

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΓΚΑΝΕΣΙΑΝ ΓΚΕΒΟΡΚ

Α.Μ: ΜΗΜ20012

Επιβλέπων καθηγητής: Δημήτριος Μιχαήλ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2022

Ευχαριστίες

Η πραγματοποίηση της διπλωματικής μου εργασίας αυτής ήταν ένα έργο ιδιαίτερα δύσκολο, για το οποίο απαιτήθηκε αρκετός χρόνος. Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Δημήτριο Μιχαήλ, καθηγητή του τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, για την καθοδήγηση και τις συμβουλές του καθόλη τη διάρκεια της εργασίας αυτής. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους γονείς μου Ασώτ-Ναρινέ, καθώς και τη σύζυγο μου Αριάδνη για την υπομονή, την στήριξη και την εμπύχωση τους σε όλο το διάστημα των μεταπτυχιακών σπουδών μου.

Λέξεις - κλειδιά: *Εργασιακό άγχος, στρες, γιόγκα, ενσυνειδητότητα, ευαισθησία, συναισθηματισμός, άγχος, ψυχική υγεία, επαγγελματίες υγείας, εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, επιδράσεις του στρες στη ψυχική υγεία, καλές πρακτικές μείωσης του άγχους, κλινική δοκιμή*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Λέξεις κλειδιά.....	3
Περιεχόμενα.....	4
Περίληψη.....	6
Abstract - Keywords.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο Το άγχος και το στρες.....	8
1.1 Ορισμοί.....	8
1.2 Αίτια του στρες.....	9
1.3 Συμπτώματα κι εκδήλωση του στρες	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο Εργασιακό άγχος.....	12
2.1 Ορισμός.....	12
2.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις του εργασιακού άγχους.....	13
2.3 Παράγοντες που συμβάλλουν στο εργασιακό άγχος.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο Εργασιακό άγχος στις Υπηρεσίες Υγείας.....	15
3.1 Το εργασιακό περιβάλλον γενικότερα.....	15
3.2 Το εργασιακό περιβάλλον στο τομές της Υγείας.....	15
3.3 Οι παράγοντες εργασιακού στρες στους Επαγγελματίες Υγείας.....	17
3.3.1 Δημογραφικά-Ατομικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που υφίστανται τις συνέπειες του εργασιακού στρες.....	18
3.4 Συνέπειες εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας.....	18
3.5 Συναισθηματική νοημοσύνη στους επαγγελματίες υγείας.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο Αξιολόγηση Ανθρωπίνων πόρων	21
4.1 Εισαγωγή.....	21
4.2 Αξιολόγηση Ανθρωπίνων πόρων στις Υπηρεσίες Υγείας.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο Επιπτώσεις άγχους στους Επαγγελματίες Υγείας.....	23
5.1 Σωματικές επιπτώσεις	23
5.2 Επιπτώσεις στη συμπεριφορά και στη επαγγελματική ζωή.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο Επαγγελματική εξουθένωση (burnout).....	26
6.1 Ορισμός burnout.....	26
6.2 Το μοντέλο Maslach.....	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο Καλές πρακτικές κατά του άγχους.....	28
7.1 1η εφαρμογή καλής πρακτικής.....	28
7.1.2 Υλικά και μέθοδοι.....	28
7.1.3 Υπόβαθρο.....	29
7.1.4 Μέθοδοι.....	31
7.1.5 Αποτελέσματα.....	33
7.1.6 Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	37
7.2 2η εφαρμογή καλής πρακτικής μελέτη.....	38
7.2.1 Σχέδιο μελέτης και πληθυσμός.....	38
7.2.2 Διαχείριση της μελέτης.....	39
7.2.3 Παρέμβαση της μελέτης.....	40
7.2.4 Στατιστικές αναλύσεις.....	41
7.2.5 Αποτελέσματα.....	42
7.2.6 Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	44
7.3 3η εφαρμογή καλής πρακτικής.....	47
7.3.1 Εισαγωγή.....	47
7.3.2 Συμμετέχοντες και παρέμβαση μελέτης.....	48
7.3.3 Εργαλεία κι ανάλυσης τους.....	50
7.3.4 SF-12.....	50
7.3.5 Ερωτηματολόγιο περιεχομένου εργασίας.....	51
7.3.6 STAI.....	51
7.3.7 PANAS.....	52
7.4 Στατιστική ανάλυση.....	53
7.5 Αποτελέσματα.....	53
7.5.1 SF-12.....	56
7.5.2 JCQ.....	57
7.5.3 PANAS.....	57
7.5.4 STAI.....	57
7.6 Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	58
7.7 Αδυναμίες μελέτης (study limitations).....	63
Ξένη βιβλιογραφία	64
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	73

Περίληψη

Στην εν λόγω διπλωματική εργασία γίνεται μια προσπάθεια αιτιολόγησης του στρες και του άγχους στα ιατρικά επαγγέλματα, καθώς και μία απόπειρα βελτίωσης, αν όχι θεραπείας τους. Ξεκινώντας, ορίζονται οι δυο αυτές έννοιες, ανατρέχοντας στην ετυμολογία και στην εξέλιξη της σημασιολογίας τους από την αρχαιότητα έως σήμερα. Στην συνέχεια γίνεται μία αναφορά στην σοβαρότητα των δυο αυτών καταστάσεων και στο πως μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ανθρώπων γενικότερα, ανεξάρτητα από τον τομέα της καθημερινότητας στον οποίο αυτές εντοπίζονται. Η προσοχή εστιάζεται ακόμα περισσότερο στον κατεξοχήν στρεσογόνο παράγοντα στην ζωή κάθε ανθρώπου, την εργασία. Δίδεται βαρύτητα στο πως η ίδια η εργασία μπορεί να μην ικανοποιεί τον εκάστοτε εργαζόμενο, να του δημιουργεί ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα, αλλά κι αντίστροφα, πως το άγχος και το στρες μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την επίδοση και την αποτελεσματικότητά του. Βαθμιαία έτσι, η παρούσα εργασία φτάνει στο κυρίως θέμα της κι επικεντρώνεται στα αρνητικά συναισθήματα, που είναι σχεδόν αναπόφευκτο να μη βιώνουν όσοι ασχολούνται με τα ιατρικά επαγγέλματα, λόγω του ρυθμού στον οποίο είναι υποχρεωμένοι να ζουν, της υπέρμετρης ευθύνης που έχουν κληθεί να αναλάβουν και της διαρκούς ανησυχίας ότι μπορούν τόσο να σώσουν μια ανθρώπινη ζωή, όσο και να την καταδικάσουν. Κι όπως με τα περισσότερα επαγγέλματα, έτσι και με αυτό των ιατρών και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας, η σχέση άγχους κι επίδοσης είναι αμφίδρομη, καθώς το ένα επηρεάζει διαρκώς το άλλο. Αφού λοιπόν το επάγγελμα του ιατρού είναι κυριολεκτικά ζωτικής σημασίας και δεν υπάρχουν περιθώρια λαθών που μπορεί να προκαλούνται από το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση, εύλογο είναι στην εργασία αυτή να προταθούν και τρόποι αντιμετώπισής τους. Αντλούνται λοιπόν στοιχεία από έρευνες παρμένες από επιστημονικά περιοδικά. Παρατίθενται τα πειράματα που πραγματοποιήθηκαν, με συμμετέχοντες επιλεγμένους από τον χώρο της υγείας, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, δηλαδή ερωτηματολόγια διαμορφωμένα για την καταμέτρηση των επιπέδων του στρες πριν και μετά την παρέμβαση, όπως επίσης κι οι τεχνικές που επιστρατεύτηκαν κατά την διάρκεια της παρέμβασης αυτής. Αναλύονται τέλος τα συμπεράσματα που εξήχθησαν για το κατά πόσο οι δοκιμαστικές αυτές παρεμβάσεις στέφθηκαν με επιτυχία και κατά πόσο ήταν μακροχρόνιες οι ευεργετικές τους επιδράσεις.

Abstract

In this thesis, an attempt is made to justify stress and anxiety in the medical professions, as well as an attempt to improve, if not cure them. To begin with, these two terms are defined, referring to the etymology and the evolution of their semantics from antiquity to the present day. Then there is a reference to the significance of these two situations and how they can negatively affect the quality of life of people in general, regardless of the area of everyday life in which they are located. Attention is even more focused on the predominantly stressful factor in every person's life, work. Attention is given to the way in which work itself can be unsatisfying for the individual worker, causing a variety of psychological problems, and vice versa, and how stress and anxiety can have a negative impact on performance and effectiveness. Gradually, thus, the present work reaches its main theme and focuses on the negative emotions, which it is almost inevitable that those involved in the medical professions will not experience, due to the pace at which they are obliged to live, the excessive responsibility they have been called upon to undertake and the constant concern that they can so much save a human life, and condemn it. And as with most professions, so with that of doctors and health professionals in general, the relationship between stress and performance is two-way, as one constantly affects the other. Since the medical profession is literally vital and there is no room for mistakes that may be caused by stress and burnout, it is reasonable to propose ways to deal with them in this thesis. Data is therefore drawn from research taken from scientific journals. The experiments carried out with participants selected from the field of health are listed, the tools used, i.e. questionnaires configured to measure stress levels before and after the intervention, as well as the techniques used during this intervention. Finally, the conclusions drawn on whether these pilot interventions were successful and whether their beneficial effects were long-lasting are analyzed.

