μόλις 21 συμμετέχοντες δήλωσαν καπνιστές (7 στις Το.Μ.Υ. και 14 στο Β.Σ.Σ.) ενώ 11 δήλωσαν πρώην καπνιστές (4 στις Το.Μ.Υ. και 7 στο Β.Σ.Σ.). Ο μέσος όρος των πακέτων ανά ημέρα ήταν 0,2 πακέτα στις Το.Μ.Υ. και 0,32 πακέτα στο Β.Σ.Σ. Ο μέσος όρος των ετών καπνίσματος ήταν 3,42 έτη στις Το.Μ.Υ. και 11,21 έτη στο Β.Σ.Σ. (Pvalue=0,003). Εν συνεχεία, το 24,3% των συμμετεχόντων από τις Το.Μ.Υ. και το 30,6% από το Β.Σ.Σ. δήλωσαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ, με συχνότητα κατανάλωσης ανά εβδομάδα 0,41 ποτήρια και 0,76 ποτήρια αντίστοιχα. Εν συνεχεία, οι συμμετέχοντες από τις Το.Μ.Υ. δήλωσαν ότι ασκούνται κατά μέσο όρο 0,59 ώρες ανά ημέρα, ενώ οι συμμετέχοντες από το Β.Σ.Σ. δήλωσαν 0,52 ώρες ανά ημέρα. Η συναναστροφή με φίλους/γνωστούς/άλλο κόσμο ανά εβδομάδα των συμμετεχόντων από τις Το.Μ.Υ. ήταν 3,3 ημέρες και των συμμετεχόντων από το

Β.Σ.Σ. 4,62 ημέρες (Pvalue=0,029). 8 (21,6%) συμμετέχοντες από τις Το.Μ.Υ. και 5 (13,9%) από το Β.Σ.Σ. δήλωσαν ότι έχουν δυσκολία να κοιμηθούν, ενώ 10 (27%) και 14 (38,9%) συμμετέχοντες αντίστοιχα δεν έχουν συνεχή ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας. Τέλος, το 51,4% των συμμετεχόντων από τις Το.Μ.Υ. και το 33,3% από το Β.Σ.Σ. δήλωσαν ότι ξυπνούν νωρίτερα από ότι θα επιθυμούσαν το πρωί.

Πίνακας 2: Κατανομή συνηθειών τρόπου ζωής των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=73) και ανά τύπο δομής (Το.Μ.Υ. n=37, Β.Σ.Σ. n=36)

Προφίλ συμμετεχόντων	Σύνολο δείγματος N (%)	Τύπος δομής N (%)		Pvalue
		Το.Μ.Υ.	Β.Σ.Σ.	
Κάπνισμα				0,052
<i>Μη καπνιστής</i>	40 (54,8)	26 (70,3)	14 (38,9)	
<i>Πρώην καπνιστής</i>	11 (15,1)	4 (10,8)	7 (19,4)	
<i>Καπνιστής</i>	21 (28,8)	7 (18,9)	14 (38,9)	
Συχνότητα καπνίσματος (αριθμός πακέτων ανά ημέρα)*	0,26 (0,47)	0,2 (0,48)	0,32 (0,46)	0,295
Έτη καπνίσματος*	7,11 (10,49)	3,41 (7,5)	11,21 (11,85)	0,003
Κατανάλωση αλκοόλ				0,474
<i>Δεν καταναλώνω αλκοόλ</i>	52 (71,2)	28 (75,7)	24 (66,7)	
<i>Καταναλώνω αλκοόλ</i>	20 (27,4)	9 (24,3)	11 (30,6)	
Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ (αριθμός ποτηριών ανά εβδομάδα)*	0,58 (1,38)	0,41 (1,09)	0,76 (1,63)	0,276
Συχνότητα σωματικής άσκησης (ώρες ανά ημέρα)*	0,55 (0,59)	0,59 (0,56)	0,52 (0,62)	0,659
Πόσο συχνά συναναστρέφεστε με φίλους/γνωστούς/άλλο κόσμο (ημέρες ανά εβδομάδα)*	3,93 (2,56)	3,3 (2,62)	4,62 (2,35)	0,029
Έχετε δυσκολία να αποκοιμηθείτε;				0,428
<i>Ναι</i>	13 (17,8)	8 (21,6)	5 (13,9)	
<i>Όχι</i>	59 (80,8)	29 (78,4)	30 (83,3)	
Έχετε συνεχή ύπνο κατά την διάρκεια της νύχτας;				0,553
<i>Ναι</i>	47 (64,4)	26 (70,3)	21 (58,3)	
<i>Όχι</i>	24 (32,9)	10 (27)	14 (38,9)	
<i>Δεν γνωρίζω/θυμάμαι</i>	2 (2,7)	1 (50)	1 (50)	
Το πρωί ξυπνάτε νωρίτερα από ότι θα επιθυμούσατε;				0,119
<i>Ναι</i>	31 (42,5)	19 (51,4)	12 (33,3)	
<i>Όχι</i>	42 (57,5)	18 (48,6)	24 (66,7)	

*Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η κατανομή των χρόνιων νοσημάτων των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=73) και ανά τύπο δομής (Το.Μ.Υ. n=37, Β.Σ.Σ. n=36). Ο μέσος όρος του αριθμού των χρόνιων νοσημάτων ανά συμμετέχοντα στις Το.Μ.Υ. ήταν 0,46 και στο Β.Σ.Σ. 0,44. Τα δυο συχνότερα νοσήματα ήταν το Hashimoto και ο υποθυρεοειδισμός.

Πίνακας 3: Κατανομή χρόνιων νοσημάτων των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=73) και ανά τύπο δομής (To.M.Y. n=37, B.Σ.Σ. n=36)

Προφίλ συμμετεχόντων	Σύνολο δείγματος N (%)	Τύπος δομής N (%)		Pvalue
		To.M.Y.	B.Σ.Σ.	
Χρόνια νοσήματα*	0,45 (0,71)	0,46 (0,77)	0,44 (0,65)	0,929
Συμπληρώστε το/τα είδη των χρόνιων νοσημάτων				0,289
<i>Ca 50</i>	1 (1,4)	-	1 (2,8)	
<i>Hashimoto</i>	2 (2,7)	-	2 (5,6)	
<i>Hashimoto, Αλλεργική ρινίτιδα</i>	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
<i>PBC, Κοιλιοκάκη</i>	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
<i>Άσθμα</i>	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
<i>Άσθμα, P.A., Υπερθυρεοειδισμός</i>	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
<i>Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, Ημικρανίες</i>	1 (1,4)	-	1 (2,8)	
<i>Τλιγγος, Hashimoto</i>	1 (1,4)	-	1 (2,8)	
<i>Καρδιακή ανεπάρκεια (μετρίου βαθμού) Ινομυαλγία</i>	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
<i>Μυοσκελετικά προβλήματα</i>	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
<i>Νευρολογική πάθηση</i>	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
<i>Οστεοπόρωση</i>	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
<i>Πίεση, Οστεοπόρωση</i>	1 (1,4)	-	1 (2,8)	
<i>Ρευματικό νόσημα</i>	1 (1,4)	-	1 (2,8)	
<i>Σ.Δ.</i>	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
<i>Σ.Ε.Δ.</i>	1 (1,4)	-	1 (2,8)	
<i>Στεφανιαία νόσος</i>	1 (1,4)	-	1 (2,8)	
<i>Υπερχοληστεριναμία</i>	1 (1,4)	-	1 (2,8)	
<i>Υποθυρεοειδισμός</i>	3 (4,1)	3 (8,1)	-	
<i>Υποθυρεοειδισμός, Ca θυρεοειδούς</i>	1 (1,4)	-	1 (2,8)	

*Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η αποτίμηση της ψυχολογικής επίδρασης της πανδημίας σύμφωνα με τους συμμετέχοντες στο σύνολο του δείγματος (n=73) και ανά τύπο δομής (To.M.Y. n=37, B.Σ.Σ. n=36). Συγκεκριμένα, το 70,6% των συμμετεχόντων από τις To.M.Y. και το 61,1% από το B.Σ.Σ. επηρεάστηκε ψυχολογικά κατά την περίοδο της πανδημίας λόγω της καραντίνας και των μέτρων που ελήφθησαν.

Πίνακας 4: Αποτίμηση ψυχολογικής επίδρασης της πανδημίας σύμφωνα με τους συμμετέχοντες στο σύνολο του δείγματος ($n=73$) και ανά τύπο δομής (Το.Μ.Υ. $n=37$, Β.Σ.Σ. $n=36$)

Προφίλ συμμετεχόντων	Σύνολο δείγματος N (%)	Τύπος δομής N (%)		Pvalue
		Το.Μ.Υ.	Β.Σ.Σ.	
Θεωρείτε ότι σας επηρέασε ψυχολογικά η περίοδος της καραντίνας και των μέτρων της πανδημίας;				0,338
<i>Ναι</i>	45 (61,6)	23 (62,2)	22 (61,1)	
<i>Όχι</i>	25 (34,2)	11 (29,7)	14 (38,9)	
<i>Ελάχιστα</i>	2 (2,7)	2 (5,4)	-	
<i>Λίγο</i>	1 (1,4)	1 (2,7)	-	
Αν ναι, πώς (προσωπικό επίπεδο)*				
Αν ναι, πώς (επαγγελματικό επίπεδο)**				

*Οι συχνότερες απαντήσεις περιλαμβάνουν: άγχος, στρες, κόπωση (ψυχολογική και σωματική), αίσθημα απομόνωσης και περιορισμού στις κοινωνικές δραστηριότητες, συναισθηματική υπερδιέγερση, ψυχοσωματικές αντιδράσεις και αίσθημα φόβου.

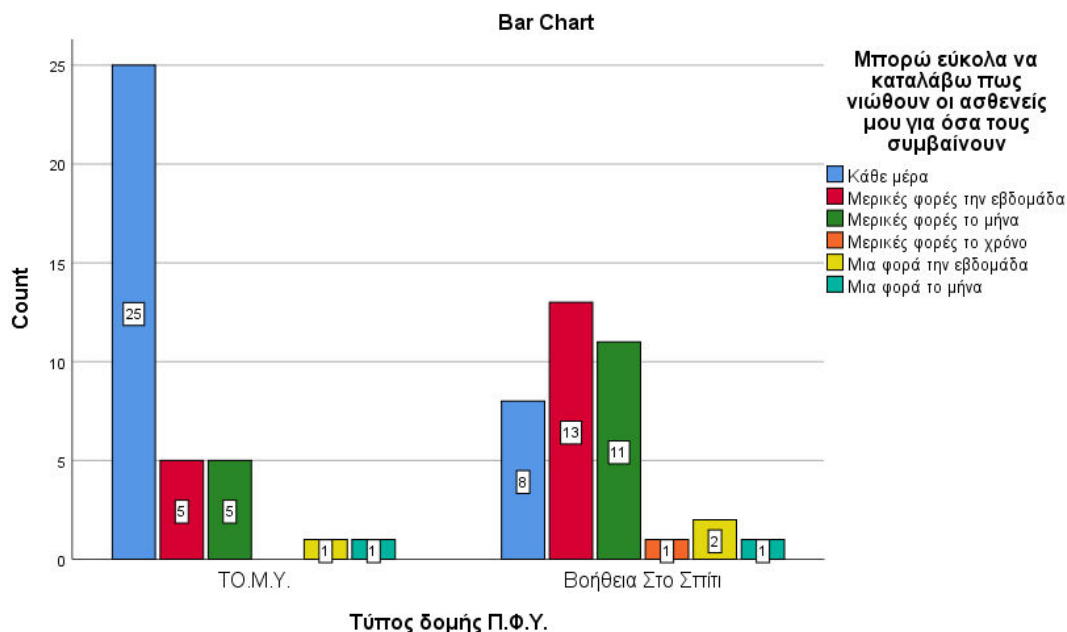
**Οι συχνότερες απαντήσεις περιλαμβάνουν: άγχος, εξάντληση, αδυναμία υλοποίησης δράσεων/καθηκόντων, αίσθημα φόβου, αυξημένος φόρτος εργασίας και αναστολή αδειών.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η αποτίμηση των διαστάσεων της κλίμακας M.B.I. στο σύνολο του δείγματος ($n=73$) και ανά τύπο δομής (Το.Μ.Υ. $n=37$, Β.Σ.Σ. $n=36$). Τα ολικά επίπεδα του συνδρόμου εκτιμήθηκαν σε μεσαία επίπεδα (3,55). Η διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης παρουσίασε μέση τιμή 3,83 στο σύνολο του δείγματος, υποδηλώνοντας μεσαία-υψηλά επίπεδα εξάντλησης. Σε παρόμοια επίπεδα βρέθηκε το σκορ ανά δομή, με ελαφρώς υψηλότερη μέση τιμή στο Β.Σ.Σ. (3,92, $Pvalue=0,464$). Η διάσταση της αποπροσωποποίησης παρουσίασε μέση τιμή 2,08 στο σύνολο του δείγματος, υποδηλώνοντας χαμηλά-μεσαία επίπεδα εξάντλησης. Σε παρόμοια επίπεδα βρέθηκε το σκορ ανά δομή, με ελαφρώς υψηλότερη μέση τιμή στο Β.Σ.Σ. (2,24, $Pvalue=0,213$). Η διάσταση της μειωμένης αίσθησης των προσωπικών επιτευγμάτων παρουσίασε μέση τιμή 4,76 στο σύνολο του δείγματος, υποδηλώνοντας χαμηλά-μεσαία επίπεδα εξάντλησης. Σε παρόμοια επίπεδα βρέθηκε το σκορ ανά δομή, με ελαφρώς υψηλότερη μέση τιμή στις Το.Μ.Υ. (4,96, $Pvalue=0,045$).