Keywords

Occupational stress, stress, yoga, mindfulness, sensitivity, emotionality, stress, mental health, healthcare workers, effects of stress on mental health, stress reduction best practices, clinical trial

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Το άγχος και το στρες

1.1 Ορισμοί

Η λέξη άγχος κι η σχεδόν συνώνυμή της, το στρες (stress), έχουν κατακτήσει μια σταθερή θέση στο σύγχρονο λεξιλόγιο. Η λέξη «άγχος» προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα «άγχω» που σημαίνει «σφίγγω το λαιμό». Το Μείζον Ελληνικό Λεξικό των Τεγόπουλου-Φυτράκη (Μανδαλά Μ., 2007) ορίζει το άγχος ως: *" αγωνία, παθολογική ψυχική κατάσταση που κλιμακώνεται από την έντονη δυσφορία ως τον πανικό και της οποίας προηγούνται συνθήκες πραγματικής ή συμβολικής απειλής "* ενώ το Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας (Μπαμπινιώτης Γ., 2005) το περιγράφει ως: *"συγκινησιακή κατάσταση (φόβου, αγωνίας, ανασφάλειας) είτε παροδική και χαμηλής έντασης (οπότε θεωρείται φυσιολογική) είτε επίμονη και μεγάλης έντασης (θεωρείται ως παθολογική). Ο όρος «stress» προέρχεται από τις λατινικές λέξεις strictus (σφικτός ή στενός) και stringere (παθητική μετοχή) που σημαίνει σφίγγω, κάνω κάτι πιο σφικτό. Τον 15ο αιώνα ο όρος χρησιμοποιούνταν για να περιγράψει προβλήματα ή πόνο. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ο όρος απέκτησε ευρύτερο περιεχόμενο και σήμερα αναφέρεται σε μια σειρά ψυχολογικών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την ανθρώπινη υγεία (Τούντας Γ.,2011). Στις αρχές του 1900 ο Walter Cannon ονόμασε κρίσιμο στρες την αντίδραση σ' ένα στρεσογόνο ερέθισμα και προσδιόρισε τη διάσημη αντίδραση μάχης ή φυγής σύμφωνα με την οποία ο ανθρώπινος οργανισμός τίθεται σε κατάσταση ετοιμότητας - συναγερμού και προετοιμάζεται έτσι ώστε να δώσει μάχη ή να τραπεί σε φυγή όταν βρίσκεται σε κίνδυνο (Cannon W.,1932). Το στρες αποτελεί μία από τις συχνότερα αναφερόμενες έννοιες όχι μόνο στη σύγχρονη παθολογία, αλλά και στην ανθρώπινη καθημερινότητα. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι του έχει αποδοθεί ο τίτλος του «σύγχρονου επιδημικού φαινομένου» (Goldstein D. and Korin I.,2007), ενώ μια πληθώρα επιστημών όπως η ιατρική, η ψυχολογία κι η βιολογία, προσπαθούν να αναλύσουν και να κατανοήσουν τους μηχανισμούς δημιουργίας, ανταπόκρισης κι αντιμετώπισής του.*

1.2 Αίτια του στρες

Οι παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση στρες ονομάζονται στρεσογόνοι παράγοντες (stressors) κι ο όρος αναφέρεται σε κάθε εξωτερικό ή εσωτερικό ερέθισμα που εκκλύει την αντίδραση του στρες στον ανθρώπινο οργανισμό. Ταξινομούνται γενικά σε 3 κατηγορίες (Χρηστίδης Δ., 2001):

- 1) Αισθητηριακοί παράγοντες, που αφορούν ένα ξαφνικό ερέθισμα από το περιβάλλον (π.χ. ξαφνικός κρότος) κι αποσβένονται εύκολα
- 2) Σωματικοί παράγοντες, που σχετίζονται με τη φυσική ακεραιότητα, π.χ. τραύμα, εγχείρηση, σωματική ασθένεια
- 3) Γνωσιακοί παράγοντες, που αναφέρονται σε κινδύνους κι απειλές του «Γνωσιακού μηχανισμού» και του «Εγώ»
 - ❖ Σχετίζονται με οποιαδήποτε «παγίδα» κατασκευάζει ο γνωσιακός μηχανισμός και προκαλεί απόκλιση μεταξύ του πραγματικού και φανταστικού εαυτού.
 - ❖ Έχουν έντονη υποκειμενική διάσταση.

Ως προς τη διάρκεια και τον τρόπο δράσης τους οι στρεσοπαράγοντες μπορούν να είναι (Hubbard J. & Workman E., 1998):

- 1) Οξείς, χρονικά περιορισμένοι
- 2) Ακολουθίες από στρεσογόνα ερεθίσματα
- 3) Χρόνιοι διαλείποντες στρεσοπαράγοντες ή
- 4) Χρόνιες στρεσογόνες συνθήκες

Υπάρχει πλούσιο φάσμα παραγόντων που ευνοούν την εμφάνιση στρες σ' ένα άτομο και ο καθηγητής Selye επεσήμανε ότι οποιοσδήποτε παράγοντας απαιτεί τη προσαρμογή, δύναται να χαρακτηριστεί ως στρεσογόνος. Είναι δύσκολη η καταγραφή όλων των αιτιών του στρες αφού μπορεί να προέρχονται από το οικογενειακό, κοινωνικό, επαγγελματικό ή το φυσικό περιβάλλον του ατόμου. Αιτίες που δύναται να προκαλέσουν στρες μπορεί να χαρακτηριστούν κι ένα από τα γεγονότα του κύκλου ζωής ενός ατόμου όπως ο θάνατος, η γέννηση νέου μέλους στην οικογένεια, το εργασιακό περιβάλλον κι η συνταξιοδότηση (Selye H., 1987).

1.3 Συμπτώματα κι εκδήλωση του στρες

Το ψυχολογικό στρες αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πληθώρα νοσημάτων. Πρόκειται για έναν τρόπο αντίδρασης του σημερινού ανθρώπου, ο οποίος νιώθει ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει σ' ένα σύγχρονο τρόπο ζωής, βασικό χαρακτηριστικό του οποίου αποτελούν οι ταχύτατοι ρυθμοί της καθημερινότητας κι οι υπέρμετρες απαιτήσεις.

Ερεθίσματα που από κάποιους εκλαμβάνονται ως στρεσογόνα, για κάποιους άλλους αποτελούν ευχάριστες καταστάσεις καθώς ο καθένας αντιδρά κι αντιμετωπίζει διαφορετικά την στρεσογόνα κατάσταση στην οποία υποβάλλεται. Παρακάτω αποτυπώνονται τα πιο συχνά σημεία και συμπτώματα του στρες (Mental Help, 2008, Herman J. & Cullinan W.,1997).

- Ανεξήγητη εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων
- Μετεωρισμός
- Δυσκοιλιότητα, διάρροια
- Δύσπνοια, βαθύς αναστεναγμός
- Κρίσεις πανικού
- Στηθάγχη, ταχυπαλμία
- Συχνουρία
- Διαταραχές λίμπιντο
- Συχνές κεφαλαλγίες, σφίξιμο της γνάθου
- Τριγμός οδόντων
- Κατάθλιψη, ευερεθιστότητα
- Αυξημένη ή μειωμένη όρεξη
- Αϋπνία, εφιάλτες, ενοχλητικά όνειρα
- Δυσκολίες συγκέντρωσης/προσοχής

- Δυσκολίες αφομοίωσης νέων πληροφοριών
- Αδυναμία ανάκλησης μνήμης, αποδιοργάνωση, σύγχυση
- Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά
- Πόνος στον αυχένα, πόνος στην μέση, μυϊκοί σπασμοί
- Ζάλη, ατονία
- Υπερβολική αμυντικότητα ή καχυποψία
- Προβλήματα επικοινωνίας, υβριστική συμπεριφορά
- Κοινωνική εσωστρέφεια ή απομόνωση
- Υπερβολικός τζόγος ή καταναλωτισμός (Herman J. & Cullinan W.,1997).

Τα συμπτώματα του στρες μπορούν να διαχωριστούν σε τρία επίπεδα, κατηγοριοποιώντας τα σύμφωνα με τον χρόνο εμφάνισης και τη σημαντικότητα στην επίδραση της υγείας του ανθρώπου (Mental Help, 2008, The American Institute of Stress 2008).

- ❖ Το **πρώτο επίπεδο** χαρακτηρίζεται από εκδηλώσεις που σχετίζονται με την συμπεριφορά και το συναίσθημα καθώς είναι απόρροια της αδυναμίας του ατόμου να διαχειριστεί τα στρεσογόνα ερεθίσματα και να επανέλθει στη συνήθη συμπεριφορά του.
- ❖ Στο **δεύτερο επίπεδο** παρατηρούνται πιο εμφανή σωματικά συμπτώματα αλλά μικρής σοβαρότητας, τα οποία όμως δεν πρέπει να παραβλέπονται διότι επηρεάζουν την ποιότητα της καθημερινής ζωής του ατόμου ενώ δεν παύουν να είναι προειδοποιήσεις του οργανισμού.
- ❖ Στο **τρίτο επίπεδο** το στρες μετατρέπεται σε παράγοντα κινδύνου καθώς αναφερόμαστε πλέον σε έμμεση επιδείνωση ασθενειών/διαταραχών μιας και το άτομο πλέον νοσεί. Παρατηρείται η παρουσία της επίδρασης του στρες σε διάφορους βαθμούς σε όλα τα οργανικά συστήματα (Mental Help, 2008, The American Institute of Stress 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Εργασιακό άγχος

2.1 Ορισμός

Ο όρος εργασιακό άγχος μπορεί να οριστεί ως μια ομάδα εξωτερικών επιβλαβών παραγόντων στο εργασιακό περιβάλλον, οι οποίοι μπορεί να είναι ψυχολογικοί, σωματικοί ή κοινωνικοί (Greenberg J. and Baron R., 2007; Arnold H. and Feldman D., 2000).