Πίνακας 5: Αποτίμηση διαστάσεων κλίμακας M.B.I. στο σύνολο του δείγματος ($n=73$) και ανά τύπο δομής (Το.Μ.Υ. $n=37$, Β.Σ.Σ. $n=36$)

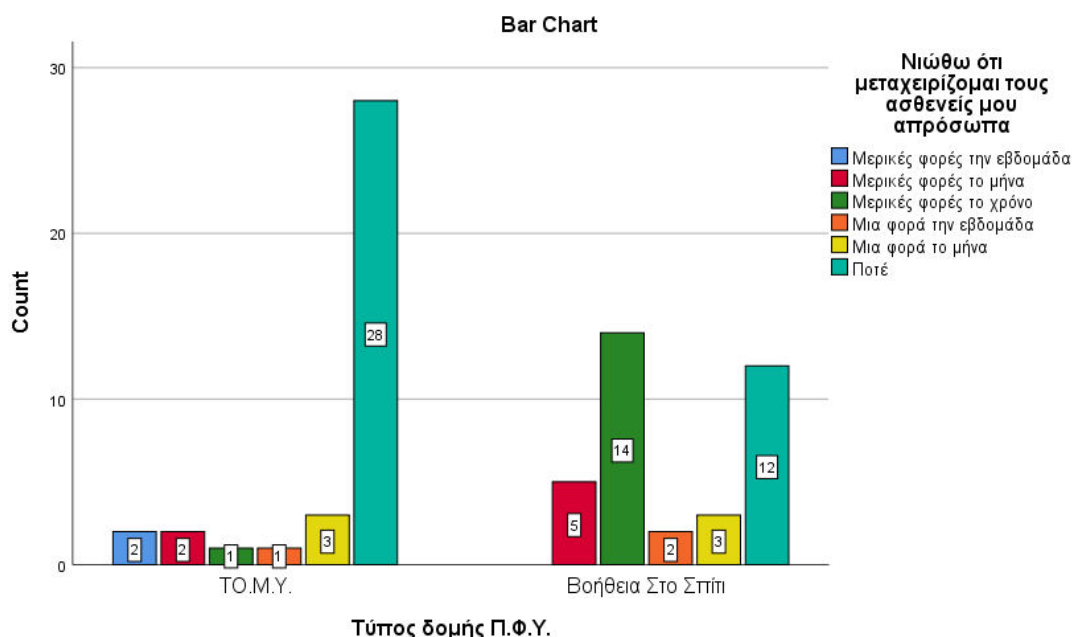
Διαστάσεις κλίμακας	Σύνολο δείγματος Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Τύπος δομής Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)		Pvalue
		Το.Μ.Υ.	Β.Σ.Σ.	
Συναισθηματική εξάντληση	3,83 (1,07)	3,74 (1,12)	3,92 (1,01)	0,464
Αποπροσωποποίηση	2,08 (1,07)	1,93 (1,17)	2,24 (0,93)	0,213
Προσωπικά επιτεύγματα	4,76 (0,86)	4,96 (0,88)	4,56 (0,79)	0,045

Στο Γράφημα 1 παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει του τύπου δομής στην ερώτηση «Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν» (P value=0,007). Ενδεικτικά, 25 (67,6%) συμμετέχοντες από τις Το.Μ.Υ. δήλωσαν ότι το επιτυγχάνουν κάθε μέρα, ενώ μόλις 8 (22,2%) δήλωσαν το ίδιο από το Β.Σ.Σ. Εν συνέχεια, 13 (36,1%) συμμετέχοντες από το Β.Σ.Σ. δήλωσαν ότι το επιτυγχάνουν μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ μόλις 5 (13,5%) συμμετέχοντες από τις Το.Μ.Υ. δήλωσαν το ίδιο. Τέλος, 11 (30,6%) συμμετέχοντες από το Β.Σ.Σ. δήλωσαν ότι το επιτυγχάνουν μερικές φορές το μήνα ενώ μόλις 5 (13,5%) συμμετέχοντες από τις Το.Μ.Υ. δήλωσαν το ίδιο.



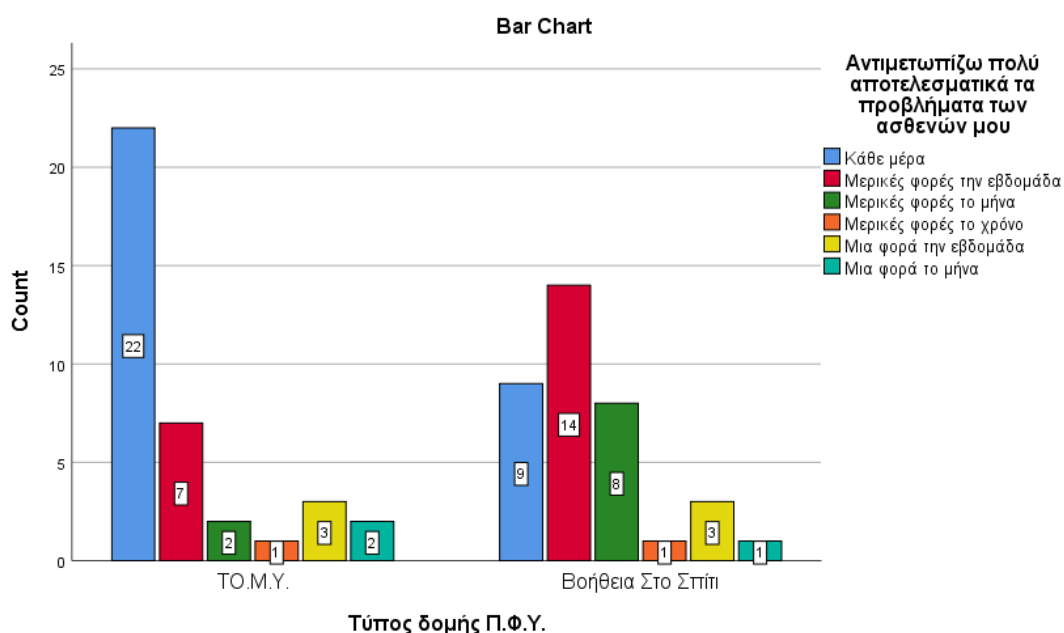
Γράφημα 1: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν»

Στο Γράφημα 2 παρουσιάζονται οι σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει του τύπου δομής στην ερώτηση «Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι τους ασθενείς μου απρόσωπα» (P value=0,001). Ενδεικτικά, παρατηρήθηκε ότι 14 (38,9%) συμμετέχοντες από το Β.Σ.Σ. νιώθουν έτσι μερικές φορές το χρόνο, ενώ μόνο 1 (2,7%) συμμετέχοντας από τις Το.Μ.Υ. νιώθει το ίδιο. Τέλος, το 75,7% ($n=28$) των συμμετεχόντων από τις Το.Μ.Υ. δήλωσε ότι δεν νιώθει έτσι ποτέ, ενώ το 33,3% ($n=12$) των συμμετεχόντων από το Β.Σ.Σ. απάντησε το ίδιο.



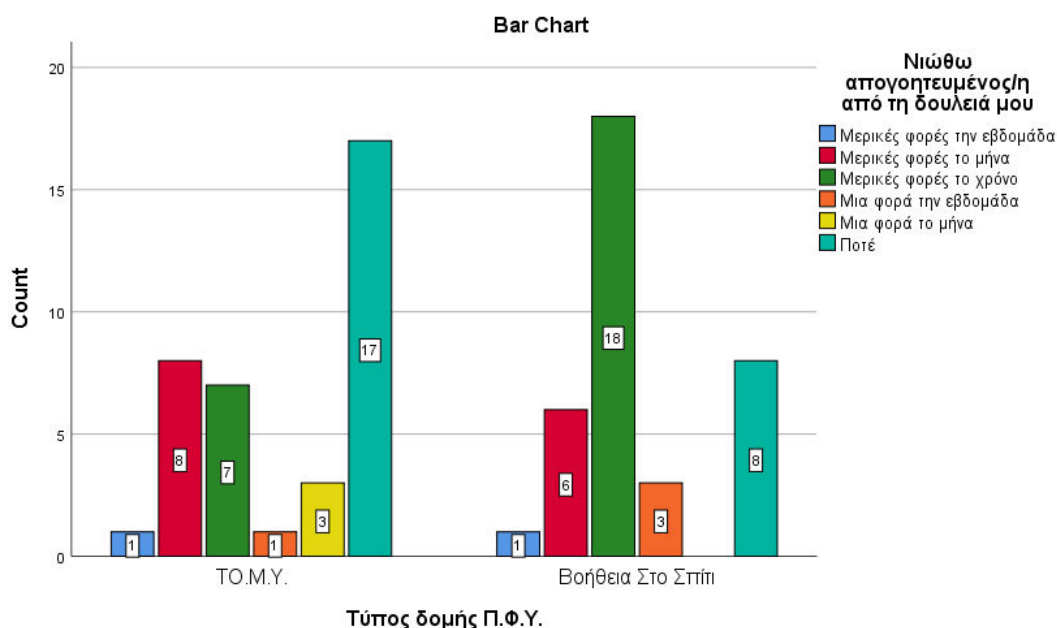
Γράφημα 2: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι τους ασθενείς μου απρόσωπα»

Στο Γράφημα 3 παρουσιάζονται οι σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει του τύπου δομής στην ερώτηση «Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου» (Pvalue=0,039). Ενδεικτικά, παρατηρήθηκε ότι 22 (59,5%) συμμετέχοντες από τις Το.Μ.Υ. δρουν με αυτόν τον τρόπο κάθε μέρα, ενώ 9 (25%) συμμετέχοντες από το Β.Σ.Σ. κάνει το ίδιο. Εν συνέχεια, 14 (38,9%) συμμετέχοντες από το Β.Σ.Σ. δρουν έτσι μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ 7 (18,9%) συμμετέχοντες από τις Το.Μ.Υ. δρουν το ίδιο. Τέλος, το 22,2% (v=8) των συμμετεχόντων από το Β.Σ.Σ. δήλωσε ότι δρα έτσι μερικές φορές το μήνα, ενώ το 5,4% (v=2) των συμμετεχόντων από τις Το.Μ.Υ. δήλωσε το ίδιο.



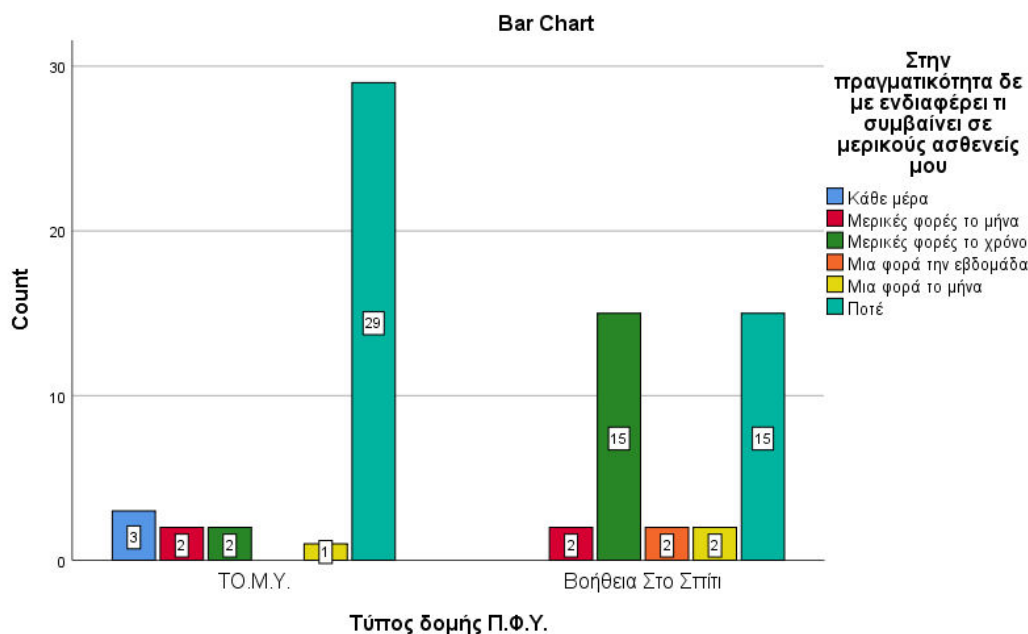
Γράφημα 3: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου»

Στο Γράφημα 4 παρουσιάζονται οι σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει του τύπου δομής στην ερώτηση «Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου» (Pvalue=0,030). Ενδεικτικά, παρατηρήθηκε ότι το 50% (n=18) των συμμετεχόντων από το Β.Σ.Σ. απάντησαν ότι νιώθουν έτσι μερικές φορές το χρόνο, ενώ το 18,9% (n=7) των συμμετεχόντων από τις Το.Μ.Υ. νιώθει το ίδιο. Τέλος, το 45,9% (n=17) των συμμετεχόντων από τις Το.Μ.Υ. δήλωσε ότι δε νιώθει έτσι ποτέ, ενώ το 22,2% (n=8) των συμμετεχόντων από το Β.Σ.Σ. δήλωσε το ίδιο.



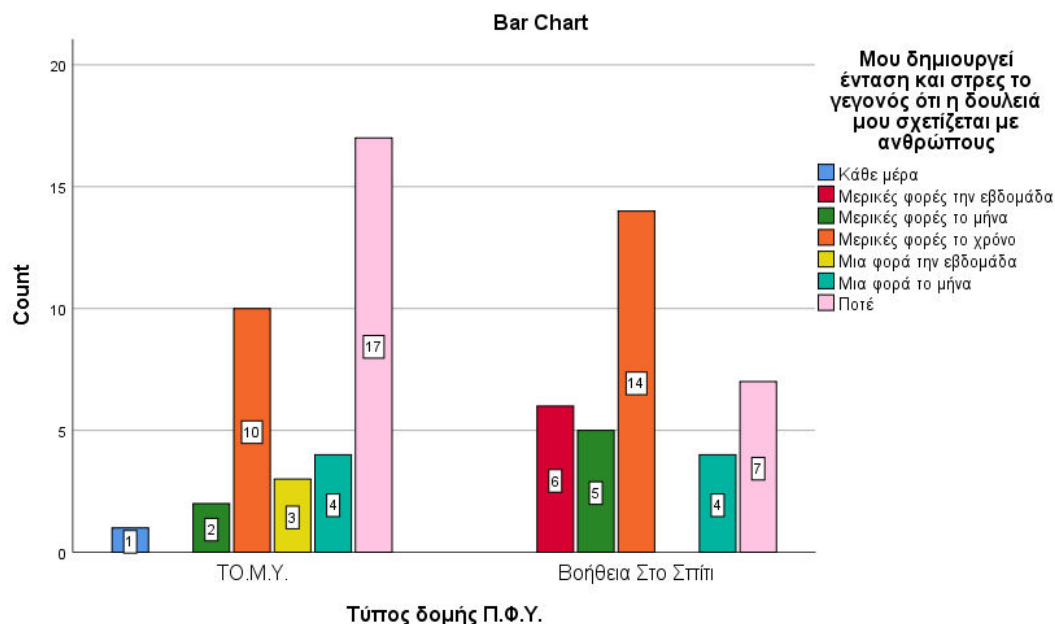
Γράφημα 4: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου»

Στο Γράφημα 5 παρουσιάζονται οι σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει του τύπου δομής στην ερώτηση «Στην πραγματικότητα δε με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου» (Pvalue=0,001). Ενδεικτικά, παρατηρήθηκε ότι το 3 (8,1%) συμμετέχοντες από τις Το.Μ.Υ. νιώθουν έτσι κάθε μέρα, ενώ κανείς από τους συμμετέχοντες του Β.Σ.Σ. δε νιώθει το ίδιο. Εν συνέχεια, 15 (41,7%) συμμετέχοντες από το Β.Σ.Σ. απάντησε ότι νιώθει έτσι μερικές φορές το χρόνο, ενώ μόλις 2 (5,4%) συμμετέχοντες από τις Το.Μ.Υ. απάντησαν ότι νιώθουν το ίδιο. Τέλος, το 78,4% (n=29) των συμμετεχόντων από τις Το.Μ.Υ. απάντησαν ότι δε νιώθουν έτσι ποτέ, ενώ το 41,7% (n=15) των συμμετεχόντων από το Β.Σ.Σ. απάντησαν ότι νιώθουν το ίδιο.