Σε επίπεδο διεθνούς βιβλιογραφίας το φαινόμενο του εργασιακού άγχους αποδίδεται με τον όρο «occupational stress» (Cobb S. and Rose R., 1973). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ως *εργασιακό άγχος ορίζεται η βλαβερή συναισθηματική και σωματική αντίδραση του ατόμου, η οποία λαμβάνει χώρα όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν ταιριάζουν με το γνωστικό του υπόβαθρο, με τους πόρους, τις ικανότητες και τις δεξιότητές του εργαζομένου* (WHO, 2003).

Στον ορισμό που δίνει ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία αναφέρει πως «ο εργαζόμενος αισθάνεται στρες όταν αντιλαμβάνεται την ύπαρξη μιας ανισορροπίας ανάμεσα στις απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιήσει και τους πόρους που διαθέτει για να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις αυτές». Το μοντέλο job demands-resources (JD-R) model (Bakker A. and Demerouti E., 2007) (Bakker A. et al, 2003) ισχυροποιεί τον παραπάνω ορισμό καθώς ταξινομεί τις αιτίες ευημερίας και καλής ψυχικής υγείας ενός εργαζομένου σε δυο κατηγορίες, τους εργασιακούς πόρους και τις εργασιακές απαιτήσεις. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν εργασιακό στρες.

Ταξινομούνται ανάλογα με τα παρακάτω τέσσερα χαρακτηριστικά:

- ✓ τον χρόνο εμφάνισης
- ✓ την διάρκεια
- ✓ την συχνότητα και
- ✓ την ένταση (Barling J. et al, 1988)

2.2. Θεωρητικές προσεγγίσεις του εργασιακού άγχους

Το εργασιακό άγχος μπορεί να ταξινομηθεί σε δύο τύπους (Rizwan M. et al, 2014) (Kotteeswari M. and Sharief S., 2014) (Kazmi R. et al, 2008):

- Το θετικό άγχος, το οποίο είναι ωφέλιμο, γιατί κάνει τον εργαζόμενο να νιώθει πρόκληση. Οι λόγοι του άγχους συνιστούν προκλήσεις κι ευκαιρίες για τον εργαζόμενο, βοηθούν στην παροχή ενέργειας κι ώθησης στην εκπλήρωση των ευθυνών του και στην επίτευξη των στόχων του.
- Το αρνητικό άγχος οδηγεί σε ταλαιπωρία και προκύπτει όταν ένα άτομο επιτρέπει στο άγχος να επιδράσει σε αυτό αρνητικά (Kolt G., 2003).

2.3 Παράγοντες που συμβάλλουν στο εργασιακό άγχος

Το εργασιακό άγχος ως αρνητική ψυχολογική κατάσταση προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ ενός εργαζομένου και του εργασιακού του περιβάλλοντος. Το άγχος είναι μια καταστροφική κατάσταση που προκαλείται ως απάντηση στις δυσμενείς επιδράσεις από το εσωτερικό ή το εξωτερικό περιβάλλον και προέρχεται από τέσσερις βασικές πηγές: το περιβάλλον, το κοινωνικό άγχος, το φυσιολογικό άγχος και τις σκέψεις (Hinkle J. and Cheever K., 2013). Οι τρεις κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν το εργασιακό άγχος είναι ο φόρτος εργασίας, η ασφάλεια της εργασίας κι η εργασία με βάρδιες.

Ο φόρτος εργασίας είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα των εργαζομένων. Το εργασιακό άγχος που προκαλείται από τον υψηλό φόρτο εργασίας είναι ιδιαίτερα συνηθισμένος και μπορεί να οφείλεται σε ορισμένους περιορισμούς, όπως η πίεση του χρόνου, η έλλειψη κατάλληλης κι έγκαιρης βοήθειας, οι ανεπαρκείς πόροι για την εκπλήρωση ενός έργου, οι ανεπαρκείς συνεργάτες κι οι συγκρούσεις ρόλων (Dar et al, 2011) (Collins S., 2008).

Οι Kazmi R. et al, (2008) έχουν βρει αρνητική σχέση ανάμεσα στο εργασιακό άγχος και την απόδοση της εργασίας. Οι άνδρες εργαζόμενοι βρέθηκαν να επηρεάζονται περισσότερο από τις γυναίκες συναδέλφους τους. Ομοίως, ο Collins S. (2008) υπογράμμισε ότι οι υγιείς ή ανθυγιεινές στρατηγικές αντιμετώπισης διαφέρουν ανάλογα με το φύλο και τόνισε την ανάγκη ύπαρξης υποστήριξης των εργαζομένων ενώ δεν παρέλειψε να τονίσει ότι η αμοιβαία υποστήριξη της ομάδας, συνοδευόμενη από την κατανόηση των ατομικών διαφορών, συνδέεται με τη θετική αυτοεκτίμηση, την προσωπική σκληρότητα και την ανθεκτικότητα.

Ο περιορισμός του εργασιακού στρες και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων δεν απαιτείται μόνο για ηθικούς αλλά και για νομικούς λόγους μιας κι αποτελεί σημαντικό επιχειρηματικό κίνητρο. Το 2002 υπολογίστηκε ότι το ετήσιο οικονομικό κόστος του εργασιακού στρες στην ΕΕ των 15 ανήλθε στα 20 δισ. Ευρώ (Vermeulen G., 2007) (Prouska R., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Εργασιακό άγχος στις Υπηρεσίες Υγείας

3.1 Το Εργασιακό περιβάλλον γενικότερα

Με τον όρο εργασιακό περιβάλλον ορίζεται εκείνο το πλαίσιο, τόσο το υλικό όσο και το άυλο, με το οποίο κάθε άτομο σχετίζεται κατά την διάρκεια της εργασίας του. Ο χώρος εργασίας, η επίπλωση κι ο τρόπος που αυτός είναι διακοσμημένος, κατά πόσο είναι φωτεινός και καθαρός, έχει οχλαγωγία ή ησυχία, αποτελούν μερικά βασικά συστατικά στοιχεία τα οποία επηρεάζουν σημαντικά το εργασιακό περιβάλλον. Ωστόσο εκτός από τα παραπάνω, σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος, διαδραματίζουν οι ανθρώπινοι πόροι και το σύνολο των εργαζομένων από το οποίο απαρτίζεται (Leka S. et al, 2003).

3.2 Το Εργασιακό Περιβάλλον στον Τομέα της Υγείας

Η ύπαρξη ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος ειδικότερα σε επαγγέλματα που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας εμπεριέχει πολλά οφέλη, μιας και σε σημαντικό βαθμό περιορίζει τόσο τα άμεσα όσο και τα έμμεσα κόστη που μπορεί να προκύψουν, πολλά εκ των οποίων είναι συσχετισμένα με τα προβλήματα ψυχικής κυρίως υγείας, τα οποία μπορεί κάποιος εργαζόμενος να παρουσιάσουν εξαιτίας του ακατάλληλου εργασιακού περιβάλλοντος (Lazarus R. and Folkman S., 1984). Σημαντικός παράγοντας για να χαρακτηριστεί ένα εργασιακό περιβάλλον υγιές, είναι κατά πόσο αυτό προκαλεί εργασιακό άγχος στους εργαζομένους, ποια είναι η οργανωτική στρατηγική που ακολουθεί και κατά πόσο βρίσκεται κοντά στους εργαζομένους του, τόσο σε επαγγελματικό επίπεδο (επιμορφωτικά προγράμματα) όσο και σε προσωπικό (OSHA, 2007).

Σύμφωνα με την Agency For Healthcare Research and Quality (2018), το εργασιακό περιβάλλον στους χώρους υγείας αποτελείται από τα εξής μέρη:

- Το στελεχωμένο εργατικό δυναμικό
- Τον τρόπο σχεδίασης και λειτουργίας των χώρων υγείας
- Το φυσικό περιβάλλον
- Την οργανωσιακή κουλτούρα και το οργανωσιακό κλίμα του οργανισμού
- Το σύνολο των προσωπικών και κοινωνικών παραγόντων

Τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του χώρου υγείας, τα ατομικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού που το στελεχώνει κι οι εργασιακές συνθήκες, συνιστούν τη βάση διαμόρφωσης του εργασιακού περιβάλλοντος. Όλα τα παραπάνω μπορούν να συμπυκνωθούν στη φράση «ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας». Όσον αφορά τα οργανωτικά χαρακτηριστικά, αυτά αφορούν το τρόπο με τον οποίο έχει οργανωθεί και διοικείται ο οργανισμός. Ως προς τα ατομικά χαρακτηριστικά, αυτά περιλαμβάνουν το σύνολο των κοινωνικών κι οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τον χώρο υγείας, τις ατομικές αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτό, τις προσωπικές δεξιότητες και τις εξειδικευμένες γνώσεις τους. Οι εργασιακές συνθήκες με τη σειρά τους αφορούν το οργανωτικό κλίμα του χώρου υγείας, τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του επαγγέλματος και το εργασιακό περιβάλλον (Κάντας Α., 1995).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι το περιβάλλον σ' ένα χώρο υγείας όπως για παράδειγμα είναι ένα νοσοκομείο, είναι πολύπλοκο και πολυδιάστατο, ενώ σε πολλές περιπτώσεις προκύπτουν καταστάσεις οι οποίες δεν είναι προβλέψιμες. Ωστόσο πρέπει να υποστηριχθεί και στην περίπτωση των οργανισμών υγείας, ότι το εργασιακό περιβάλλον είναι άμεσα συσχετισμένο με την στάση των ανθρώπινων πόρων του, τις αποφάσεις όσον αφορά την διαχείριση των υλικών του πόρων, τον τρόπο με τον οποίο η εργασία είναι δομημένη, κατά πόσο υπάρχει φόρτος εργασίας, τις επαγγελματικές ευκαιρίες για τους εργαζομένους και τέλος κατά πόσο οι προκύπτουσες συγκρούσεις επιλύονται επιτυχώς (Selye H., 1956).

3.3 Οι Παράγοντες εργασιακού στρες στους Επαγγελματίες Υγείας

Οι επαγγελματίες οι οποίοι αναπτύσσουν στενή επαφή με τους ανθρώπους, είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την προσφορά βοήθειας, εμπεριέχουν έντονα το κοινωνικό στοιχείο, απαιτούν μεγάλη ταχύτητα όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων ή οι αποφάσεις αυτές έχουν σημαντικές επιπτώσεις σε κοινωνικό, οικονομικό ή άλλο επίπεδο κι αποτελούν ιδιαίτερα στρεσογόνα επαγγέλματα (Κάντας Α.,1995). Εύλογα, ο επαγγελματικός χώρος της υγείας δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση από την επίδραση του εργασιακού άγχους, μιας κι οι εργαζόμενοι εμπλέκονται σε ιδιαίτερα αγχώδεις καταστάσεις. Τα υψηλά ποσοστά εργασιακού στρες είναι συνέπεια του γεγονότος ότι οι επαγγελματίες διαχειρίζονται ανθρώπινες ζωές κι η τυχόν παράλειψη ή διενέργεια λάθους, μπορεί να έχει μη αναστρέψιμες γι' αυτούς συνέπειες. Σύμφωνα με την Menzies (1960) στους επαγγελματίες υγείας υπάρχουν τέσσερις βασικοί παράγοντες πρόκλησης άγχους οι οποίοι είναι η φροντίδα των ασθενών, η μεγάλη υπευθυνότητα για τους ασθενείς, η αναγκαιότητα λήψης αποφάσεων κι η αλλαγή τμημάτων. Μεταγενέστεροι επιστήμονες επιβεβαίωσαν τα συμπεράσματα της Menzies, προσθέτοντας ωστόσο δίπλα στους παραπάνω παράγοντες και μία σειρά σημαντικών ψυχοκοινωνικών παραγόντων, τους οποίους μάλιστα θεώρησαν θεμελιώδους σημασίας για την εκδήλωση επαγγελματικού άγχους (Μπελλάλη Θ., 2007).

Οι εργασιακοί πόροι που παρέχονται στο προσωπικό είναι ιδιαίτερα σημαντικοί αφού εργαζόμενοι με λιγοστούς εργασιακούς πόρους έρχονται αντιμέτωποι με υψηλά επίπεδα στρες κι εμφανίζουν μειωμένη ενέργεια στην εργασία τους, ενώ στην αντίπερα όχθη αυτοί οι οποίοι έχουν επαρκείς εργασιακούς πόρους έχουν μεγαλύτερο κίνητρο στην εργασία τους και νιώθουν περισσότερο κομμάτι ενός οργανισμού (Halbesleben J. and Buckley M., 2014).

3.3.1 Δημογραφικά-Ατομικά χαρακτηριστικά των Επαγγελματιών Υγείας που υφίστανται τις συνέπειες του εργασιακού στρες

Η σωματική και ψυχική ευεξία των ατόμων δεν επηρεάζεται μόνο από το εργασιακό τους περιβάλλον αλλά κι από τις προσωπικές τους στάσεις κι από τα οικογενειακά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, όπως είναι η μεταφορά προβλημάτων από τον ένα χώρο στον άλλο, συγκρούσεις μεταξύ συζύγων, έλλειψη αμοιβαιότητας μεταξύ συζύγων και συναισθηματικής υποστήριξης κι οι συχνές μετακινήσεις.

Η επίδραση της οικογενειακής ζωής στην εμφάνιση άγχους είναι αμφίδρομη, από τη μία αποτελεί το βασικότερο στήριγμα για τον κάθε άνθρωπο (όταν υπάρχουν υγιείς σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της) κι από την άλλη μπορεί να αποτελέσει τη σημαντικότερη πηγή άγχους. Οι απαιτήσεις της οικογένειας κι οι απαιτήσεις της εργασίας πολλές φορές όχι μόνο απλά δεν συμβαδίζουν αλλά έρχονται σε σύγκρουση καθιστώντας το άτομο ανίκανο να βρει τις ισορροπίες. Το γεγονός αυτό προκαλεί μεγάλο άγχος ιδιαίτερα στις γυναίκες (νοσηλεύτριες /ιατρούς) που εργάζονται κι είναι και μητέρες (Cooper C.,1988).

Έχει διαπιστωθεί ότι οι παντρεμένες γυναίκες-επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτριες, ιατροί) που εργάζονταν κι είχαν μικρά παιδιά βίωναν εντονότερα τη σύγκρουση ρόλων, είχαν μεγαλύτερο φόρτο εργασίας, αισθήματα ενοχής και γενικά η υγεία τους βρισκόταν σε χειρότερη κατάσταση από ότι των ανδρών συναδέλφων τους (Αντωνίου Α.Σ., 2006).

3.4 Συνέπειες εργασιακού στρες στους Επαγγελματίες Υγείας

Το στρες κοστίζει τόσο στα άτομα όσο και στους οργανισμούς όπου εργάζονται. Όσον αφορά τα άτομα, ευνοεί την ανάπτυξη ψυχοσωματικών διαταραχών, ευθύνεται για την φτωχή ψυχική υγεία των εργαζομένων καθώς και για την αυξημένη χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και φαρμακευτικών ουσιών. Το στρες μπορεί να μειώσει την ικανότητα του επαγγελματία να παρέχει υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς καθώς ευνοεί την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης και συχνών καταθλιπτικών επεισοδίων.

Τέλος, το στρες που οφείλεται στην εργασία έχει αντίκτυπο και στην οικογένεια του επαγγελματία καθώς υποβαθμίζει ολόκληρη την ποιότητα της ζωής του (Dawkins J. et al,1985).

Οι συνέπειες του εργασιακού στρες για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

- Υποκειμενικές εμπειρίες που περιλαμβάνουν άγχος, κατάθλιψη, διαρκή ανησυχία και παράδοση συναισθηματική απόσπαση. Το άτομο μπορεί να έχει επίγνωση ή να τις αρνείται, ενώ συχνά επισημαίνονται από τους ανθρώπους που τους συναναστρέφονται.
- Σωματικές συνέπειες που περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των ψυχοσωματικών διαταραχών, από τις σχετικά συνηθισμένες, όπως οι βραχείας διάρκειας ημικρανίες ή τα δερματικά εξανθήματα, έως της ενδιάμεσης σοβαρότητας κι ενόχλησης όπως είναι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, οι πόνοι στη πλάτη κι οι ακόμη πιο απειλητικές για τη ζωή, καρδιαγγειακές παθήσεις κι αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.
- Αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς που κυμαίνονται από μέτρια ευερεθιστότητα μέχρι την εγκατάσταση εξαρτητικών συμπεριφορών όπως αλκοολισμός και κάπνισμα ή άλλων αποφευκτικών συμπεριφορών, όπως η ανάγκη για συχνές αλλαγές εργασιακού πλαισίου, η απροθυμία για ανάληψη περαιτέρω καθηκόντων ή οι τεταμένες σχέσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους (Fagin L. and Bartlett H., 1995).

3.5 Συναισθηματική Νοημοσύνη στους Επαγγελματίες Υγείας

Στο πεδίο της ψυχικής υγείας το υψηλό στρες μπορεί να οδηγήσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε σταδιακή απώλεια της ικανότητας ενσυναίσθησης (empathy) των ασθενών (Coffey M.,1999). Ο όρος συναισθηματική νοημοσύνη έγινε γνωστός το 1995 με την δημοσίευση του Daniel Goleman με τίτλο Συναισθηματική Νοημοσύνη (Emotional Intelligence) ο οποίος εξηγεί ότι «η συναισθηματική νοημοσύνη αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να αναγνωρίζει τόσο τα δικά του συναισθήματα όσο και τα συναισθήματα των άλλων, την ικανότητα να παρακινεί τον εαυτό του και την ικανότητα να μπορεί να διαχειριστεί καλά τα συναισθήματα».

Η τέταρτη διάσταση της συναισθηματικής νοημοσύνης η ενσυναίσθηση έχει να κάνει με την συνειδητοποίηση των συναισθημάτων, των αναγκών και των συμφερόντων των άλλων. Πιο αναλυτικά πρόκειται για την κατανόηση που κάποιος έχει στα συναισθήματα και τις προοπτικές των άλλων και στο ενδιαφέρον που δείχνει για τα συμφέροντά τους (Goleman D.,2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Αξιολόγηση Ανθρωπίνων Πόρων

4.1 Εισαγωγή

Η διαχείριση του εργασιακού στρες από την διοίκηση ενός οργανισμού απαιτεί σύγχρονες νοοτροπίες και πρακτικές διοίκησης ανθρωπίνων πόρων που θα εντοπίσουν το πρόβλημα και θα προσπαθήσουν να εφαρμόσουν τα κατάλληλα μέτρα για να αποβάλλουν στρεσογόνους παράγοντες και καταστάσεις που προκαλούν προβλήματα τόσο στον κάθε εργαζόμενο ξεχωριστά όσο και στην εν γένει λειτουργία κι απόδοση του ίδιου του οργανισμού.