Γράφημα 5: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Στην πραγματικότητα δε με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου»

Στο Γράφημα 6 παρουσιάζονται οι σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει του τύπου δομής στην ερώτηση «Μου δημιουργεί ένταση και στρες το γεγονός ότι η δουλειά μου σχετίζεται με ανθρώπους» ($Pvalue=0,001$). Ενδεικτικά, παρατηρήθηκε ότι το 16,7% ($n=6$) των συμμετεχόντων από το Β.Σ.Σ. νιώθει έτσι μερικές φορές την εβδομάδα, ενώ κανείς από τους συμμετέχοντες των Το.Μ.Υ. δεν νιώθει έτσι. Εν συνεχεία, 3 (8,1%) συμμετέχοντες από τις Το.Μ.Υ. απάντησαν ότι νιώθουν έτσι μια φορά την εβδομάδα, ενώ κανένας συμμετέχοντας από το Β.Σ.Σ. δεν απάντησε ότι νιώθουν το ίδιο. Τέλος, το 45,9% ($n=17$) των συμμετεχόντων από τις Το.Μ.Υ. απάντησαν ότι δε νιώθουν έτσι ποτέ, ενώ το 19,4% ($n=7$) των συμμετεχόντων από το Β.Σ.Σ. απάντησαν ότι νιώθουν το ίδιο.



Γράφημα 6: Σημαντικές διαφοροποιήσεις βάσει τύπου δομής στην ερώτηση «Μου δημιουργεί ένταση και στρες το γεγονός ότι η δουλειά μου σχετίζεται με ανθρώπους»

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, προσωπικά επιτεύγματα) και επιλεγμένων ποσοτικών μεταβλητών. Η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας δε φάνηκε να παρουσιάζουν σημαντικές ή ισχυρές συσχετίσεις με καμία από τις διαστάσεις. Ο αριθμός των μελών οικογένειας και τέκνων, αντίθετα, εμφάνισαν ισχυρές συσχετίσεις ως ακολούθως. Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός μελών της οικογένειας τόσο φαίνεται να αυξάνεται η συναισθηματική εξάντληση στο χώρο εργασίας ($r=0,971$, $Pvalue=0,041$), η αποπροσωποποίηση ($r=0,709$, $Pvalue=0,031$) και να μειώνεται το αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων ($r=-0,810$, $Pvalue=0,042$). Ομοίως, όσο περισσότερα τα τέκνα, τόσο υψηλότερη η συναισθηματική εξάντληση ($r=0,926$, $Pvalue=0,028$), η αποπροσωποποίηση ($r=0,767$, $Pvalue=0,046$) και μειώνεται το αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων ($r=-0,763$, $Pvalue=0,047$). Επιπρόσθετα, όσο αυξάνονται τα έτη καπνίσματος τόσο αυξάνεται η συναισθηματική εξάντληση ($r=0,834$, $Pvalue=0,037$), η αποπροσωποποίηση ($r=0,804$, $Pvalue=0,032$), ενώ μειώνεται η αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων ($r=-0,913$, $Pvalue=0,034$). Επιπρόσθετα, η συχνότητα σωματικής άσκησης (ώρες ανά ημέρα) και η συχνότητα κοινωνικών συναναστροφών φάνηκε να σχετίζονται αντιστρόφως ανάλογα με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση και ανάλογα με τα προσωπικά επιτεύγματα.

Πίνακας 6: Σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και του προφίλ των εργαζομένων

Παράμετροι	Spearman's correlation coefficient r (Pvalue)		
	Συναισθηματική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά επιτεύγματα
Αριθμός μελών οικογένειας	0,971 (0,041)	0,709 (0,031)	-0,810 (0,042)
Αριθμός τέκνων	0,926 (0,028)	0,767 (0,046)	-0,763 (0,047)
Έτη καπνίσματος	0,834 (0,037)	0,804 (0,032)	-0,913 (0,034)
Συχνότητα σωματικής άσκησης (ώρες ανά ημέρα)	-0,718 (0,028)	-0,705 (0,049)	0,780 (0,046)
Πόσο συχνά συναναστρέφεστε με φίλους/γνωστούς/άλλο κόσμο (ημέρες ανά εβδομάδα)	-0,751 (0,0274)	-0,747 (0,045)	0,808 (0,020)

Στον Πίνακα 7, παρατίθενται τα αποτελέσματα ενός πολυπαραγοντικού μοντέλου παλινδρόμησης, έπειτα από εξομοίωση ως προς την ηλικία, το φύλο και τα έτη προϋπηρεσίας που φάνηκαν να έχουν συγχυτική δράση στο μοντέλο. Ο αριθμός μελών οικογένειας (OR=1,561, 95%CI=1,322-1,901), ο αριθμός τέκνων (OR=1,584, 95%CI=1,301-1,985) βρέθηκαν να επιδρούν επιβαρυντικά αυξάνοντας την πιθανότητα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ομοίως, τα έτη καπνίσματος αποτέλεσαν παράγοντα κινδύνου που αυξάνει κατά 1,2 φορές (95%CI=1,074-1,421) την πιθανότητα επαγγελματικής εξουθένωσης εν καιρώ πανδημίας. Αντίθετα, η συχνότητα σωματικής άσκησης (OR=0,672, 95%CI=0,521-0,793) και η συχνότητα των κοινωνικών συναναστροφών (OR=0,128, 95%CI=0,093-0,282).

Πίνακας 7: Πιθανότητα αύξησης της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στην Π.Φ.Υ εν καιρώ πανδημίας

Παράμετροι	OR*	95% CI	Pvalue
Αριθμός μελών οικογένειας	1,561	1,322-1,901	0,02
Αριθμός τέκνων	1,584	1,301-1,985	0,02
Έτη καπνίσματος	1,274	1,074-1,421	0,03
Συχνότητα σωματικής άσκησης (ώρες ανά ημέρα)	0,672	0,521-0,793	0,01
Πόσο συχνά συναναστρέφεστε με φίλους/γνωστούς/άλλο κόσμο (ημέρες ανά εβδομάδα)	0,128	0,093-0,282	0,01

*Προσαρμοσμένοι λόγοι πιθανοφάνειας, έπειτα από εξομοίωση ως προς την ηλικία, το φύλο και τα έτη προϋπηρεσίας

Ποιοτική μελέτη

Στο δεύτερο μέρος των αποτελεσμάτων, παρατίθενται τα ευρήματα της ποιοτικής μελέτης που απαντούν στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα (Σε τι άλλο επίπεδο θεωρούν οι επαγγελματίες Π.Φ.Υ. ότι έχουν επιφορτιστεί την περίοδο της πανδημίας και με ποιο τρόπο).

Όπως φάνηκε από τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης, οι επαγγελματίες που βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή εν καιρώ πανδημίας βίωσαν πολλές δύσκολες καταστάσεις που επέδρασαν αρνητικά στην επαγγελματική τους υπόσταση, στην επαγγελματική εξουθένωση αλλά και σε προσωπικό και σωματικό επίπεδο. Οι κυριότερες αναφέρονται στον Πίνακα 8, ενώ ακολούθως αναφέρονται επιλεγμένες δηλώσεις που σκιαγραφούν τις απόψεις και τη φωνή τους.

Συμμετέχοντας Α: «Σε ποιο βαθμό θα σταματήσω να κάνω τα πάντα με στόχο την προφύλαξη;»

Συμμετέχοντας Α: «Η περίοδος αυτή ήταν και είναι πολύ δύσκολη και βάρβαρη. Αλλά τελικά για την ομάδα μας είχε θετικό πρόσημο ως προς το δέσιμό της και τον τρόπο λειτουργίας.../ Είναι έργο ομάδας και όχι ατόμου.»

Συμμετέχοντας Β: «Δεν υπήρξε καμία σαφής οδηγία για το τι θα γίνει με την προαγωγή υγείας»

Συμμετέχοντας Γ: «Αναγκάζομαστε να έχουμε ρόλο διάγνωσης (υποψία COVID-19) που συχνά μας διχάζει μεταξύ της ομάδας. Ταυτόχρονα, έχει αποδειχθεί ότι πετύχαμε ορθές διαγνώσεις αυτό το διάστημα, αλλά είχαμε δυσκολία αναγνώρισης τους, όχι από τους ωφελούμενους, αλλά από την τριτοβάθμια όταν μπαίναμε στη διαδικασία παραπομπής. Θέλουμε και μετά το πέρας της πανδημίας από την Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.ΠΕ.) να μας παρέχουν τα μέσα (πχ. απεικονιστικά και διαγνωστικά) που θα κατοχυρώνουν και στηρίζουν τη διάγνωση μας.»

Συμμετέχοντας Ζ: «Δεν υπήρξε καμία προστασία και υποστήριξη από τα κεντρικά, Υ.ΠΕ., υπουργείο, εργοδότες. Θέλω έναν εργοδότη που να ανταποκρίνεται άμεσα και με σοβαρότητα στις ανάγκες της εκάστοτε κρίσιμης περιόδου, αλλά και πάντα.»

Συμμετέχοντας Γ: «Στον πόλεμο και ειδικά στον υγειονομικό πάντα έχουμε απώλειες και αρνητικές επιπτώσεις, χρειάζεται όμως το αίσθημα προστασίας. Χρειάζεται να προστατεύουμε ο ένας τον άλλο γιατί βλέπουμε και λιποτάκτες.»

Συμμετέχοντας Δ: «Ευτυχώς, δεν έχει αλλάξει η ποιότητα στη σχέση ιατρού/επαγγελματία υγείας - ασθενούς, αλλά ο τρόπος, η μορφή. Αυτό όμως το καταφέραμε εμείς, το προσωπικό με ατομική και ομαδική προσπάθεια, χωρίς υποστήριξη από την διακυβέρνηση της Π.Φ.Υ.»

Συμμετέχοντας Β: «Πήραμε οδηγίες από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που έλεγαν όταν δε χαλάει η μάσκα να τη φοράτε. Ευτυχώς το άλλαξαν μετά από ένα διάστημα.»

Συμμετέχοντας Ε: «Σοκαριστικό! Έπρεπε να έχουμε ένα τρόπο δουλειάς που απαντούσε σε συγκεκριμένη τελετουργία χωρίς όμως να έχουμε τις σαφείς και σωστές οδηγίες. Χρειάστηκε να τα βρούμε μόνοι μας και να εξοικειωθούμε.»

Συμμετέχοντας Ε: «Στην αρχή στο πρώτο κύμα ήταν ακόμα πιο έντονη η ψυχολογική επιβάρυνση, όλα πρωτόγνωρα. Μετά όχι ότι άλλαξε η σοβαρότητα, αλλά έγινε συνήθεια.»

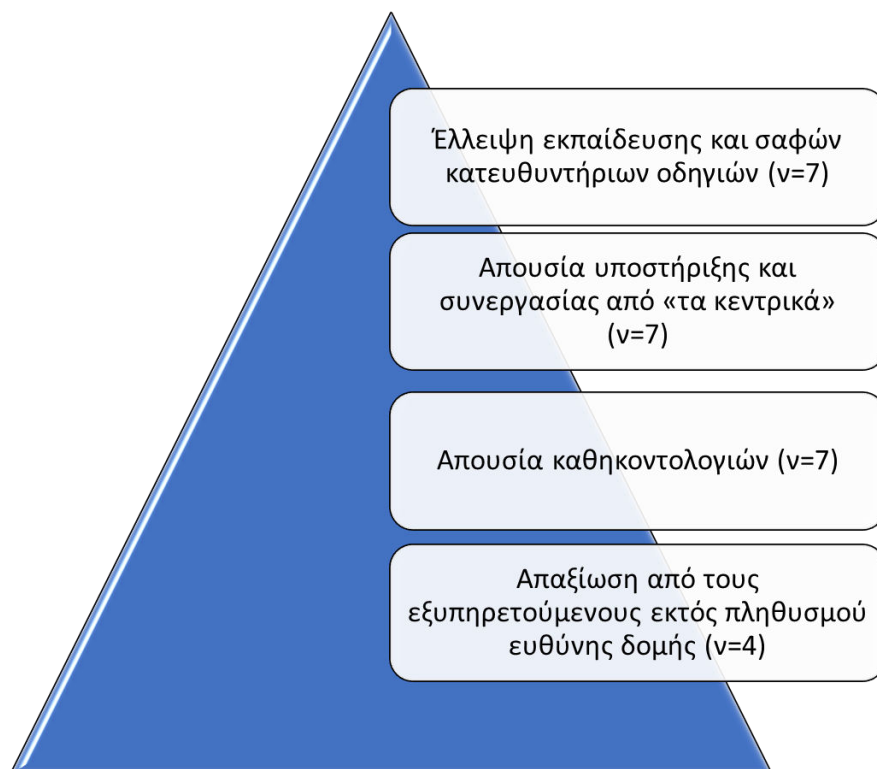
Συμμετέχοντας Ζ: «Το τότε με το τώρα δεν έχει καμία σχέση (αναφορά στο πρώτο και δεύτερο κύμα). Τώρα υπάρχει εμπειρία και αποδοχή. Από την άλλη πλευρά, τώρα γίνονται εμφανείς οι επιπτώσεις της εξουθένωσης και της πίεσης του πρώτου διαστήματος»

Πίνακας 8: Τρόποι που επέδρασε η περίοδος της πανδημίας στην επιφόρτιση και την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών Π.Φ.Υ.*

Επαγγελματικό επίπεδο (επαγγελματική εξουθένωση)			Άλλες συναισθηματικές και προσωπικές επιπτώσεις (v)
Πρακτικές επιπτώσεις (v)	Συναισθηματικές επιπτώσεις (v)	Σωματικές επιπτώσεις (v)	
Έλλειψη χρόνου (7)	Άγχος/Στρες για το ρόλο τους (7)	Κόπωση (7)	Άγχος/στρες (7)
Αυξημένες ευθύνες (7)	Διχασμός ρόλου (7)	Ψυχοσωματικές αντιδράσεις (5)	Φόβος/ανησυχία για την οικογένεια σε συνάρτηση με τη δουλειά (7)
Έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών ή/και εκπαίδευσης (7)	Απογοήτευση/θλίψη για μη εκπλήρωση ρόλων/στόχων (7)	Κρίσεις πανικού (2)	Μείωση κοινωνικής δικτύωσης (7)
Έλλειψη μέσων και υλικών (7)	Μετέωροι (χωρίς υποστήριξη) (6)		Στέρηση ελευθερίας (4)
Απουσία αδειών (7)	Επαγγελματική ανασφάλεια (6)		
Δυσκολία στην επικοινωνία με «τα κεντρικά» (7)	Φόβος για μετάδοση από ή προς αυτούς (5)		
Αύξηση ωραρίου (6)	Αποξένωση/απομόνωση (4)		
Απουσία προαγωγής υγείας (4)	Διατήρηση ουσιαστικής και συναισθηματικής σχέσης ιατρού-ασθενούς (4)		
Αλλαγή μορφής σχέσης ιατρού ασθενούς - Απομακρυσμένη επαφή (4)	Σοκ (3)		

*Ο παρόν πίνακας συνοψίζει τα αποτελέσματα με απλές συχνότητες (v), έπειτα από θεματική ανάλυση όπως περιγράφεται στη μεθοδολογία

Παράλληλα, όταν ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να προσδιορίσουν ποιες ακριβώς πτυχές επλήγησαν περισσότερο και θεωρούν ότι συνέβαλλαν στην αύξηση της επαγγελματικής τους εξουθένωσης, εκείνοι συμφώνησαν σε τέσσερα σημεία (Σχήμα 1). Παράλληλα, τόνισαν ότι οι διαστάσεις στις οποίες εντοπίζουν τα βασικά αίτια του προβλήματος είναι η διακυβέρνηση των δομών Π.Φ.Υ., η διασύνδεση με τη Τ.Φ.Υ., η συνοχή και η επάρκεια υλικών και προσωπικού (με έμφαση όχι στον αριθμό του προσωπικού αλλά στο είδος πρόσληψης).