4.2 Αξιολόγηση Ανθρωπίνων Πόρων στις Υπηρεσίες Υγείας

Η αξιολόγηση απόδοσης ανθρώπινων πόρων στις μονάδες υγείας είναι μια συστηματική εκτίμηση η οποία προέρχεται από τον άμεσα ιεραρχικά προϊστάμενο κι αναφέρεται στην εκτέλεση της εργασίας από τον εργαζόμενο, καθώς επίσης και στις δυνατότητες του για προοπτική κι εξέλιξη. Ουσιαστικά, αποτελεί μια διαδικασία διαπίστωσης, αλλά και καταγραφής της απόδοσης του εργαζομένου για το παρόν και το μέλλον. Επομένως, η αξιολόγηση προσωπικού είναι η διαδικασία διαπιστώσεως και καταγραφής της αποδόσεως ή επιδόσεως και των προσόντων του εργαζομένου σε σχέση με τις απαιτήσεις της θέσεως εργασίας, για την οποία προορίζεται και στην οποία απασχολείται (Σκούλας Ν.,1998).

Για να είναι αποτελεσματική η προσπάθεια αξιολόγησης της απόδοσης στις μονάδες υγείας, οφείλει να διέπεται από τις παρακάτω τέσσερις βασικές αρχές:

1. Το πρόγραμμα είναι ευθύνη και καθοδηγείται από στελέχη γραμμής κι όχι από το τμήμα ανθρωπίνων πόρων
2. Δίνεται έμφαση σε κοινούς εταιρικούς στόχους κι αξίες
3. Αναπτύσσεται ειδικά και ξεχωριστά για κάθε οργανισμό
4. Εφαρμόζεται σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα και σε όλους τους εργαζομένους

Κατά συνέπεια, η διαδικασία αξιολόγησης σχεδιάζεται με τρόπο ώστε να εκτιμηθούν οι δυνατότητες κι οι αδυναμίες των εργαζομένων, να συμφωνηθούν οι στόχοι κι οι προσδοκίες και να αναγνωριστούν οι μελλοντικές ανάγκες εκπαίδευσης κι ανάπτυξης (Χυτήρης Λ.,2001).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στον Ελληνικό τομέα της υγείας από τους Mihail D. and Kloutsiniotis P. (2016) τα ευρήματα ανέδειξαν το πόσο σημαντική είναι η σχέση του τμήματος διοίκησης ανθρωπίνων πόρων με τους εργαζομένους των νοσοκομείων ως προς την ευημερία και την ψυχική τους υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Επιπτώσεις άγχους στους Επαγγελματίες Υγείας

5.1 Σωματικές Επιπτώσεις

Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει την τάση να εκδηλώνει διάφορα συμπτώματα κι αλλαγές με πιο σημαντικές την αυξομείωση του ρυθμού της καρδιάς, την εμφάνιση μυϊκών πόνων, των κεφαλαλγιών, τις αϋπνίες, το αίσθημα κόπωσης, τη ναυτία, τους πόνους στο στέρνο, τη δύσπνοια, τα δερματικά προβλήματα, τον κνησμό, τη δυσπεψία, τη διάρροια, τη δυσκοιλιότητα, ακόμη κι την εμφάνιση αλλεργιών (Αντωνίου ΑΣ., 2007). Έτσι και στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας τα καρδιαγγειακά νοσήματα καταλαμβάνουν την πρώτη θέση ασθενειών, οι οποίες σχετίζονται με το εργασιακό άγχος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πολλών κλινικών μελετών τα υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στο εργασιακό τους περιβάλλον μιας και διαχειρίζονται ανθρώπινες ζωές, έχει σαν συνέπεια αυξημένα ποσοστά αρτηριακής πίεσης. Επίσης παρατηρείται μεγαλύτερη καρδιακή συχνότητα, χρόνια αιμοσυμπύκνωση καθώς κι αυξημένη συγκολλητικότητα των παραγόντων που αφορούν τα αιμοπετάλια, με συνέπεια τα πολλά κρούσματα καρδιαγγειακών παθήσεων (Allesoe K. et al, 2010). Άλλες μελέτες επίσης έχουν φανερώσει ότι οι επαγγελματίες υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες αντιμετωπίζουν πληθώρα κινδύνων, οι οποίοι έχουν σαν συνέπεια την εμφάνιση πολλών μυοσκελετικών προβλημάτων (Lagerstrom M. and Hagberg M., 1999), ενώ έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και στην Ελλάδα φανερώνουν τα αντίστοιχα αποτελέσματα και το υψηλό ποσοστό επιπολασμού των μυοσκελετικών προβλημάτων στους Έλληνες επαγγελματίες υγείας (Alexoroulos E.C. et al, 2005).

5.2 Επιπτώσεις στη Συμπεριφορά και στην Επαγγελματική Ζωή

Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της έντονης συναισθηματικής φόρτισης που αισθάνονται εξαιτίας της φύσης του επαγγέλματος τους, πολλές φορές έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις έντονου άγχους, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την μεταβολή της συμπεριφοράς τους. Πολλές φορές εκφράζουν επιθετική συμπεριφορά τόσο προς τους ασθενείς όσο κι ως προς τους συναδέλφους τους, είναι αδιάφοροι για την δουλειά τους με αποτέλεσμα να παρέχουν χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες, δεν δείχνουν τον απαιτούμενο σεβασμό και το ανάλογο ενδιαφέρον προς τους ασθενείς, κάνουν συχνά λάθη, είναι απρόσεκτοι, παρουσιάζουν απροθυμία στην ανάληψη καθηκόντων και προκαλούν πολύ συχνά ατυχήματα (Μάρκου Π., 2005).

Προοδευτικά μειώνουν την επικοινωνία και τις επαφές με τους συναδέλφους τους αλλά και με τους ασθενείς και το οικογενειακό περιβάλλον των τελευταίων. Επίσης, τα συναισθήματα τους χαρακτηρίζονται από έντονη αρνητικότητα, είναι κυνικοί, ειρωνικοί, επιθετικοί, απότομοι, καθώς κι ευερέθιστοι (Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ., 1999).

Όντας έντονα επηρεασμένοι από το εργασιακό άγχος οι επαγγελματίες υγείας είναι ανήμποροι να το διαχειριστούν, με συνέπεια να εμφανίζονται παθητικοί, άβουλοι, αδυνατούν να αναπτύξουν επικοινωνία, αποφεύγουν την εργασία τους κι αμελούν ή αποφεύγουν εσκεμμένα να φέρουν εις πέρας τις υποχρεώσεις τους (Αλεξιάς Γ., Αναγνωστόπουλος Φ. και Πιλάτης Ι., 2010). Τόσο η στάση όσο κι η συμπεριφορά τους είναι απρόσωπη, ψυχρή, τυπική, ενώ τα συναισθήματα τους είναι ανεπαρκή, χαρακτηρίζονται από μειωμένη αυτοεκτίμηση κι έχουν την τάση να υιοθετούν συμπεριφορές εξάρτησης (Halm M. et al, 2005). Όλα τα παραπάνω έχουν οδυνηρές συνέπειες για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους ασθενείς και τον οργανισμό στον οποίο εργάζονται μιας κι οι συμπεριφορές όπως οι προαναφερόμενες, τους επηρεάζουν τόσο στην προσωπική και την κοινωνική όσο και στην επαγγελματική τους πορεία.

Εκτός από τις επιπτώσεις στην προσωπική ζωή του ατόμου, το εργασιακό άγχος επιδρά καθοριστικά και στην επαγγελματική τους ζωή κι ειδικότερα στον οργανισμό στον οποίο απασχολείται και συγκεκριμένα στην ανάπτυξη του. Αναλυτικότερα έχει διαφανεί από έρευνες που έχουν γίνει, ότι το εργασιακό άγχος κι οι πολλές απαιτήσεις στον χώρο εργασίας, επηρεάζουν σημαντικά την παραγωγικότητα του και την απόδοση του κάτι που έχει σαν συνέπεια να αυξάνονται τα έξοδα του οργανισμού στον οποίο απασχολείται (Job stress, 1992). Η αλλαγή της συμπεριφοράς, η επιρροή που ασκεί το εργασιακό άγχος στην ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας αποτυπώνονται στην επαγγελματική τους συμπεριφορά με πολλούς τρόπους. Σύμφωνα με πληθώρα ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί, οι επαγγελματίες υγείας επειδή δεν μπορούν πολλές φορές να διαχειριστούν αποτελεσματικά το εργασιακό άγχος, φροντίζουν τους ασθενείς με τρόπο που χαρακτηρίζεται από ψυχρότητα κι αδιαφορία, όντας απρόσωποι και μηχανικοί στην εργασία τους (Παπαγεωργίου Δ. και συν, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Επαγγελματική εξουθένωση (Burnout)

6.1 Ορισμός Burnout

Ο όρος *επαγγελματική εξουθένωση* απεικονίζει μια κατάσταση σωματικής και πνευματικής εξάντλησης που παρατηρείται σε διάφορους εργασιακούς χώρους. Η εξουθένωση είναι ένας ιδιαίτερος τύπος στρες που φαίνεται να βιώνουν οι εργαζόμενοι και μπορεί να οριστεί ως η αυξανόμενη εξάντληση των συναισθηματικών και σωματικών αντοχών εξαιτίας εργασιακών συνθηκών. Η κατάσταση αυτή μπορεί να συμβαίνει σε διάφορες στιγμές κι έχει ως συνέπεια τις αλλαγές στην συμπεριφορά αλλά και στην ψυχολογία του εργαζόμενου. Έτσι, οι φυσικοί παράγοντες του στρες μαζί με τους ψυχολογικούς παράγοντες του στρες οδηγούν στο εργασιακό στρες. Αυτό με την σειρά του μέσω της φυσικής καταπόνησης, της ψυχολογικής καταπόνησης και των συμπεριφορικών αλλαγών οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση (Δούκα Μ., 2004).