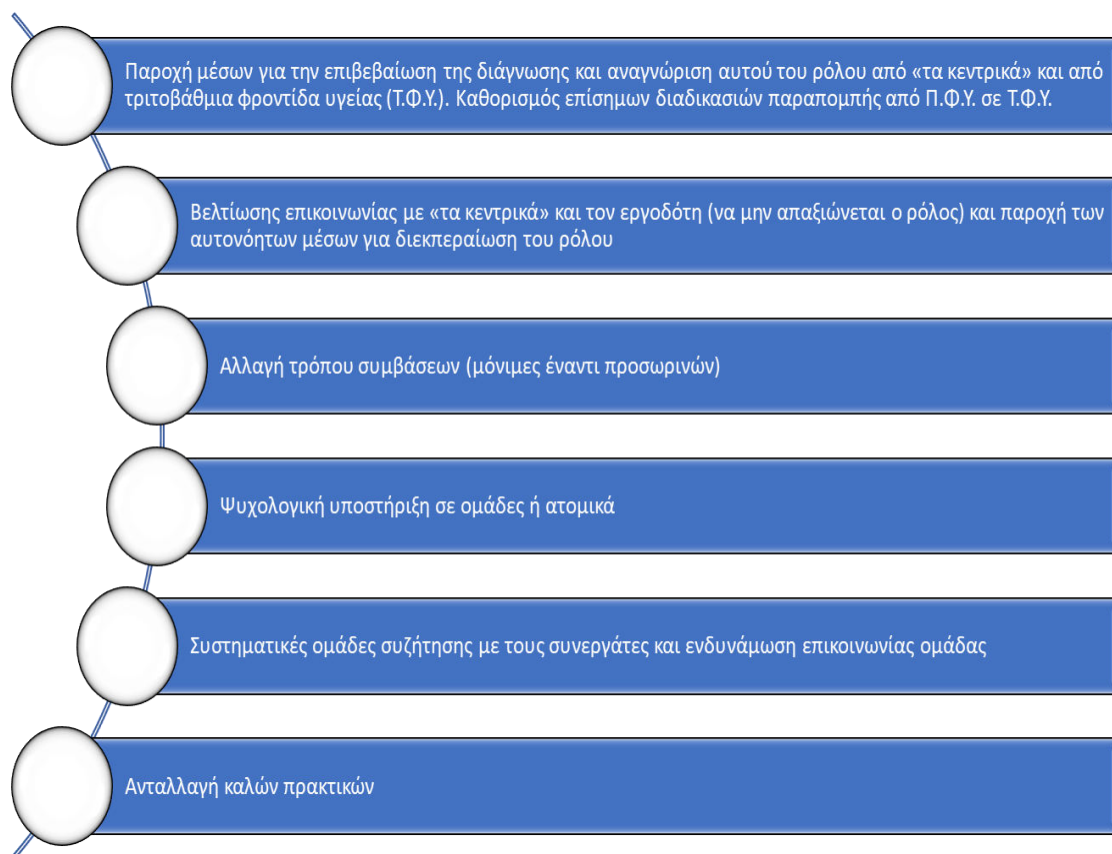
Σχήμα 1: Πτυχές που επλήγησαν περισσότερο ή συνέβαλαν περισσότερο στο αίσθημα επαγγελματικής εξουθένωσης

Επιπρόσθετα, τόνισαν τα εξής:

Συμμετέχοντας Ζ: «Τώρα και μετά το δεύτερο κύμα, αρχίζουν μεγάλα προβλήματα. Το ότι το ξέρεις και το βλέπεις να έρχεται είναι πιο τρομακτικό.

Συμμετέχοντας Γ: «Τώρα φάνηκε για ακόμα μια φορά η δυσκινησία του δημόσιου Τομέα. Τίθεται θέμα διακυβέρνησης και διασύνδεσης υπηρεσιών υγείας.»

Στο τέλος της συζήτησης, διατυπώθηκαν διάφορες σκέψεις και προτάσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την επαγγελματική εξουθένωση και γενικά την επιβάρυνση των επαγγελματιών. Στο Σχήμα 2 συνοψίζονται οι βασικότερες από αυτές, ενώ ακολουθούν επιλεγμένες δηλώσεις σε σημεία που έδωσαν έμφαση επάνω στο θέμα.



Σχήμα 2: Προτάσεις για την κάλυψη αναγκών και τη βέλτιστη μείωση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης

Συμμετέχοντας Η: «Αναγνώριση και σεβασμός στο ρόλο του κάθε εργαζομένου.»

Συμμετέχοντας Η: «Μόνιμες θέσεις, ή έστω να μη διαχειρίζονται τα κεντρικά τους προσωρινούς εργαζόμενους με αδιαφορία ή ασέβεια λόγω της προσωρινής τους ύπαρξης στην υπηρεσία. Ειδικά όταν εκείνοι φέρονται με συνέπεια και ενδιαφέρον.»

6 Συζήτηση

6.1 Κύρια ευρήματα

Η παρούσα εργασία κατάφερε να κάνει μια πρώτη αποτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και ολικής επιβάρυνσης των επαγγελματιών Π.Φ.Υ., εν καιρώ πανδημίας και να εκπληρώσει τους στόχους της. Μεταξύ των ευρημάτων, τα κυριότερα ήταν τα ακόλουθα. Αρχικά, η εκτίμηση του βαθμού της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων να δηλώνουν ότι επηρεάστηκαν ψυχολογικά κατά την περίοδο της καραντίνας και των μέτρων για την πανδημία. Όπως ήταν αναμενόμενο, τα ολικά επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης κινήθηκαν σε μεσαία επίπεδα, με δύο από τις τρεις διαστάσεις να έχουν χαμηλά-μέτρια επίπεδα (η διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης). Αντίθετα, η διάσταση της μειωμένης αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων αξιολογήθηκε σε πολύ υψηλά επίπεδα. Επιπρόσθετα, αναδείχθηκαν ορισμένοι παράγοντες που φαίνεται να επιδρούν επιβαρυντικά ή ευεργετικά στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα, ο μεγαλύτερος αριθμός μελών οικογένειας και τέκνων ειδικότερα και το κάπνισμα (έτη καπνίσματος) αποτέλεσαν τους βασικούς παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα του συνδρόμου. Αντίθετα, η συχνή άσκηση και η αυξημένη κοινωνική δραστηριότητα βρέθηκαν να επιδρούν προστατευτικά. Όμοιες τάσεις συσχέτισης, βρέθηκαν και στις επιμέρους διαστάσεις της εξουθένωσης.

Τέλος, τα αποτελέσματα της ποιοτικής μελέτης ήρθαν να συμπληρώσουν ή να εξηγήσουν αυτά της ποσοτικής. Οι συμμετέχοντες τόνισαν την σημαντικότητα του θέματος και του κρίσιμου φαινομένου που βιώνουμε και το πως αυτό συμβάλει στην αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και γενικότερα της ψυχολογικής και σωματικής επιβάρυνσης. Παρόλο που το πρόσημο στις σχέσεις και τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας μιας ίδιας δομής Π.Φ.Υ, φαίνεται να ήταν θετικό, η αποτίμηση σε όλα τα άλλα επίπεδα ήταν αρνητική. Η αύξηση του αισθήματος φόβου, άγχους και στρες, η σωματική και ψυχική κόπωση, η κρίση των ρόλων των επαγγελματιών, η έλλειψη στήριξης από τους εργοδότες και τους φορείς λήψης αποφάσεων, η απουσία κατευθυντήριων οδηγιών και συστηματικής ποιοτικής εκπαίδευσης αποτέλεσαν μερικά από τα συχνότερα προβλήματα με τα οποία ήρθαν αντιμέτωποι και που αναγνωρίζουν ως βασικά αίτια της αύξησης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μάλιστα, θεωρούν ότι οι επιδράσεις αυτές θα φανούν ακόμα περισσότερο αμέσως μετά την καραντίνα ή την περίοδο αυτή των αυστηρών μέτρων. Διατύπωσαν συγκεκριμένες προτάσεις για τη βελτίωση του υπό μελέτη φαινομένου, οι οποίες εστιάζουν στους άξονες (διακυβέρνηση δομών Π.Φ.Υ., διασύνδεση με Τ.Φ.Υ, επάρκεια υλικών και προσωπικού) που έθεσαν ως μείζονες πληγείσες ζώνες και σε λύσεις που θεωρούν ότι θα διευκόλυναν τη διαχείρισή τους (παροχή μέσων και διαδικασιών για την επιβεβαίωση διαγνώσεων, αναγνώριση ρόλων εντός και εκτός Π.Φ.Υ., καθορισμός καθηκοντολογίου, οργάνωση εκπαιδευτικών δράσεων, ανταλλαγή καλών πρακτικών και συντονισμένη ψυχολογική υποστήριξη σε ομάδες συζήτησης).

6.2 Σχολιασμός υπό το φως της βιβλιογραφίας

Μεσαία επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και αυξημένο αίσθημα ψυχολογικής επιβάρυνσης εν καιρώ πανδημίας

Ο αντίκτυπος της πανδημίας COVID-19 στους επαγγελματίες υγείας ήταν τεράστιος, με πολλές αρνητικές επιδράσεις που έχουν αρχίσει να φαίνονται αλλά θα γίνουν πιο έντονες με το πέρασ του χρόνου [91]. Ο αντίκτυπος αυτός δεν σχετίζεται μόνο με τον αυξημένο φόρτο και τις συνθήκες εργασίας, αλλά και με το φόβο της νόσου (να μολυνθεί ο εργαζόμενος ή να μολύνει την οικογένεια του ή τους ασθενείς) [95,96]. Παράλληλα, θα πρέπει να εργαστούν με νέα και συχνά μεταβαλλόμενα πρωτόκολλα, περιορισμένο προσωπικό εξοπλισμό προστασίας, φροντίδα ασθενών που είναι βαριά άρρωστοι με ταχεία επιβάρυνση, ή ακόμα και να φροντίζουν για συναδέλφους που έχουν επίσης νοσήσει [95-98]. Αυτή η πανδημία έχει κατακόρυφα αυξήσει τους στρεσογόνους παράγοντες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, και κατ' επέκταση η επίδραση στους επαγγελματίες υγείας ήταν άμεση, με το στρες να έχει ήδη λάβει εκτάσεις πανδημίας [88]. Αυτό έγινε εμφανές και από την παρούσα μελέτη, στην οποία η αντιλαμβανόμενη αίσθηση του στρες και της ψυχολογικής επιβάρυνσης βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα. Παρόλο που το φαινόμενο είναι πρόσφατο, μερικές από τις πιο επίκαιρες μελέτες δηλώνουν ευρήματα σχετικά με την αύξηση των επιπέδων ψυχολογικής δυσφορίας και επιβάρυνσης [90,92], καθώς και της επαγγελματικής εξουθένωσης [99] των επαγγελματιών υγείας εν καιρώ πανδημίας. Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι στη μελέτη μας, παρόλο που τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν μεσαία, δύο διαστάσεις του συνδρόμου (συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση) βρίσκονταν σε μεσαία με χαμηλά επίπεδα. Αυτό φαίνεται να εξηγείται από τη βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια έκβαση υγείας που ενώ επηρεάζεται άμεσα από πολλαπλούς στρεσογόνους παράγοντες που προαναφέρθηκαν, συχνά χρειάζεται μεγαλύτερο διάστημα για να γίνει εμφανής. Έτσι, συχνά μελέτες συγχρονικού τύπου εν καιρώ πανδημίας βρίσκουν χαμηλά-μεσαία επίπεδα εξουθένωσης ή συγκεκριμένων διαστάσεων του συνδρόμου, με ταυτόχρονα υψηλά επίπεδα άγχους, ψυχολογικής επιβάρυνσης και άλλων παραγόντων που οδηγούν εν τέλει στην επαγγελματική εξουθένωση [100-102].

Διαφορές στην ένταση και συμπεριφορά των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα ευρήματά μας ενισχύουν την πολυδιάστατη φύση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πράγματι, καθεμία από τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων) βρέθηκε να είναι σε διαφορετικά επίπεδα και συσχετίστηκε με συγκεκριμένους παράγοντες.

Όσον αφορά στα ολικά επίπεδα εξουθένωσης αλλά και στις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και των προσωπικών επιτευγμάτων, είχαμε μερικά ενδιαφέροντα ευρήματα. Οι παράγοντες που φαίνεται να παίζουν ρόλο και να αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης του συνδρόμου και των διαστάσεων του, ήταν σχετικοί με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων (αριθμός τέκνων, αριθμός μελών οικογένειας). Οι επαγγελματίες που δε ζουν μόνοι τους αλλά έχουν μαζί τους μέλη της οικογένειας (ειδικότερα περισσότερα μέλη ή/και τέκνα), έχουν υψηλότερο κίνδυνο για το σύνδρομο. Προηγούμενες μελέτες

συμφωνούν με το εύρημα αυτό, μιας και υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι που είναι άγαμοι, διαζευγμένοι ή ζουν μόνοι τους είναι λιγότερο ευαίσθητοι στην προσωπική εξουθένωση, εν συγκρίσει με τους παντρεμένους ή όσους ζουν με άλλα μέλη ή έχουν παιδιά [91,103]. Αυτό το εύρημα θα μπορούσε να σχετίζεται με τον διπλό ρόλο που έχουν οι επαγγελματίες υγείας με περισσότερα μέλη οικογένειας (ή παιδιά), ειδικά οι γυναίκες, οι οποίες ήταν περισσότερες σε αυτή τη μελέτη.

Παράλληλα, στη μελέτη των Duarte et al. (2020) [91], που διενεργήθηκε στην Πορτογαλία, όσοι επαγγελματίες υγείας είχαν παιδιά κάτω των 12 ετών, είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από ότι αυτοί χωρίς παιδιά ή με παιδιά άνω των 12 ετών. Αν σκεφτεί κανείς ότι το κράτος είχε επιτρέψει στους γονείς που είχαν παιδιά έως 12 ετών να εργάζονται από το σπίτι, αυτό το εύρημα συζητήθηκε με ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε σχέση με τον πολυδιάστατο ρόλο των επαγγελματιών υγείας που είναι γονείς, ταυτόχρονα και πρωταρχικοί φροντιστές του σπιτιού και της οικογένειας (συχνότερα γυναίκες). Στην περίπτωση της Ελλάδος, δεν έχει δοθεί αντίστοιχη άδεια στους εργαζόμενους πρώτης γραμμής, ενώ παράλληλα υπήρξε άρση του δικαιώματος αδειών. Έτσι, και οι επαγγελματίες που συμμετείχαν στη μελέτη μας, βίωναν μια πραγματικότητα με διόγκωση του ήδη πολλαπλού τους ρόλου. Αυτό επιβεβαιώθηκε και μέσω του ποιοτικού μέρους της μελέτης μας. Παράλληλα, με την εξάπλωση του κορωνοϊού και την αναστολή των μαθημάτων στα σχολεία, ενθαρρύνθηκε η τηλεκαίδηση και η τηλεργασία. Οι συμμετέχοντες με πολλά μέλη οικογένειας (πχ. τέκνα, σύζυγο κ.λπ.) έπρεπε να συνδυάσουν ταυτόχρονα τους ρόλους τους ως γονείς, εργαζόμενοι και πολλές φορές ως δάσκαλοι, για να βοηθήσουν τα παιδιά τους. Η τηλεργασία κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 απαιτεί διαχωρισμό της εργασίας και του προσωπικού χρόνου, κάτι που θα μπορούσε να προκαλέσει την εισβολή των οικογενειακών υποχρεώσεων στην εργασία και αντίστοιχα τις υποχρεώσεις εργασίας να εισβάλλουν στον οικογενειακό χρόνο. Αυτή συζητήθηκε ως η νέα πραγματικότητα [91,103] που ήρθε να προσθέσει βάρος στο ήδη διευρυμένο ωράριο εργασίας των επαγγελματιών Π.Φ.Υ., στη χώρα μας και σε άλλες περιοχές παγκοσμίως.