Σ' έναν ακόμα ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης, υπογραμμίζεται η εξελισσόμενη ανικανότητα του ατόμου η οποία αναπτύσσεται λόγω του συνδρόμου, για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του. Δυστυχώς, σε περίπτωση που ο εργαζόμενος μπει σε μια διαδικασία να εργάζεται μηχανικά, δίχως να λαμβάνει την αντίστοιχη ανατροφοδότηση αλλοτριώνεται μέσα στην εργασία του, με αποτέλεσμα το σύνδρομο να μην υποχωρεί εύκολα ακόμα κι αν οι συνθήκες εργασίας κάποια στιγμή βελτιωθούν (Oshagbemi T., 1999).

6.2 Το μοντέλο Maslach

Το όνομα που είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι η Christina Maslach (Pines A. and Maslach C., 1978). Η ίδια ως κοινωνική ψυχολόγος, μελέτησε τα συναισθήματα στον εργασιακό χώρο κι όρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως μια αρνητική ατομική εμπειρία που αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου στο εργασιακό του περιβάλλον.

Πολύτιμη ήταν κι η προσπάθειά της στην επιστημονική τεκμηρίωση του όρου που την οδήγησε στη δημιουργία ενός ψυχομετρικού οργάνου με το οποίο πραγματοποιούνταν η εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό είναι το **MBI** {Maslach Burnout Inventory} (Maslach C. and Jackson S., 1986). Η ανάγκη, όμως, για μια κλίμακα εξουθένωσης η οποία είναι ανεξάρτητη από επαγγελματικές προοπτικές και που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε όλους τους τομείς, οδήγησε στην ανάπτυξη του ερωτηματολογίου **MBI-GS** {Maslach Burnout Inventory - General Surve}. Η Maslach έδωσε στην εξουθένωση 3 διαστάσεις:

- ✓ Την συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion)
- ✓ Την αποπροσωποποίηση (depersonalization) ή αλλιώς κυνισμό (cynism)
- ✓ Το αίσθημα αναποτελεσματικότητας (inefficacy)

Τις τελευταίες δεκαετίες ο υπολογισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης έλκυσε το ενδιαφέρον των ερευνητών και γι' αυτό το λόγο δημιουργήθηκαν διάφορα ψυχομετρικά όργανα υπολογισμού της ανάμεσά τους να ξεχωρίζει και το: Oldenburg Burnout Inventory {OLBI} (Δεμερούτη Ε.,2001).

7. Καλές Πρακτικές κατά του άγχους

7.1 1^η εφαρμογή καλής πρακτικής

Η παρούσα μελέτη που περιλαμβάνεται στο επιστημονικό περιοδικό *Explore* έχει ως στόχο να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος που εφαρμόζει τη χρήση βίντεο για την μείωση του στρες, την βελτίωση της ευεξίας και την ανάπτυξη της ενσυνειδητότητας κι αφορά μέλη του ιατρικού προσωπικού ενός κοινοτικού νοσοκομείου.

7.1.2 Υλικά και μέθοδοι

Η εκπαίδευση οκτώ εβδομάδων ενσυνειδητότητας που προσφέρθηκε ως μέρος μιας πρωτοβουλίας ευεξίας για το ιατρικό προσωπικό σ' ένα προαστιακό δημόσιο νοσοκομείο, διαχειρίστηκε χρησιμοποιώντας ένα ενιαίο δείγμα. Οι συμμετέχοντες εγγράφηκαν με σειρά προτεραιότητας και συμμετείχαν σε τρεις 90λεπτες προσωπικές εκπαιδεύσεις, εβδομαδιαίες διαδικτυακές εκπαιδευτικές βίντεο-ενότητες καθώς κι εβδομαδιαίες τηλεδιασκέψεις καθοδήγησης. Οι εκπαιδεύσεις με βίντεο-ενότητες ήταν διαθέσιμες ανά πάσα στιγμή για ευκολία πρόσβασης των συμμετεχόντων, ενώ παρέχονταν ημερολόγια και μια ακουστική βιβλιοθήκη καθοδηγούμενου διαλογισμού. Το άγχος των ιατρών, η ευημερία (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση των ασθενών, αίσθημα προσωπικής ολοκλήρωσης) κι οι δεξιότητες ενσυνειδητότητας (παρατήρηση, περιγραφή, δράση με επίγνωση, αποδοχή χωρίς κρίση) αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη, στο τέλος του προγράμματος κι οκτώ εβδομάδες μετά την παρέμβαση με τη χρήση καλά επικυρωμένων εργαλείων.

Αποτελέσματα: 23 ιατροί εγγράφηκαν και 19 ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα. Σε σύγκριση με την έναρξη, στατιστικά σημαντικές μειώσεις στο άγχος, την προσωπική ολοκλήρωση και τη συναισθηματική εξάντληση παρατηρήθηκαν στο τέλος του προγράμματος και 8 εβδομάδες μετά την παρέμβαση (όλα $p < 0,05$). Παρατηρήθηκαν σημαντικές αυξήσεις σε όλες τις δεξιότητες ενσυνειδητότητας στο τέλος του προγράμματος, οι αυξήσεις αυτές παρέμειναν για την περιγραφή, τη συνειδητοποιημένη συμπεριφορά

και την αποδοχή χωρίς επίκριση στις οκτώ εβδομάδες μετά την παρέμβαση (όλες $p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Αυτή η μελέτη παρέχει προκαταρκτικά στοιχεία ότι ένα ευέλικτο, βασισμένο σε βίντεο-ενότητες πρόγραμμα ενσυνειδητότητας μπορεί να μειώσει το άγχος, να αυξήσει την ευημερία και να αναπτύξει μόνιμες δεξιότητες ενσυνειδητότητας στους γιατρούς.

7.1.3 Υπόβαθρο

Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών είναι ευρέως διαδεδομένη στην υγειονομική περίθαλψη, με καταγεγραμμένα ποσοστά που φτάνουν το 60% μεταξύ των ασκούντων ιατρών (Ford G.,2013) .

Οριζόμενη ως ένα σύνδρομο αποπροσωποποίησης, συναισθηματικής εξάντλησης κι αίσθησης χαμηλής προσωπικής ολοκλήρωσης (Shapiro S.,2015), η επαγγελματική εξουθένωση έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε αυξημένα ιατρικά λάθη, (Williams E. et al,2007) (Cimiotti G.,2012) σε μη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών (Williams E. et al,2007) (Shanafelt T. et al,2003) και σε αύξηση των ιατρικών μηνύσεων (Crane M., 1998). Η ενσυνειδητότητα μπορεί εν συντομία να περιγραφεί ως η κατάσταση της προσοχής και της επίγνωσης αυτού που συμβαίνει στο παρόν (Brown K. and Ryan R.,2003). Με την πρωτοπορία του Kabat-Zinn στις αρχές της δεκαετίας του 1980, το σύστημα Μείωσης του Άγχους με βάση την Ενσυνειδητότητα (Mindfulness Based Stress Reduction MBSR) σχεδιάστηκε για να βοηθήσει άτομα που αντιμετωπίζουν πόνο, ψυχολογικές καταστάσεις ή ασθένειες μέσω του διαλογισμού και της συντονισμένης αναπνοής (Kabat-Zinn J.,1982) (Kabat-Zinn J. et al,1998). Τα προγράμματα ενσυνειδητότητας έχουν αναπτυχθεί για να εξυπηρετήσουν υγιή άτομα που βιώνουν σοβαρό στρες ή εξουθένωση (Sheldon K. and Lyubomirsky S.,(2006) (Klatt M. et al,2009).

Τα προγράμματα ενσυνειδητότητας που βασίζονται στον εργασιακό χώρο έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν τα συμπτώματα επαγγελματικής

εξουθένωσης σε νοσηλευτές και γιατρούς (Shapiro S.,2015) (Krasner M. et al, 2009) (Bazarko D. et al,2013) και μειώνουν το στρες σε κατά τα άλλα υγιείς ενήλικες (Klatt M. et al,2009) και φοιτητές Ιατρικής (MacLaughlin B.,2011). Το κλασικό MBSR περιλαμβάνει μια εκδρομή το Σαββατοκύριακο κι εβδομαδιαίες συνεδρίες 2-2,5 ωρών σε διάστημα 8- 10 εβδομάδων (Shapiro S.,2015) (Kabat-Zinn J.,1982) (Krasner M. et al, 2009). Ωστόσο, πολλοί ασκούμενοι γιατροί αισθάνονται ότι βρίσκονται υπό υπερβολικό άγχος για να βρουν χρόνο στο πρόγραμμά τους να δεσμευτούν σ' ένα κλασικό πρόγραμμα MBSR. Τροποποιήσεις έχουν γίνει στην παραδοσιακή μορφή του MBSR για τη δημιουργία "συντομευμένων" (Fortney L., et al, 2013) "χαμηλής δόσης" (Klatt M. et al,2009) ή με άλλο τρόπο μειωμένα χρονικά μοντέλα παροχής (Mackenzie C.,2006), που απαιτούν χρονική δέσμευση των συμμετεχόντων που διαρκεί 5-18 ώρες. Υλοποιήθηκε σ'ένα ευέλικτο, βασισμένο σε βιντεοενότητες πρόγραμμα ενσυνειδητότητας για τους λειτουργούς σ' ένα κοινοτικό νοσοκομείο, υποθέτοντας ότι το πρόγραμμα θα μείωνε το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση, θα αύξανε την ικανοποίηση από την εργασία και θα ανέπτυξε μόνιμες δεξιότητες ενσυνειδητότητας στους συμμετέχοντες. Σ' αντίθεση με τα εντατικά προγράμματα MBSR, το συγκεκριμένο έχει σχεδιαστεί για να διδάσκει τη χρήση μιας τεχνικής μονής αναπνοής ενσυνειδητότητας για να δίνεται αμέριστη προσοχή στην παρούσα στιγμή και στο καθήκον που αυτή περιέχει. Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε για να δώσει τη δυνατότητα στους φορείς που δραστηριοποιούνται σε περιβάλλοντα υψηλού στρες να μάθουν και να εφαρμόσουν ένα μέσο ενσυνειδητότητας χωρίς την εντατική χρονική δέσμευση του παραδοσιακού MBSR. Το πρόγραμμά είναι επίσης μοναδικό ως προς τη χρήση διαδικτυακών βίντεο και τηλεκπαίδευσης για την παροχή εκπαιδευτικού υλικού, μετριάζοντας την ανάγκη για την παρακολούθηση μεγάλων όγκων μαθημάτων από τους γιατρούς αυτοπροσώπως. Αυτός ο μηχανισμός παράδοσης αυξάνει την ευελιξία για τους συμμετέχοντες και τον εκπαιδευτή σε σχέση με τις παραδοσιακές μεθόδους παράδοσης.

7.1.4 Μέθοδοι

Το νοσοκομείο Good Samaritan Hospital (GSH) του MultiCare Health System στο Πουγιαλούπ της Ουάσινγκτον, πραγματοποίησε πιλοτικά ένα πρόγραμμα ενσυνειδητότητας με τη χρήση ενός δείγματος, με σχεδιασμό μελέτης προκαταρκτικής και μεταγενέστερης ανάλυσης καθώς είχε ληφθεί έγκριση από το Συμβούλιο Θεσμικής Επισκόπησης του Συστήματος Υγείας MultiCare. Καθιερώθηκε ως μέρος μιας πρωτοβουλίας ευεξίας, σε όλους τους ιατρούς του υγειονομικού προσωπικού της GSH προσφέρθηκε η ευκαιρία να συμμετάσχουν στο πιλοτικό πρόγραμμα με σειρά προτεραιότητας. Κατά τη διάρκεια της εναρκτήριας εκδήλωσης, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμμετάσχουν ως υποκείμενα έρευνας, συμφωνώντας να συμπληρώσουν τρεις καλά επικυρωμένους καταλόγους που έχουν σχεδιαστεί για τη μέτρηση του στρες (Αντιλαμβανόμενη Κλίμακα Στρες) [Perceived Stress] (Cohen S.,1983), της επαγγελματικής εξουθένωσης (Καταγραφή επαγγελματικής εξουθένωσης Maslach (Maslach C. and Jackson S., 1986). [Maslach Burnout Inventory] και των δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας (Καταγραφή των δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας του Kentucky (Baer R.,2004) [Kentucky Inventory of Mindfulness Skills]. Οι απογραφές χορηγήθηκαν αυτοπροσώπως κατά την έναρξη και στο τέλος της πιλοτικής περιόδου των οκτώ εβδομάδων και μέσω αλληλογραφίας και ηλεκτρονικού ταχυδρομείου οκτώ εβδομάδες μετά την παρέμβαση. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε μέσω τριών δια ζώσης συνεδριών σε συνδυασμό με οκτώ διαδικτυακές βιντεοεκπαιδεύσεις κι εβδομαδιαίες τηλεδιασκέψεις κατάρτισης. Οι δια ζώσης συνεδρίες κι οι βιντεοεκπαιδεύσεις αναπτύχθηκαν και παρουσιάστηκαν από έναν από τους συγγραφείς, έναν οικογενειακό ιατρό και πιστοποιημένο επαγγελματία εκπαιδευτή. Τα βίντεο που χρησιμοποιήθηκαν στην εκπαίδευση βασίστηκαν σε εκείνα που αναπτύχθηκαν για τους ιδιωτικούς πελάτες του συγγραφέα (The Happy MD), με μια αναβάθμιση της ποιότητας του βίντεο και με μια μικρή αναδιατύπωση για την προσαρμογή των βίντεο στο πρόγραμμα MHS. Ομαδικές συνεδρίες ενσυνειδητότητας διάρκειας 90 λεπτών δια ζώσης εκπαίδευσης πραγματοποιήθηκαν στην αρχή της πρώτης και της τέταρτης εβδομάδας και στο τέλος της όγδοης εβδομάδας. Κάθε εβδομάδα, ένα

εκπαιδευτικό βίντεο διάρκειας 5-7 λεπτών δημοσιεύοταν σε μια ασφαλή διαδικτυακή πύλη (Πίνακας 1). Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονταν να δουν το βίντεο όσες φορές επιθυμούσαν προκειμένου να μάθουν και να ενισχύσουν το μάθημα της εβδομάδας. Μια εβδομαδιαία, ωριαία κλήση καθοδήγησης με τη βοήθεια του συγγραφέα και προγραμματισμένη σε ώρα που ήταν κατάλληλη για τον μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων, έδωσε στους συμμετέχοντες την ευκαιρία να συμμετάσχουν σε συζητήσεις μικρών ομάδων για τις εμπειρίες τους με το υλικό και τις τεχνικές. Μια ακουστική βιβλιοθήκη ήταν διαθέσιμη και περιλάμβανε σάρωση σώματος και καθοδηγούμενους διαλογισμούς προσαρμοσμένους από το έργο του Kabat-Zinn (Kabat-Zinn J.,1994). Στους συμμετέχοντες κατά την εναρκτήρια συνάντηση δόθηκαν ημερολόγια ενώ καθημερινά λάμβαναν μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου που περιλάμβαναν ένα ρητό κι ένα σύντομο μήνυμα σχετικό με το μάθημα της βιντεοενότητας εκείνης της εβδομάδας. Χρησιμοποιήθηκαν ζευγαρωτά t-tests για να αξιολογηθούν οι αλλαγές στο άγχος, την ευημερία (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση των ασθενών, αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης) και τις δεξιότητες ενσυνειδητότητας (παρατήρηση, περιγραφή, δράση με επίγνωση, αποδοχή χωρίς κρίση) μεταξύ της αρχικής αξιολόγησης και της λήξης του προγράμματος, καθώς και μεταξύ της αρχικής και της μεταπαραεμβατικής περιόδου. Η χρήση από τους συμμετέχοντες κάθε πτυχής της παρέμβασης (τεχνική ενσυνειδητότητας με μία ανάσα, διαλογισμός, καταγραφή σε ημερολόγιο, τηλεφωνική κλήση κατάρτισης κι εκπαίδευση μέσω βίντεο) αναφερόταν από τους ίδιους κάθε εβδομάδα μέσω μιας διαδικτυακής φόρμας. Η σπουδαιότητα αξιολογήθηκε σε επίπεδο 0,05 κι επανεκτιμήθηκε σε $\alpha=0,003125$ για να ληφθεί υπόψη η επιβάρυνση από τον πολλαπλό έλεγχο με τη χρήση διόρθωση Μπονφερρόνι (Bonferroni). Όλες οι αναλύσεις διεξήχθησαν στο στατιστικό υπολογιστικό περιβάλλον R (R Core Team, 2013).

7.1.5 Αποτελέσματα

Είκοσι τρεις συμμετέχοντες εγγράφηκαν στο πιλοτικό πρόγραμμα και συναίνεσαν ως υποκείμενα της έρευνας. Εννέα ήταν γυναίκες (39,1%) κι οι ηλικίες τους κυμαίνονταν από 32-68 έτη (διάμεση ηλικία 46 έτη). Οι συμμετέχοντες αντιπροσώπευαν ένα εύρος ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένων της χειρουργικής, της ιατρικής του ύπνου, της Μαιευτικής/Γυναικολογίας και της αναισθησίας. Δέκα άτομα (43,5%) ειδικεύονταν στην οικογενειακή ή την εσωτερική παθολογία. Η εμπειρία ποίκιλλε, με μόλις μερικούς με μηδενική εμπειρία (πρωτοετείς ειδικευόμενοι) και με 38 έτη άσκησης. Η πλειονότητα (69,6%) δεν είχε καμία προηγούμενη εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα. Τέσσερα άτομα (17%) σταμάτησαν να συμμετέχουν λίγο μετά την έναρξη του προγράμματος. Οι αναλύσεις βασίστηκαν στα δεδομένα που παρείχαν οι 19 συμμετέχοντες που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα. Δεν παρουσιάστηκαν τεχνικές δυσκολίες κατά τη χρήση της ηλεκτρονικής ενότητας βίντεο. Η ανταπόκριση στην εβδομαδιαία έρευνα ήταν γενικά χαμηλή (πίνακας 2), με 8-14 (42%-74%) συμμετέχοντες που παρείχαν πληροφορίες σχετικά με τη χρήση των στοιχείων του προγράμματος κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης. Ωστόσο, το 100% όσων ανταποκρίθηκαν στην έρευνα κάθε εβδομάδα ανέφεραν την ενσωμάτωση της τεχνικής της ενσυνειδητότητας με μία μόνο ανάσα στην καθημερινή τους επαγγελματική ρουτίνα. Παρατηρήσαμε σημαντικές αλλαγές σε επτά από τις οκτώ εκβάσεις μεταξύ της αρχικής και της τελικής αξιολόγησης, μετά την παρέμβαση ή και μεταξύ των δύο. Η πιο εντυπωσιακή ήταν η μείωση του άγχους μεταξύ αρχικής αξιολόγησης και του τέλους προγράμματος ($p=0,0005$), η οποία διατηρήθηκε μετά την παρέμβαση ($p=0,0001$). Άλλα αποτελέσματα με μεταβολές που επιμένουν μετά την παρέμβαση περιλαμβάνουν αυξήσεις στην προσωπική επιτυχία ($p_{\text{end}}=0,004$, $p_{\text{post}}=0,02$) και τις δεξιότητες της περιγραφής της ενσυνειδητότητας ($p_{\text{end}}=0,01$, $p_{\text{post}}=0,002$), δράσης με συνειδητότητα ($p_{\text{end}}=0,02$, $p_{\text{post}}=0,0003$) και της αποδοχής χωρίς κριτική ($p_{\text{end}}=0,01$, $p_{\text{post}}=0,007$). Τα αποτελέσματα για όλα τα παραπάνω παρατίθενται στον πίνακα 3.