Τέλος, το κάπνισμα, η άσκηση και η κοινωνική δραστηριότητα ήταν ακόμα κάποιοι παράγοντες που η παρούσα μελέτη ανέδειξε το ρόλο τους στην επαγγελματική εξουθένωση και τις διαστάσεις της. Ειδικότερα, η συχνότητα κοινωνικών συναναστροφών φάνηκε να επιδρά προστατευτικά (ποσοτική μελέτη) αλλά και να αποζητάτε (ποιοτική μελέτη) ως λύση για να νιώσουν καλύτερα και να αντλήσουν δύναμη. Προηγούμενες μελέτες έχουν αναδείξει παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση της ζωής ως προστατευτικούς παράγοντες [89]. Η σχέση μεταξύ εξουθένωσης και ψυχολογικών διαστάσεων που σχετίζονται με την καθημερινότητά και την κοινωνική δικτύωση έχει τεκμηριωθεί σε πρόσφατες μελέτες [104].

Αναφορικά με άλλους συμπεριφορικούς παράγοντες, η φυσική δραστηριότητα (άσκηση) φαίνεται να έχει ευεργετικές ιδιότητες και στη μελέτη μας αλλά και σε άλλες μελέτες. Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση ανέδειξε ότι η σωματική δραστηριότητα αποτελεί ένα αποτελεσματικό μέσο για τη μείωση της εξουθένωσης, λειτουργώντας είτε ως προστατευτικός παράγοντας είτε ως μέσο διαχείρισης του συνδρόμου [105]. Οι βασικοί μηχανισμοί που εξηγούν τη σχέση της άσκησης με την επαγγελματική εξουθένωση εξακολουθούν να είναι αβέβαιοι. Ένας συνδυασμός ψυχολογικών και φυσιολογικών μηχανισμών μπορεί να είναι υπεύθυνος για τα θετικά αποτελέσματα. Όσον αφορά στους ψυχολογικούς μηχανισμούς εργασίας, έχει προταθεί ότι η τακτική σωματική δραστηριότητα διευκολύνει την ψυχολογική

‘απόσπαση’ από την εργασία, και με αυτόν τον τρόπο μειώνει τον κίνδυνο παρατεταμένων αντιδράσεων στο άγχος, όπως η εξάντληση [106,107]. Η τακτική σωματική δραστηριότητα μπορεί επίσης να αυξήσει την αυτό-αποτελεσματικότητα των ατόμων στο χώρο εργασίας [108,109]. Ως αποτέλεσμα, οι εργαζόμενοι μπορεί να αισθάνονται πιο ικανοί να αντιμετωπίσουν τις εργασίες τους [110,111] και ως εκ τούτου αντιμετωπίζουν αυτές τις εργασίες ως λιγότερο απαιτητικές. Όσον αφορά στους φυσιολογικούς μηχανισμούς εργασίας, έχει προταθεί ότι μέσω της τακτικής σωματικής δραστηριότητας κάποιος μπορεί να διαχειριστεί καλύτερα το ψυχολογικό στρες [111]. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ταχύτερη ανάκαμψη του σώματος μετά από έκθεση στο στρες, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο εξάντλησης [112]. Παράλληλα, είναι γνωστό ότι η άσκηση μπορεί να προκαλέσει αλλαγές σε αρκετούς νευροδιαβιβαστές και νευροδιαμορφωτές, με αποτέλεσμα την καλύτερη διάθεση και την αυξημένη ενέργεια [113].

Αντίθετα με τα παραπάνω, τα έτη καπνίσματος βρέθηκαν να λειτουργούν ως παράγοντας κινδύνου για την επαγγελματική εξουθένωση. Το κάπνισμα αποτελεί γνωστό παράγοντα κινδύνου για πολλαπλές παθήσεις και αρνητικές εκβάσεις υγείας, με άπλετη βιβλιογραφία τις τελευταίες δεκαετίες [114,115]. Η αιτιολογία πίσω από αυτές τις επιδράσεις του καπνίσματος στηρίζεται συχνά στην άμεση συσχέτιση του με την αύξηση του οξειδωτικού στρες, το οποίο με τη σειρά του συνδέεται με διάφορες χρόνιες παθήσεις (π.χ. αναπνευστικά και καρδιαγγειακά νοσήματα) και φυσικά με πολλές ψυχικές παθήσεις [116]. Η σύνδεση του με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης δίσταται. Μια πρόσφατη μελέτη ανέδειξε την ισχυρή συσχέτιση του καπνίσματος με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης [117]. Μάλιστα η διάρκεια καπνίσματος (έτη) ή αντίστοιχα η διάρκεια διακοπής καπνίσματος βρέθηκαν να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην υπό μελέτη έκβαση [117]. Η σχέση αυτή επιβεβαιώνεται και από μια νεότερη μελέτη εν καιρώ πανδημίας, αυτή των Wańkowicz et al. (2020), όπου το κάπνισμα μεταξύ άλλων συμπεριφορικών παραγόντων, λειτουργούσε ως συγχυτικός παράγοντας [118]. Σε αντίθεση με αυτές τις μελέτες, μελέτη υποστήριξε το αντίθετο, προσδίδοντας στους καπνιστές χαμηλότερη πιθανότητα για το σύνδρομο, έναντι των μη καπνιστών [119]. Βέβαια, τα ευρήματα αυτά προέρχονται μόνο από μια μελέτη στη βιβλιογραφία, τουλάχιστον στο βαθμό που μπορούμε να γνωρίζουμε.

Αντιλαμβανόμενα αίτια και παράγοντες που συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση εν καιρώ πανδημίας

Τόσο η παρούσα εργασία, όσο και άλλες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία [89,93,120], έχουν αναδείξει ότι η εργασία στην «πρώτη γραμμή» εν καιρώ πανδημίας ήρθε να επιδεινώσει τους υφιστάμενους κινδύνους που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση και τη συναισθηματική εξάντληση. Επιπρόσθετα, έχει προκαλέσει νέους κινδύνους, συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου έκθεσης στο νέο ιό, τις μεγάλες και απροσδιόριστες ώρες εργασίας, την έλλειψη του δικαιώματος λήψης άδειας, τον αυξημένο όγκο ασθενών και ειδικά περισσότερο επιβαρυνμένων ασθενών, τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων χωρίς πάντα να υπάρχουν πρωτόκολλα ή σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες, την ψυχολογική δυσφορία, την κόπωση και την υψηλή ανησυχία ότι οι επαγγελματίες θα μπορούσαν να είναι δυνητικοί φορείς μετάδοσης της ασθένειας στις οικογένειές τους. Οι κίνδυνοι αυτοί έγιναν ορατοί στη μελέτη αυτή, αλλά έχουν ήδη συζητηθεί και σε άλλες μελέτες [89,91,120].

Η έκθεση σε αυτούς τους παράγοντες κινδύνου μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ψυχική, σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευημερία αυτών των

επαγγελματιών, καθώς και την ποιότητα και τις διαδικασίες φροντίδας υγείας. Παρόλο που στην παρούσα μελέτη δε φάνηκε να έχουν επίδραση στην ουσία της σχέσης τους με τους ασθενείς/εξυπηρετούμενους ή στις ορθές ιατρικές αποφάσεις και πρακτικές, παραμένουν καθοριστικοί παράγοντες στην αύξηση της αγωνίας και του άγχους για την εκπλήρωση των καθηκόντων τους. Το συνεχές άγχος για το κατά πόσο θα καταφέρεις να ανταπεξέλθεις στο καθήκον σου για τη διάγνωση ή την άμεση συμμετοχή στη διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα για ασθενείς με COVID-19, ενώ παράλληλα νιώθεις εξαντλημένος και χωρίς υποστήριξη από τους φορείς λήψης αποφάσεων, αυξάνει την ένταση του συνδρόμου. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελβετία [94] σε επαγγελματίες πρώτης γραμμής, έδειξε υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης στην ομάδα που ήταν σε άμεση επαφή με ασθενείς.

Άλλοι πρωταρχικοί παράγοντες που φάνηκε να συμβάλουν δραματικά στο αίσθημα εξουθένωσης και γενικότερης ψυχολογικής επιβάρυνσης ήταν η απουσία στήριξης από τις επίσημες αρχές λήψης αποφάσεων ή διακυβέρνησης των δομών Π.Φ.Υ. Το φαινόμενο αυτό περιελάμβανε διάφορα γεγονότα όπως η μη παροχή κατευθυντήριων οδηγιών, η αποφυγή απαντήσεων ή ανταπόκρισης σε αιτήματα των επαγγελματιών και των δομών τους, η καθυστερημένη παροχή υλικών και μέσων προστασίας και φυσικά η απουσία ενημερωμένου και συντονισμένου καθηκοντολογίου. Παρόλα αυτά, όπως δήλωσαν, δεν άφησαν τα προβλήματα αυτά να τους σταματήσουν από την αποτελεσματική εξυπηρέτηση του πληθυσμού ευθύνης. Κατάφεραν να βρουν λύσεις και διεξόδους μόνοι τους και λειτουργώντας ως ενωμένη ομάδα. Αυτό μπορεί να εξηγείται από την προγενέστερη εμπειρία ετών των εργαζομένων στο χώρο αυτό, στο πλαίσιο του συστήματος υγείας της χώρας. Η εμπειρία τους στο να εργάζονται κάτω από επίπονες και πολύ δύσκολες συνθήκες, με χαμηλή αμοιβή και ανεπαρκείς πόρους στη διάθεσή τους, μπορεί να συνέβαλε στην ταχεία προσαρμογή τους στις νέες αυξημένες απαιτήσεις που έφερε η περίοδος της πανδημίας. Είναι γνωστό ότι οι Έλληνες γιατροί εργάζονται καθημερινά υπό συνθήκες «έκτακτης ανάγκης», καθώς δεν υπάρχει έλεγχος των ροών των ασθενών, δεδομένου του ανεπαρκούς συστήματος Π.Φ.Υ., της έλλειψης μηχανισμού φύλαξης πυλών και ανεπαρκών εγκαταστάσεων στις επαρχίες ή εκτός των μεγάλων πόλεων. Η έλλειψη προσωπικού υποστήριξης, ο μεγάλος αριθμός ασθενών (με διευρυμένα ωράρια εργασίας), η υπερβολική συμφόρηση ασθενών ή/και εξυπηρετούμενων, αποτελεί ένα σύνθετο εργασιακό περιβάλλον.

6.3 Περιορισμοί και δυνατά σημεία μελέτης

Η παρούσα εργασία επιχείρησε να συνδυάσει δύο μεθοδολογικές προσεγγίσεις αποτίμησης της επιβάρυνσης των επαγγελματιών υγείας εν καιρώ πανδημίας (την ποσοτική και την ποιοτική) με σκοπό την πληρέστερη και ασφαλέστερη προσέγγιση του υπό μελέτη θέματος. Παράλληλα, έλαβε δείγμα από δομές Π.Φ.Υ διαφορετικού τύπου, όπως οι Το.Μ.Υ. και οι Μονάδες Βοήθεια στο Σπίτι, ενώ πέτυχε πολύ ικανοποιητικό ποσοστό απόκρισης (88%).

Φυσικά, όπως και σε κάθε μελέτη έτσι και εδώ υπάρχουν διάφοροι περιορισμοί που θα πρέπει να συζητηθούν. Συγκεκριμένα, πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη που από τη φύση της δε δύναται να περιγράψει αιτιολογικές συσχετίσεις. Παράλληλα, το δείγμα της μελέτης, αν και ικανοποιητικό για τις συμμετέχουσες δομές, δεν συμπεριέλαβε όλες τις δομές που προσφέρουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (π.χ. Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία). Παρόλα αυτά, οι ερευνητές δεν πιστεύουν ότι το γεγονός αυτό θα επιφέρει σημαντικά σφάλματα στα αποτελέσματα, διότι ο αρχικός σκοπός της μελέτης ήταν η αποτίμηση της επιβάρυνσης στις δομές που βρίσκονται στην

πρώτη γραμμή αυτή την ιδιαίτερη περίοδο της πανδημίας. Θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι τα αποτελέσματα αφορούν ανάλογες δομές και εργαζόμενους στην Π.Φ.Υ. του Δήμου Ηρακλείου και δεν μπορούν να γενικευθούν σε επίπεδο Ελλάδος, μιας και η κάθε περιοχή έχει τις ιδιαιτερότητες της. Τέλος, η επιλογή της κλίμακας μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (M.B.I. scale) δεν αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο και τα αποτελέσματα της θα πρέπει να αξιολογηθούν με προσοχή. Βέβαια, αποτελεί μια αξιόπιστη κλίμακα για τους επαγγελματίες υγείας στη διεθνή βιβλιογραφία που έχει χρησιμοποιηθεί από πολλές παρόμοιες μελέτες, με βαθμό συνοχής πάνω από 0.8 ανά διάσταση (Cronbach's $\alpha=0.87$).

7 Συμπεράσματα και προτάσεις για την Π.Φ.Υ.

Όπως έγινε εμφανές από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολυδιάστατο. Η κάθε μια από τις διαστάσεις τους χρίζει μελέτης και προσοχής, ειδικά όταν συζητάμε για τη διαχείριση του φαινομένου ή την πρόληψη του. Επομένως, η εξέταση των τριών διαστάσεων - της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και του αισθήματος προσωπικών επιτευγμάτων - είναι σημαντική κατά το σχεδιασμό μελλοντικών προγραμμάτων πρόληψης της εξουθένωσης για τους επαγγελματίες Π.Φ.Υ.

Παράλληλα, έγινε εμφανές ότι οι επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στην πρώτη γραμμή ή σε άλλες θέσεις κρίσιμων αποφάσεων και υψηλού φόρτου εργασίας την περίοδο της πανδημίας, έρχονται αντιμέτωποι με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω και των αυξημένων στρεσογόνων παραγόντων. Το γεγονός αυτό απαιτεί προσοχή και υποστήριξη από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών υγείας. Οι παράγοντες που ενδεχομένως συμβάλλουν στην αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης συζητήθηκαν και σε προηγούμενες ενότητες. Είναι σημαντικό να δοθεί προσοχή στην ψυχολογική ευημερία αυτών των επαγγελματιών. Η επαγγελματική παρακολούθηση της υγείας τους μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο για τη βελτίωση της ευημερίας [121]. Για την επιτυχημένη χάραξη πολιτικών υγείας και την άμεση διαχείριση του προβλήματος, κρίνεται απαραίτητο να ακουστεί η «φωνή» τους και να ληφθούν μέτρα που εστιάζουν τόσο στους παράγοντες κινδύνου όσο και στις ανάγκες τους και στα ζητήματα που εκείνοι υπογραμμίζουν ως μείζονα.

Προς την κατεύθυνση αυτή και με γνώμονα τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, προτείνονται διάφορα μέτρα και παρατίθενται επιλεγμένες συστάσεις που αναμένεται να συμβάλουν στην πρόληψη και στη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αρχικά, κρίνεται απαραίτητη η διαμόρφωση ενός σχεδίου ανάκαμψης για τους επαγγελματίες που ήδη βιώνουν τις συνέπειες του συνδρόμου ή βρίσκονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου (καπνιστές, με πολλαπλούς ρόλους εντός και εκτός χώρου εργασίας, άτομα με παιδιά ή/και πολλά μέλη οικογένειας υπ' ευθύνη τους, εργαζόμενοι της πρώτης γραμμής), καθώς και η ανάπτυξη στρατηγικών για την επίτευξη ανθεκτικότητας και αυτό-φροντίδας. Τέτοιες προσπάθειες θα μπορούσαν να αυξήσουν τους προστατευτικούς παράγοντες έναντι των περιβαλλοντικών κινδύνων, όπως αυτοί που βρίσκονται στην τρέχουσα πανδημία, καθώς και να αναπτύξουν θετικούς παράγοντες για την ψυχική υγεία. Επίσης, είναι σημαντικό να υπάρχουν συνεχείς και οργανωμένες παρεμβάσεις εντός των δομών και των υπό-ομάδων εργασίας με στόχο τη ψυχολογική υποστήριξη (ατομικά ή ομαδικά), τη συζήτηση και ανατροφοδότηση εντός της ομάδας (κοινοποίηση προβληματισμών, καλών πρακτικών και άλλων θεμάτων). Αυτές οι παρεμβάσεις καλό είναι να γίνονται με τη βοήθεια επαγγελματιών υγείας που ήδη γνωρίζουν τις ομάδες εργασίας ή βρίσκονται κοντά τους και έχουν εικόνα της δυναμικής των ομάδων. Όσο περισσότερη εμπειρία έχει ένας επαγγελματίας τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να απλοποιήσει τις πληροφορίες. Οι ομάδες παρέμβασης και η επίβλεψη για να συζητήσουν τις ερμηνείες τους και τις προτάσεις παρέμβασης με συναδέλφους μπορεί να είναι σημαντικές και μπορεί να λειτουργήσουν ως προστατευτικό μέτρο με διάφορους τρόπους, τόσο στην επαγγελματική πρακτική όσο και στην προώθηση της ψυχολογικής ευημερίας.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να υπάρξουν αλλαγές και υποστηρικτικές ενέργειες από την πλευρά των ανώτερων αρχών διακυβέρνησης και οργάνωσης της Π.Φ.Υ. Οι ενέργειες που φαίνεται να μπαίνουν σε πρώτο πλάνο από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνουν βασικές τους ανάγκες. Αυτές περιλαμβάνουν την αναγνώριση του ρόλου του εκάστοτε εργαζόμενου και το διαχωρισμό ρόλων και αρμοδιοτήτων, τον ορισμό καθηκοντολογίου που να καλύπτει τις ανάγκες της περιόδου αυτής, ο εμπλουτισμός του εξοπλισμού, των υλικών και αποθεμάτων για να διατηρήσουν την ασφάλεια τους αλλά και να καταφέρουν να εξυπηρετήσουν των πληθυσμό ευθύνης, τη βελτίωση της διασύνδεσης με τις δομές Τ.Φ.Υ. μέσω του καθορισμού διαδικασιών και κατοχύρωσης του ρόλου διάγνωσης και παραπομπής, κ.α. Τέλος, η πιο απλή αλλά σημαντική ανάγκη τους περιλαμβάνει το να εισακούγονται οι ανάγκες τους και να μην υποτιμάτε ο ρόλος και η επαγγελματική τους υπόσταση.

Βιβλιογραφία

- [1] Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K., & Fotouhi, A. (2020). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *medRxiv*.
- [2] Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., & Fukui, T. (2020). Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *JAMA network open*, 3(8), e2017271-e2017271.
- [3] Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., ... & Vigneswaran, H. T. (2020). Factors Contributing to Healthcare Professional Burnout During the COVID-19 Pandemic: A Rapid Turnaround Global Survey. *medRxiv*.
- [4] Oquendo, M. A., Bernstein, C. A., & Mayer, L. E. (2019). A key differential diagnosis for physicians—major depression or burnout?. *JAMA psychiatry*, 76(11), 1111-1112.
- [5] Giannopoulou, I., & Tsobanoglou, G. O. (2020). COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-9.
- [6] Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- [7] Freudenberger, H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- [8] Taris, T. W., Ybema, J. F., & van Beek, I. (2017). Burnout and engagement: Identical twins or just close relatives?. *Burnout research*, 5, 3-11.
- [9] Marchand, A., Juster, R. P., Durand, P., & Lupien, S. J. (2014). Burnout symptom sub-types and cortisol profiles: What's burning most?. *Psychoneuroendocrinology*, 40, 27-36.
- [10] Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (Eds.). (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington DC: Taylor & Francis.
- [11] Potter, B. (2001). Job burnout: What it is and what you can do about it.
- [12] Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- [13] de Jonge, J., & Kompier, M. A. (1997). A critical examination of the demand-control-support model from a work psychological perspective. *International journal of stress management*, 4(4), 235-258.
- [14] Dekker, S. W., & Schaufeli, W. B. (1995). The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian psychologist*, 30(1), 57-63.
- [15] Antoniou, A. S. (1999). Personal traits and professional burnout in health professionals. *Archives of Hellenic Medicine*, 16(1), 20-28.
- [16] Κάντας, Α. (1996). Επαγγελματικό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3(2), 71-85.
- [17] Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & health*, 16(5), 583-594.
- [18] Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 18(4), 621-656.
- [19] Firth-Cozens, J., & Payne, R. (1999). The psychological problems of doctors. *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. London: Wiley, 12-26.

- [20] Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- [21] Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger Publishers.
- [22] Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.
- [23] Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions* (Vol. 1). New York: Human Sciences Press.
- [24] Whitehead, J. T., & Lindquist, C. A. (1986). Correctional officer job burnout: A path model. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 23(1), 23-42.
- [25] Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press.
- [26] Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.
- [27] Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction on working Life*. New York: Basic Books.
- [28] Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*, 78(10), 1336-1342.
- [29] Siegrist, J., Peter, R., Cremer, P., & Seidel, D. (1997). Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrinogen in middle-aged men. *Journal of internal medicine*, 242(2), 149-156.
- [30] Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499.
- [31] Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*.
- [32] Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015, December). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. In *Mayo clinic proceedings* (Vol. 90, No. 12, pp. 1600-1613). Elsevier.
- [33] Zhang, Y. Y., Han, W. L., Qin, W., Yin, H. X., Zhang, C. F., Kong, C., & Wang, Y. L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of nursing management*, 26(7), 810-819.
- [34] Αντωνίου, Α. Σ., & Τζαβάρα, Χ. (2005). Ψυχοσωματική υγεία και εργασιακό stress των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. *Νέα Υγεία*, 47(8).
- [35] Σιουρούνη, Ε., Θεοδώρου, Μ., & Χονδρός, Π. (2006). Διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. *Επιθεώρηση Υγείας* 2006, 17(31-35).
- [36] Džubur, A., Lisica, D., Abdulahović, D., Avdić, D., Smajović, M., & Mulić, M. (2018). Burnout syndrome in primary healthcare professionals. *Journal of Health Sciences*, 8(2), 122-127.
- [37] Montero-Marin, J., Zubiaga, F., Cereceda, M., Piva Demarzo, M. M., Trenc, P., & Garcia-Campayo, J. (2016). Burnout subtypes and absence of self-compassion in primary healthcare professionals: A cross-sectional study. *PLoS one*, 11(6), e0157499.
- [38] Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., & Νιάκας, Δ. (2007). Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 75-84.

- [39] Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout research*, 4, 1-11.
- [40] Lastovkova A., Carder M., Rasmussen H. M., Sjoberg L., de Groene G. J., Sauni R., Vevoda G., Vevodova S., Lasfargues G., Svartengren M., Varga M., Colossio C. & Pelclova D. (2018). Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Industrial health*, 56(2), 160-165.
- [41] Σαρίδη, Μ., Καρρά, Α., & Σουλώτης, Κ. (2016). Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 33(1):73-83.
- [42] Burke, R. J., Shearer, J., & Deszca, G. (1984). Burnout among men and women in police work: An examination of the Cherniss model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 162-188.
- [43] Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C.P., Sloan, J. & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172(18), 1377-1385.
- [44] Αντωνίου, Σ., & Δρίβας, Σ. (2002). Πηγές εργασιακού στρες. *Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Αθήνα*.
- [45] Vachon, M. L. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, and the bereaved*. New York: Hemisphere Publishing Corp.
- [46] Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of applied psychology*, 93(3), 498.
- [47] Stalker, C., & Harvey, C. (2002). Professional Burnout in Social Service Organizations: A Review of Theory, Research and Prevention. Waterloo, Ontario, Canada: Wilfrid Laurier University, Partnerships for Children and Families Project.
- [48] Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*.
- [49] Cartwright, S., & Cooper, C. L. (Eds.). (2009). *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford: Oxford University Press.
- [50] Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of organizational behavior*, 9(4), 297-308.
- [51] Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach.
- [52] Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of organizational behavior*, 21(4), 425-441.
- [53] Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of occupational health psychology*, 10(2), 170.
- [54] Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor and Francis.
- [55] Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PloS one*, 11(7), e0159015.
- [56] Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in nursing & health*, 33(4), 288-298.

- [57] Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout research*, 1(2), 82-89.
- [58] Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. D. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS one*, 12(10), e0185781.
- [59] Campbell, D., Buchan, P., & Guerra Arias, M. L. (2013). A universal truth: no health without a workforce. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva. *Global Health Workforce Alliance and World Health Organization*.
- [60] He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. R. (2016). An aging world: 2015. Washington, DC: *U.S. Government Publishing Office*.
- [61] West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of internal medicine*, 283(6), 516-529.
- [62] West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272-2281.
- [63] Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V. E., Melidoniotis, E., & Mechili, E. A. (2018). Distress and burnout in young medical researchers before and during the Greek austerity measures: forerunner of a greater crisis?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(7), 727-735.
- [64] Chatzea, V. E., Sifaki-Pistolla, D., Vlachaki, S. A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G. (2018). PTSD, burnout and well-being among rescue workers: Seeking to understand the impact of the European refugee crisis on rescuers. *Psychiatry research*, 262, 446-451.
- [65] Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V. E., Vlachaki, S. A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G. (2017). Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue workers operating in Greece during the European refugee crisis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(1), 45-54.
- [66] Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Jama*, 323(15), 1439-1440.
- [67] Choi, K. R., Skrine Jeffers, K., & Cynthia Logsdon, M. (2020). Nursing and the novel coronavirus: Risks and responsibilities in a global outbreak. *Journal of Advanced Nursing*.
- [68] Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14.
- [69] Rimmer, A. (2020). Covid-19: give NHS staff rest spaces and free parking not thank yous, says doctor.
- [70] Raudenská, J., Steinerová, V., Javůrková, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Varrassi, G. (2020). Occupational burnout syndrome and posttraumatic stress among healthcare professionals during the novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*.
- [71] Association, A. P. (1994). American Psychiatric Association's Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).
- [72] Boyraz, G., & Legros, D. N. (2020). Coronavirus Disease (COVID-19) and Traumatic Stress: Probable Risk Factors and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Loss and Trauma*, 1-20.



- [73] de Paiva, L. C., Canário, A. C. G., de Paiva China, E. L. C., & Gonçalves, A. K. (2017). Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*, 72(5), 305-309.
- [74] Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.
- [75] Lee, S. A., Jobe, M. C., & Mathis, A. A. (2020). Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological Medicine*, 1-2.
- [76] Restauri, N., & SheridanMD, A. D. (2020). Burnout and PTSD in the COVID-19 Pandemic: Intersection, Impact and Interventions. *Journal of the American College of Radiology*.
- [77] Ornell, F., Halpern, S. C., Kessler, F. H. P., & Narvaez, J. C. D. M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00063520.
- [78] Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
- [79] Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Stressors and Resources for Healthcare Professionals During the Covid-19 Pandemic: Lesson Learned From Italy. *Frontiers in Psychology*, 11.
- [80] Harrison, K. L., Dzung, E., Ritchie, C. S., Shanafelt, T. D., Kamal, A. H., Bull, J. H., ... & Swetz, K. M. (2017). Addressing palliative care clinician burnout in organizations: a workforce necessity, an ethical imperative. *Journal of pain and symptom management*, 53(6), 1091-1096.
- [81] Rizo-Baeza, M., Mendiola-Infante, S. V., Sepehri, A., Palazón-Bru, A., Gil-Guillén, V. F., & Cortés-Castell, E. (2018). Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 19-25.
- [82] Tomos, I., Kostikas, K., Hillas, G., Bakakos, P., & Loukides, S. (2020). Primary care and COVID-19: cutting the Gordian knot—the Greek experience and algorithm.
- [83] Levene, L. S., Seidu, S., Greenhalgh, T., & Khunti, K. (2020). Pandemic threatens primary care for long term conditions.
- [84] Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., Fang, Y., & Li, Y. (2020). The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals. *Neuroscience bulletin*, 1-4.
- [85] Malta, M., Rimoin, A. W., & Strathdee, S. A. (2020). The coronavirus 2019-nCoV epidemic: Is hindsight 20/20?. *EClinicalMedicine*, 20.
- [86] Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive psychiatry*, 87, 123-127.
- [87] Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά θέματα*, 5(3), 183-202.
- [88] Restauri, N., & Sheridan, A. D. (2020). Burnout and posttraumatic stress disorder in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: intersection, impact, and interventions. *Journal of the American College of Radiology*, 17(7), 921-926.
- [89] de la Cruz, S. P., Cruz, J. C., Cabrera, J. H., & Abellán, M. V. (2019). Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27.

- [90] Wang, J., Xie, F., Yin, D., Shi, Y., Zhang, M., Yin, H., ... & Sun, T. (2020). A cross-sectional study of job burnout, psychological attachment, and the career calling of Chinese doctors. *BMC health services research*, 20(1), 1-11.
- [91] Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., ... & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC public health*, 20(1), 1-10.
- [92] Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.
- [93] Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., ... & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424.
- [94] Weilenmann, S., Ernst, J., Petry, H., Szapinar, O., Pfaltz, M. C., Gehrke, S., ... & Spiller, T. R. (2020). Health Care Workers Mental Health During the First Weeks of the SARS-CoV-2 Pandemic in Switzerland: A Cross-Sectional Study. *medRxiv*.
- [95] Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S., & Vinogradov, S. (2020). Battle buddies: rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Anesthesia and analgesia*.
- [96] Senni, M. (2020). COVID-19 experience in Bergamo, Italy.
- [97] Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241-247.
- [98] Chirico, F., Nucera, G., & Magnavita, N. (2020). Protecting the mental health of healthcare workers during the COVID-19 emergency. *BJPsych International*, 1-2.
- [99] World Health Organization. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020* (No. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1). World Health Organization.
- [100] Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & health*, 16(5), 501-510.
- [101] Maroco, J., Maroco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29, 24-30.
- [102] Chirico, F., & Nucera, G. (2020). Tribute to healthcare operators threatened by COVID-19 pandemic. *J Health Soc Sci*, 5(2), 165-168.
- [103] Okwaraji, F. E., & En, A. (2014). Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *African health sciences*, 14(1), 237-245.
- [104] Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 10, 284.
- [105] Naczenski, L. M., de Vries, J. D., van Hooff, M. L., & Kompier, M. A. (2017). Systematic review of the association between physical activity and burnout. *Journal of occupational health*, 59(6), 477-494.
- [106] Geurts, S. A., & Sonnentag, S. (2006). Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 482-492.
- [107] Sonnentag, S. (2012). Psychological detachment from work during leisure time: The benefits of mentally disengaging from work. *Current Directions in Psychological Science*, 21(2), 114-118.

- [108] Craft, L. L. (2005). Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychology of sport and exercise*, 6(2), 151-171.
- [109] Joseph, R. P., Royse, K. E., Benitez, T. J., & Pekmezi, D. W. (2014). Physical activity and quality of life among university students: exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. *Quality of life research*, 23(2), 659-667.
- [110] Feuerhahn, N., Sonnentag, S., & Woll, A. (2014). Exercise after work, psychological mediators, and affect: A day-level study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(1), 62-79.
- [111] Rook, J. W., & Zijlstra, F. R. (2006). The contribution of various types of activities to recovery. *European journal of work and organizational psychology*, 15(2), 218-240.
- [112] Klaperski, S., von Dawans, B., Heinrichs, M., & Fuchs, R. (2014). Effects of a 12-week endurance training program on the physiological response to psychosocial stress in men: a randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 37(6), 1118-1133.
- [113] Schuch, F. B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of psychiatric research*, 77, 42-51.
- [114] Banks, E., Joshy, G., Korda, R. J., Stavreski, B., Soga, K., Egger, S., ... & Lopez, A. D. (2019). Tobacco smoking and risk of 36 cardiovascular disease subtypes: fatal and non-fatal outcomes in a large prospective Australian study. *BMC medicine*, 17(1), 1-18.
- [115] Gao, K., Shi, X., & Wang, W. (2017). The life-course impact of smoking on hypertension, myocardial infarction and respiratory diseases. *Scientific reports*, 7(1), 1-7.
- [116] Münzel, T., & Daiber, A. (2018). Environmental stressors and their impact on health and disease with focus on oxidative stress. *Antioxidants & redox signaling*, 28(9), 735-740.
- [117] Fernandes, L. S., Nitsche, M. J. T., & Godoy, I. D. (2018). Association between burnout syndrome, harmful use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. *Ciencia & saude coletiva*, 23, 203-214.
- [118] Wańkiewicz, P., Szylińska, A., & Rotter, I. (2020). Assessment of mental health factors among health professionals depending on their contact with COVID-19 patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5849.
- [119] Lin, Y. L., Chen, C. H., Chu, W. M., Hu, S. Y., Liou, Y. S., Yang, Y. C., & Tsan, Y. T. (2019). Modifiable risk factors related to burnout levels in the medical workplace in Taiwan: cross-sectional study. *BMJ open*, 9(11), e032779.
- [120] Du, J., Dong, L., Wang, T., Yuan, C., Fu, R., Zhang, L., ... & Li, X. (2020). Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *General hospital psychiatry*.
- [121] Chirico, F., & Magnavita, N. (2020). The crucial role of occupational health surveillance for health-care workers during the COVID-19 pandemic.

Παραρτήματα

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο

	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ UNIVERSITY OF CRETE	ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ FACULTY OF MEDICINE	
Τ.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Τel.: +30 2810 394600 <small>Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής: +30 2810 394621 Clinic of Social and Family Medicine: +30 2810 394621</small>		P.O. Box 2208, Heraklion, Crete, Greece DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE Fax: 2810 394605	

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου: ___/___/___
 Όνομα Συνεντευκτή: _____
 Κωδικός συνεντευξιαζόμενου: _____

Σε κάθε μια από τις παρακάτω κατηγορίες, σημειώστε ένα «X» στο κουτάκι που σας αντιπροσωπεύει.

1. Φύλο:

Άνδρας
 Γυναίκα

2. Ηλικία (Σημειώστε στο πλαίσιο τον αριθμό):

3.1. Ειδικότητα: _____

3.2. Έτη προϋπηρεσίας στην Π.Φ.Υ. _____

4.1. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος
 Έγγαμος
 Διαζευγμένος
 Χήρος

4.2. Αριθμός μελών οικογένειας: _____

4.3. Αριθμός τέκνων: _____

5. Εκπαίδευση:

Καμία
 Βασική
 Μέση
 Ανώτατη

6. Μέσο ετήσιο εισόδημα:

0€
 500-3000€
 3.000€ έως 6.000€
 6.000 έως 9.000€
 9.000 έως 12.000€
 12.000 και άνω

7.1. Κάπνισμα:

- Μη καπνιστής
 Πρόην καπνιστής
 Καπνιστής

7.2. Συχνότητα καπνίσματος (Αριθμός Πακέτων ανά ημέρα): ____ Έτη καπνίσματος: ____

8.1. Κατανάλωση αλκοόλ:

- Δεν καταναλώνει αλκοόλ
 Καταναλώνει αλκοόλ
 Πρόην καταναλωτής αλκοόλ

8.2. Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ (Αριθμός ποτηριών ανά εβδομάδα) _____

9. Συχνότητα σωματικής άσκησης (ώρες ανά ημέρα): _____

10. Πόσο συχνά συναναστρέφεστε με φίλους/γνωστούς/άλλο κόσμο (ημέρες ανά εβδομάδα); _____

11.1. Έχετε δυσκολία να αποκοιμηθείτε;

- | | |
|------------------------------|--|
| Ναι <input type="checkbox"/> | Δεν γνωρίζω/θυμάμαι <input type="checkbox"/> |
| Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν απαντώ <input type="checkbox"/> |

11.2. Έχετε συνεχή ύπνο κατά την διάρκεια της νύχτας;

- | | |
|------------------------------|--|
| Ναι <input type="checkbox"/> | Δεν γνωρίζω/θυμάμαι <input type="checkbox"/> |
| Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν απαντώ <input type="checkbox"/> |

11.3. Το πρωί ξυπνάτε νωρίτερα από ότι θα επιθυμούσατε;

- | | |
|------------------------------|--|
| Ναι <input type="checkbox"/> | Δεν γνωρίζω/θυμάμαι <input type="checkbox"/> |
| Όχι <input type="checkbox"/> | Δεν απαντώ <input type="checkbox"/> |

12.1. Χρόνια νοσήματα

- 0
 1
 2
 3+

12.2. Συμπληρώστε το/τα είδη των χρόνιων νοσημάτων

13. Θεωρείτε ότι σας επηρέασε ψυχολογικά η περίοδος της καραντίνας και των μέτρων της πανδημίας; _____

Αν ναι, πως; _____

Προσωπικό επίπεδο

Επαγγελματικό επίπεδο

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας στη μελέτη. Οι πληροφορίες που παρέχεται αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας και σας διαβεβαιώνουμε ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις σας με πλήρη εχεμύθεια.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Κυκλώστε τον αριθμό ο οποίος ανταποκρίνεται στην κατάσταση σας αυτό το διάστημα.

0	1	2	3	4	5	6
ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο	Μια φορά το μήνα	Μερικές φορές το μήνα	Μια φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

Γ1	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ2	Νιώθω άδειος/α στο τέλος μιας εργάσιμης ημέρας	0	1	2	3	4	5	6
Γ3	Νιώθω κουρασμένος όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
Γ4	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	0	1	2	3	4	5	6
Γ5	Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι τους ασθενείς μου απρόσωπα	0	1	2	3	4	5	6
Γ6	Νιώθω ότι είναι πολύ κουραστικό να εργάζομαι με ανθρώπους όλη τη μέρα	0	1	2	3	4	5	6
Γ7	Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ8	Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ9	Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά την ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ10	Έχω γίνει πιο σκληρός/η απέναντι στους ασθενείς από τότε που ξεκίνησα τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ11	Με προβληματίζει το γεγονός ότι αυτή η δουλειά με κάνει σίγα-σίγα πιο σκληρό/η	0	1	2	3	4	5	6
Γ12	Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	0	1	2	3	4	5	6
Γ13	Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ14	Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ15	Στην πραγματικότητα δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ16	Μου δημιουργεί ένταση και στρες το γεγονός ότι η δουλειά μου σχετίζεται άμεσα με ανθρώπους	0	1	2	3	4	5	6
Γ17	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ18	Στο τέλος της ημέρας έχω καλή διάθεση που δούλεψα σε στενή σχέση με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ19	Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή	0	1	2	3	4	5	6
Γ20	Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ21	Αντιμετωπίζω με ηρεμία τα προβλήματα που δημιουργούνται στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
Γ22	Αισθάνομαι ότι οι ασθενείς μου κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν	0	1	2	3	4	5	6

Παράρτημα Β: Άδειες βιοηθικής



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ(Ε.Η.Δ.Ε)

ΑΠΟΦΑΣΗ

**ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (Ε.Η.Δ.Ε.)
ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ**

ΓΙΑ

**ΕΓΚΡΙΣΗ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματιών Π.Φ.Υ. εν καιρώ πανδημίας. Αποτίμηση στάσεων και απόψεων επαγγελματιών (Μεταπτυχιακή Εργασία Αικατερίνης Παπαδάκη).			
Επιστημονικός Υπεύθυνος της μελέτης			
Ιωάννα Τσιλιγιάννη, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης			
Είδος προτεινομένης μελέτης			
Συγχρονική μελέτη μεικτής μεθοδολογίας (συσχετιστική μελέτη με χρήση ερωτηματολογίου και μελέτη ομάδων εστιασμένης συζήτησης)			
Αριθμός Πρωτοκόλλου Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)			
183/08.10.2020			
Αριθμός& Ημερομηνία Απόφασης Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)			
183/16.10.2020			
Απόφαση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)			
Εγκρίνεται			
Μέλη της Επιτροπής			
Σταυρούλα Τσινόρεμα, Πρόεδρος, Τακτικό Μέλος			
Σπύρος Αναστασιάδης, Αντιπρόεδρος, Τακτικό Μέλος			
Βασιλική Πετούση, Τακτικό Μέλος			
Ιωάννης Δαλέζιος, Τακτικό Μέλος			
Σοφία Αγγελάκη, Τακτικό Μέλος			
Παναγιώτης Βιδάλης, Τακτικό Εξωτερικό Μέλος			
Ρωζάννη Φράγκου, Τακτικό Εξωτερικό Μέλος			
Σχόλια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) με βάση τα οποία λήφθηκε η απόφαση για την αίτηση που υποβλήθηκε			
Μελετώντας το ερευνητικό πρωτόκολλο και όλα τα σχετικά δικαιολογητικά/πρόσθετες εγκρίσεις, όπως κατατέθηκαν στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) και λαμβάνοντας υπόψη τους σκοπούς και τα αναμενόμενα οφέλη, τη μεθοδολογία της έρευνας, την απουσία ταπεινών κινήτρων συμμετοχής, την έλλειψη σύγκρουσης συμφερόντων από τους ερευνητές και την έλλειψη πιθανών κινδύνων για τα υποκείμενα της έρευνας,			
η Ε.Η.Δ.Ε.			
αποφασίζει ομόφωνα, σύμφωνα με τον Ν. 4521/2018 άρθρα 21-27, σχετικά με την υποβληθείσα αίτηση με αρ. πρωτ. 183/08.10.2020, ότι εγκρίνει την εκτέλεση του εν λόγω ερευνητικού έργου, καθώς προκύπτει ότι πληρούνται οι εκ του άμεσα εφαρμοστέου δικαίου και ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας όροι και προϋποθέσεις.			
Η παρούσα απόφαση της Ε.Η.Δ.Ε. σε καμία περίπτωση ΔΕΝ υποκαθιστά την απαιτούμενη από άλλη αρμόδια δημόσια υπηρεσία, διοικητικό όργανο ή ανεξάρτητη διοικητική Αρχή, έγκριση ή αδειοδότηση του παρόντος ερευνητικού έργου/ μελέτης που δύναται επιπλέον να απαιτείται εκ του νόμου.			
Ημερομηνία έκδοσης απόφασης			
Έτος: 2020		Μήνας: Οκτώβριος	Ημέρα: Δέκατη Έκτη (16 ^η) Παρασκευή
Υπογράφει η Πρόεδρος της Επιτροπής			
Θέση	Όνομα	Επώνυμο	Υπογραφή
Καθηγήτρια	Σταυρούλα	Τσινόρεμα	

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Efthymios
Aravriadis

Επίσημο έγγραφο Πανεπιστημίου Κρήτης
Πρωτόκολλο Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας
Αριθμός Πρωτοκόλλου: 183/08.10.2020
Ημερομηνία Έγκρισης: 16/10/2020

2/2

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

02.12.2020 08:01:57
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦ
ΦΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΠΟ
ΜΑΡΙΑ
ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ

Ηράκλειο, 01/12/2020

Α. Π.: 55687

Απάντηση στο έγγραφο: 48247



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

ΠΡΟΣ: κα Παπαδάκη Αικατερίνη,
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια της
Ιατρικής Σχολής του Π.Κ.

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Αγαπίου Δημήτριο, Υποδιοικήτη της
7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης
- 2) Υπεύθυνοι Συντονιστές/τριες των ΤΟΜΥ
Ηρακλείου (1^η, 2^η, 3^η, 4^η, 5^η)

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στις ΤΟ.Μ.Υ. Ηρακλείου, στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1.Την με αρ. πρωτ. 48247/19-10-2020 αίτηση της κας Παπαδάκη Αικατερίνης για διεξαγωγή έρευνας στις ΤΟ.Μ.Υ Ηρακλείου (1^η, 2^η, 3^η, 4^η, 5^η).

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη την ανωτέρω σχετική αίτηση με τα συνημμένα έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στις ΤΟ.Μ.Υ. Ηρακλείου, και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους Επαγγελματίες Υγείας Π.Φ.Υ, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας στο Π.Μ.Σ. «Δημόσια Υγεία – ΠΦΥ- Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, από την κα Παπαδάκη Αικατερίνη, με θέμα: «Επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματιών Π.Φ.Υ. εν καιρώ πανδημίας. Αποτίμηση στάσεων και απόψεων επαγγελματιών», με επιβλέπουσα την Επίκουρη Καθηγήτρια κα Τσιλιγιάννη Ιωάννα.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- α) της ανώνυμης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου εφόσον έχουν ενημερωθεί και συναινέσουν εγγράφως οι συμμετέχοντες
- β) της δέσμευσης ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στην ερευνήτρια ή στην επιβλέπουσα καθηγήτρια, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
- γ) της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης των Μονάδων Υγείας.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
7^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ
ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

Παράρτημα Γ: Έντυπο ενήμερης συναίνεσης

Έντυπο πληροφόρησης συμμετεχόντων

Τίτλος:	Επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματιών Π.Φ.Υ. εν καιρώ πανδημίας. Αποτίμηση στάσεων και απόψεων επαγγελματιών.
Ερευνητές:	Παπαδάκη Αικατερίνη , τμήμα ΜΤΠ Δημόσια Υγεία - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Υπηρεσίες Υγείας, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια
Επιβλέπων:	Τσιλιγιάννη Ιωάννα Επίκουρος Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης Σηφάκη-Πιστόλλα Δήμητρα MPH, PhD, Επιδημιολόγος, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης Αναστασίου Φωτεινή Γενική Ιατρός, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Συντονίστρια 4 ^{ης} Το.Μ.Υ - Ακαδημαϊκής Μονάδας Ηρακλείου, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης, Μέλος της Διοικούσας επιτροπής της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τη Γαστρεντερολογία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα (www.espcg.eu)

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε σε μία έρευνα που διεξάγεται από την **Παπαδάκη Αικατερίνη**, τμήμα ΜΤΠ Δημόσια Υγεία - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Υπηρεσίες Υγείας, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Το έντυπο που κρατάτε στα χέρια σας θα σας δώσει πληροφορίες για την έρευνα προκειμένου να μπορέσετε ενημερωμένα να αποφασίσετε για το αν θα συμμετέχετε ή όχι σε αυτή την έρευνα.

1. Ποιος είναι ο σκοπός της έρευνας;

Η παρούσα μελέτη θα διεξαχθεί στο Νομό Ηρακλείου κατά την χειμερινή περίοδο του 2020-2021, εν μέσω πανδημίας και εν καιρώ αναμονής του δεύτερου «κύματος» έξαρσης του ιού. Θα διεξαχθεί σε δύο μέρη:

- Σκοπός του «Μέρους Α» είναι να διερευνηθεί κατά πόσο οι επαγγελματίες των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. έχουν επηρεαστεί την περίοδο αυτή σε επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης και ποια η διαφοροποίηση της επίδρασης στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, προσωπικά επιτεύγματα), ανάλογα με το δημογραφικό και ιατρικό προφίλ του εκάστοτε επαγγελματία υγείας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Το δείγμα της μελέτης σε αυτό το στάδιο θα είναι το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στις δομές αυτές και οι οποίοι θα αποδεχτούν να συμμετάσχουν στη μελέτη.
- Σκοπός του «Μέρους Β» είναι η ποιοτική αποτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης από την πλευρά των επαγγελματιών στην Π.Φ.Υ., μέσω της

σκιαγράφησης της φωνής τους, των αναγκών, των προβλημάτων και εμποδίων που αντιμετωπίζουν, του τρόπου και του βαθμού που θεωρούν οι ίδιοι ότι έχουν επηρεαστεί, των σχετιζόμενων αιτιών αλλά και προτάσεων που θεωρούν ότι θα βοηθούσαν ή θα βελτίωναν τις συνθήκες εργασίας τους εν καιρώ πανδημίας και κατ' επέκταση τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Για τις ανάγκες του μέρους αυτού, θα διεξαχθούν δύο ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups) των 5-6 ατόμων η κάθε μια. Οι ομάδες θα είναι μεικτές με διάφορες ειδικότητες επαγγελματικών Π.Φ.Υ., με έμφαση σε όσους εργάστηκαν στην «πρώτη γραμμή» κατά την περίοδο της πανδημίας και της καραντίνας που προηγήθηκε.

2. Ποιος συμμετέχει στην έρευνα; Γιατί έχω προσκληθεί;

Στην έρευνα αυτή προβλέπεται να συμμετέχουν οι ιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας των δομών Π.Φ.Υ. και συγκεκριμένα των Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ του Ηρακλείου – 1^η, 2^η, 3^η, 4^η, 5^η, Το.Μ.Υ.) και των Μονάδων Βοήθεια στο Σπίτι.

3. Με ποιο τρόπο θα συμμετέχω στην έρευνα; Τι θα μου ζητηθεί να κάνω;

Αν συμφωνήσετε να λάβετε μέρος σε αυτή την έρευνα θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο θα αποτελείται από ένα φύλο με ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων και των χαρακτηριστικών της εργασίας σας (πχ. φύλο, ηλικία, ειδικότητα κ.α.), σε συνδυασμό με το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο (ελληνική έκδοση) επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach, το Maslach Burnout Inventory (M.B.I.). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ξεχωριστές προτάσεις οι οποίες μετρούν τις τρεις διαστάσεις που έχει ορίσει η Maslach. Την Συναισθηματική Εξάντληση (9 προτάσεις - 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 και 20), τα προσωπικά επιτεύγματα: (8 προτάσεις - 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 και 21) και την αποπροσωποποίηση (5 προτάσεις - 5, 10, 11, 15 και 22). Οι απαντήσεις δίνονται από τον ερωτώμενο με βάση μια επταβάθμια κλίμακα που αποτυπώνει τη συχνότητα με την οποία ο ερωτώμενος βιώνει την εκάστοτε κατάσταση ως εξής: ποτέ (0), μερικές φορές το χρόνο (1), μια φορά το μήνα (2), μερικές φορές το μήνα (3), μια φορά τη βδομάδα (4), μερικές φορές την εβδομάδα (5) και κάθε μέρα (6). Μπορείτε να παραλείψετε οποιαδήποτε ερώτηση δεν νιώθετε άνετα να απαντήσετε.

Η έρευνα περιλαμβάνει επίσης ποιοτική αποτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης από την πλευρά των επαγγελματιών στην Π.Φ.Υ. (όπως περιγράφεται αναλυτικά παραπάνω), μέσω της σκιαγράφησης της φωνής τους, των αναγκών, των προβλημάτων και εμποδίων που αντιμετωπίζουν, του τρόπου και του βαθμού που θεωρούν οι ίδιοι ότι έχουν επηρεαστεί, των σχετιζόμενων αιτιών αλλά και προτάσεων που θεωρούν ότι θα βοηθούσαν ή θα βελτίωναν τις συνθήκες εργασίας τους εν καιρώ πανδημίας και κατ' επέκταση τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Για τις ανάγκες του μέρους αυτού, θα διεξαχθούν δύο ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups) των 5-6 ατόμων η κάθε μια. Οι ομάδες θα είναι μεικτές με διάφορες ειδικότητες επαγγελματικών Π.Φ.Υ., με έμφαση σε όσους εργάστηκαν στην «πρώτη γραμμή» κατά την περίοδο της πανδημίας και της καραντίνας που προηγήθηκε.

4. Ποιος ωφελείται από την έρευνα; Έχω κάποιο όφελος από τη συμμετοχή μου στην έρευνα;

Δεν υπάρχουν κάποια άμεσα οφέλη για σας από τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή. Ωστόσο, η συμβολή σας στη μελέτη είναι σημαντική γιατί ελπίζουμε ότι θα μπορέσουμε να αναδείξουμε την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση των ιατρών και επαγγελματιών Π.Φ.Υ. κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσιμης περιόδου. Η παρούσα εργασία έρχεται να αποτυπώσει για πρώτη φορά το μέγεθος του προβλήματος αλλά και να μεταφέρει τη φωνή σας, μέσω της αποτίμησης των γνώμων, των αναγκών και των απόψεών σας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναμένεται να αναδείξουν τα προβλήματα που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, τον τρόπο λειτουργίας γενικότερα στο χώρο της υγείας, αλλά και στοιχεία που απαιτούνται για τη βελτίωση της εργασίας και την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής φροντίδας.

5. Υπάρχουν κίνδυνοι (ή κόστος/επιβάρυνση) από τη συμμετοχή μου στην έρευνα;

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιο κόστος ή κίνδυνο για σας, εκτός ίσως από το χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμμετοχή σας σε αυτή. Θα συλλεχθεί έγγραφη δήλωση συναίνεσης από όλους τους συμμετέχοντες προκειμένου να διασφαλίσουμε κατά το δυνατόν την τήρηση της εμπιστευτικότητας εκ μέρους όλων, και σας καλούμε να δεσμευτείτε: α) ότι δεν θα αποκαλύψετε πληροφορίες που ήρθαν σε γνώση σας στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας β) ακόμη κι αν κοινοποιήσετε ή χρησιμοποιήσετε πληροφορίες που ήρθαν σε γνώση σας στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας δεν θα αναφέρετε ούτε το όνομα ούτε άλλα στοιχεία της ταυτότητας των άλλων προσώπων που συμμετείχαν στην έρευνα και γ) δεν θα αναφέρετε ότι λάβατε αυτές τις πληροφορίες κατά τη συμμετοχή σας στην εν λόγω έρευνα.

6. Υποχρεούμαι να συμμετάσχω;

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία. Αν όμως δεχτείτε να συμμετάσχετε σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά το έντυπο που έχετε στα χέρια σας, να το κρατήσετε και να υπογράψετε το έντυπο συναίνεσης.

Ακόμη και αφού δεχτείτε να συμμετάσχετε μπορείτε να αλλάξετε γνώμη ανά πάσα στιγμή και να αποχωρήσετε από την έρευνα χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία και χωρίς καμία συνέπεια για σας. Σε αυτή την περίπτωση μπορείτε να ζητήσετε να διαγραφούν τα δεδομένα και οι πληροφορίες που έχουμε συλλέξει για εσάς. Το αίτημά σας για διαγραφή των πληροφοριών που μας δώσατε μπορεί να ικανοποιηθεί μέχρι το τέλος της συλλογής των δεδομένων.

Στην περίπτωση που επιθυμείτε να διαγραφούν τα προσωπικά σας δεδομένα ή οι πληροφορίες που μας δώσατε μπορείτε να επικοινωνήσετε με την Παπαδάκη Αικατερίνη στο email : kat66pap@gmail.com

7. Πως θα διαφυλαχθεί η ιδιωτικότητά μου;

Για τις ανάγκες της μελέτης θα ακολουθηθούν όλοι οι κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων, ενώ τα δεδομένα θα διαγραφούν 3 μήνες μετά τη λήξη της μελέτης. Στο μεταξύ διάστημα θα φυλάσσονται σε προστατευμένο γραφείο και υπολογιστή της Ιατρικής Σχολής, με κλειδιά ασφαλείας και χρήση κωδικών πρόσβασης.

Τα μέλη της ερευνητικής ομάδας δεσμεύονται ότι θα τηρήσουν την εμπιστευτικότητα όλων των πληροφοριών που θα μας δώσετε. Αν και θα ζητήσουμε από τους συμμετέχοντες στην ομαδική συνέντευξη, focus groups κ.λπ. να μην αποκαλύψουν πληροφορίες που θα έρθουν σε γνώση τους στο πλαίσιο της έρευνας, δεν μπορούμε να εγγυηθούμε την τήρηση της εμπιστευτικότητας από όλους. Προκειμένου όμως να διασφαλίσουμε κατά το δυνατόν την τήρηση της εμπιστευτικότητας εκ μέρους όλων σας καλούμε να δεσμευτείτε: α) ότι δε θα αποκαλύψετε πληροφορίες που ήρθαν σε γνώση σας στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας β) ακόμη κι αν κοινοποιήσετε ή χρησιμοποιήσετε πληροφορίες που ήρθαν σε γνώση σας στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας, δε θα αναφέρετε ούτε το όνομα ούτε άλλα στοιχεία της ταυτότητας των άλλων προσώπων που συμμετείχαν στην έρευνα και γ) δε θα αναφέρετε ότι λάβατε αυτές τις πληροφορίες κατά τη συμμετοχή σας στην εν λόγω έρευνα.

Θα συγκεντρώσουμε τα παρακάτω δεδομένα που αφορούν στο πρόσωπό σας: φύλο, ηλικία, ειδικότητα κ.α.

Θα συλλέξουμε τις πληροφορίες που θα μας δώσετε με τη χρήση ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων και θα τις καταγράψουμε σε ψηφιακά αρχεία. Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα επεξεργαστούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας σε τρίτους. Επίσης, η ταυτότητά σας δεν θα αποκαλυφθεί σε πιθανές δημοσιεύσεις, παρουσιάσεις ή επιστημονικές αναφορές που θα προκύψουν από τη συγκεκριμένη μελέτη. Αποτελέσματα αυτής της έρευνας δύναται να χρησιμοποιηθούν σε επιστημονικές δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις σε συνέδρια. Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σε συνοπτική μορφή και το όνομα ή η ταυτότητά σας δεν θα μπορούν να προσδιοριστούν σε καμία δημοσίευση ή συνεδριακή ανακοίνωση.

8. Ποιος χρηματοδοτεί την έρευνα;

Η έρευνα αυτή δε λαμβάνει χρηματοδότηση από κανένα φορέα και θα διεξαχθεί με ιδίους πόρους.

9. Ποιος έχει εγκρίνει αυτή την έρευνα;

Η έρευνα έχει λάβει έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης με αρ.

10. Με ποιον μπορώ να επικοινωνήσω για περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα;

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε με την Παπαδάκη Αικατερίνη στο email : kat66pap@gmail.com

11. Που μπορώ να υποβάλω παράπονα ή καταγγελίες;

Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να προσφύγετε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης: ehde@uoc.gr

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθύνεστε στην Υπεύθυνη Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Κρήτης (dpo@uoc.gr) και σε κάθε περίπτωση στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (complaints@dpa.gr)

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Τίτλος:	Επαγγελματική εξουθένωση, επαγγελματιών Π.Φ.Υ. εν καιρώ πανδημίας. Αποτίμηση στάσεων και απόψεων επαγγελματιών.
Ερευνητής/ες:	Παπαδάκη Αικατερίνη , τμήμα ΜΤΠ Δημόσια Υγεία - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Υπηρεσίες Υγείας, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Τσιλιγιάννη Ιωάννα Επίκουρος Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης Σηφάκη-Πιστόλλα Δήμητρα MPH, PhD, Επιδημιολόγος, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης Αναστασίου Φωτεινή Γενική Ιατρός, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Συντονίστρια 4ης Τ.ΟΜ.Υ - Ακαδημαϊκής Μονάδας Ηρακλείου, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης, Μέλος της Διοικούσας επιτροπής της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τη Γαστρεντερολογία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα (www.espcg.eu)

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε συναίνεση.

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου Πληροφόρησης **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή τη συζήτηση **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια. **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν. **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

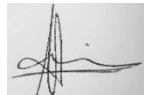
Κατανοώ ότι μπορώ να ζητήσω να καταστραφούν οι πληροφορίες που έδωσα στο πλαίσιο της έρευνας μέχρι το τέλος της συλλογής των δεδομένων **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Γνωρίζω με ποιόν μπορώ να επικοινωνήσω αν επιθυμώ **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα

Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για παράπονα ή καταγγελίες **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για να ασκήσω τα δικαιώματά μου **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος:	
Υπογραφή	Ημερομηνία
Όνοματεπώνυμο ερευνητή:	Παπαδάκη Αικατερίνη
Υπογραφή 	Ημερομηνία