Πίνακας 1

Table 1. Program schedule

Week	Video-module training topic	Activities	Video Content
1	Mindfulness basics and single-breath mindfulness technique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 90 minute in-person group session: <ul style="list-style-type: none"> - Introductions & program intentions - Sitting meditation - Single-breath mindfulness technique ▪ Baseline inventories ▪ Group conference call 	Review of the single-breath mindfulness technique training provided in the 90 minute in-person session.
2	Creating a habit of mindfulness and preventing stress buildup	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Group conference call 	How to select and use a trigger to encourage single-breath mindfulness practise multiple times a day.
3	Appreciative inquiry and attention focusing	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Group conference call 	Using intention journaling to identify positive patient encounters every day.
4	The three powers of mindfulness: awareness, attention, and intention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 90 minute in-person group session: <ul style="list-style-type: none"> Experience and practise of: <ul style="list-style-type: none"> - 5 minute sitting meditation - 5 minute walking 5 minute chair yoga ▪ Group conference call 	Sitting meditation, walking meditation, and chair yoga with guided recordings for all three practices. Review of single-breath mindfulness practice.
5	Intention journaling: envisioning and becoming open to an ideal patient encounter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Group conference call 	Appreciative inquiry and the importance of focusing on progress made.
6	Creating healthy boundaries between work and home	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Group conference call 	Creating a boundary ritual at the end of each work day.
7	Sitting and walking meditation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Group conference call 	How mindfulness works, based on the framework presented in Shapiro et al. (2006) [27].
8	Developing a lasting mindfulness practice	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 90 minute in-person group session: <ul style="list-style-type: none"> - Breathing practice - Personal mindfulness practice planning ▪ End-of-program inventories ▪ Graduation ceremony 	Review of all lessons and creation of an action plan to develop an ongoing mindfulness practice.
16	None	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Post-intervention inventories 	None

Πίνακας 2

Πίνακας 2: Ο συμμετέχων ανέφερε τη χρήση τεχνικών ενσυνειδητότητας, ομαδικής καθοδηγούμενης κλήσης κι ενότητας βίντεο

Εβδομάδα	Απαντήσεις		Τεχνική μιας μονής ανάσας		Διαλογισμός *		Journaling		Τηλεφωνική κλήση εκπαιδευτή		Βίντεο εκπαίδευση	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	14	74	14	74	6	32	10	53	4	21	8	42
2	11	58	11	58	3	16	7	91	7	37	10	53
3	12	63	12	63	7	37	7	91	6	32	10	53
4	10	53	10	53	7	37	4	21	5	26	7	37
5	11	58	11	58	8	42	5	26	1	5	6	32
6	10	53	10	53	9	47	2	11	1	5	6	32
7	8	42	8	42	6	32	3	16	4	21	6	32
8	9	47	9	47	7	37	4	21	2	11	7	37

* Ο διαλογισμός περιλαμβάνει περπάτημα, ξεκούραση ή καθοδηγούμενο διαλογισμό

Πίνακας 3

Table 3. Mindfulness pilot results

Outcome	Score Range	Baseline	End of Program (Week 8)			Follow Up (Week 16)		
		Mean (SD)	Mean (SD)	Mean of Differences * [95% CI]	p	Mean (SD)	Mean of Differences [95% CI]	p
MBI: Emotional exhaustion	0 - 54	27.3 (11.0)	(22.1) (11.3)	-4.1 [-9.1, 1.0]	0.11	19.4 (11.9)	-8.3 [-13.5, -3.2]	0.004
MBI: Depersonalization	0 - 30	8.2 (6.1)	6.5 (4.1)	-0.8 [-3.7, 2.1]	0.56	6.0 (3.8)	-2.1 [-4.7, 0.4]	0.09
MBI: Personal accomplishment	0 - 48	38.0 (7.1)	42.1 (7.3)	4.5 [1.7, 7.3]	0.004	42.5 (7.5)	4.6 [1.0, 8.2]	0.02
PSS: Stress	0 - 40	18.4 (7.0)	12.3 (6.8)	-6.6 [-9.8, -3.5]	0.0005 †	10.4 (7.0)	-8.6 [-12.0, -5.1]	0.0001 †
KIMS: Observing	12 - 50	41.4 (5.6)	45.1 (6.4)	3.4 [0.6, 6.3]	0.02	45.0 (7.6)	2.8 [-1.0, 6.5]	0.14
KIMS: Describing	8 - 40	28.5 (6.2)	31.8 (5.1)	2.8 [0.8, 4.7]	0.01	32.3 (6.5)	3.1 [1.4, 4.9]	0.002
KIMS: Acting with Awareness	10 - 50	30.4 (4.1)	33.3 (5.2)	3.6 [0.6, 6.5]	0.02	35.1 (3.9)	5.1 [2.8, 7.4]	0.0003 †
KIMS: Accepting without Judgment	9 - 45	30.6 (7.3)	35.3 (8.1)	4.7 [1.1, 8.3]	0.01	34.6 (7.5)	4.8 [1.5, 8.0]	0.007

MBI: Maslach Burnout Inventory; PSS: Perceived Stress Scale; KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness Skills

* All analyses performed using paired t-tests; † Significant after accounting for multiple testing burden, $\alpha = 0.003125$

7.1.6 Συζήτηση - Συμπεράσματα

Αυτή η μελέτη παρέχει προκαταρκτικά στοιχεία για τη σκοπιμότητα και την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος ενσυνειδητότητας βασισμένου σε βιντεομοντέλο κι υπογραμμίζει ιδιαίτερα την ικανότητα παροχής ενσυνειδητότητας σε πολυάσχολους λειτουργούς με ευέλικτο κι άμεσο τρόπο. Η νέα μέθοδος παράδοσης επιτρέπει στους γιατρούς να ασχολούνται με το εκπαιδευτικό υλικό όσο συχνά χρειάζεται και σε χρόνους που είναι προσωπικά βολικοί. Μόλις δημιουργηθούν οι βιντεοενότητες, η παράδοση της κατάρτισης απαιτεί μόνο μια μικρή χρονική δέσμευση από έναν εκπαιδευτή. Αυτό δημιουργεί τη δυνατότητα παροχής του προγράμματος σε πολλούς ενδιαφερόμενους με σχετικά χαμηλό κόστος και θα μπορούσε να περιλαμβάνει την εκπαίδευση των παλαιότερων συμμετεχόντων για να διευκολύνουν τις προσωπικές συνεδρίες και τις τηλεδιασκέψεις, δημιουργώντας ένα σε μεγάλο βαθμό αυτοσυντηρούμενο πρόγραμμα.

Τα κύρια ευρήματά ήταν η μείωση του άγχους τόσο στο τέλος του προγράμματος όσο και μετά την παρέμβαση, η αυξημένη αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης κι η αύξηση των δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με άλλες μελέτες που αποδεικνύουν ότι τα τροποποιημένα προγράμματα ενσυνειδητότητας μπορούν να αποφέρουν σημαντικά αποτελέσματα με σημαντικά μειωμένη χρονική δέσμευση των συμμετεχόντων (Klatt M. et al,2009) (Fortney L. et al, 2013) (Mackenzie C.,2006). Οι κύριες αδυναμίες αυτής της μελέτης είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος, η πιθανή πηγή προκατάληψης από το εθελοντικό δείγμα χωρίς ομάδα ελέγχου και τα περιορισμένα αυτοαναφερόμενα δεδομένα σχετικά με τη χρήση των πολλαπλών πτυχών της παρέμβασης. Ενδείκνυται η διεξαγωγή μελλοντικής έρευνας με τη μέθοδο παροχής βιντεομονάδων με τη χρήση μεγαλύτερου δείγματος και τη συμπερίληψη ομάδας ελέγχου.

7.2 2^η εφαρμογή καλής πρακτικής

Το παρόν άρθρο, το οποίο έχει συμπεριληφθεί στο επιστημονικό περιοδικό *Explore*, αποτελεί μία μελέτη στα επίπεδα άγχους όσων ασχολούνται με τα ιατρικά επαγγέλματα και έχει σκοπό να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος Εκπαίδευσης Διαχείρισης Άγχους και Αντοχής (*Stress Management and Resiliency Training SMART*) για τη μείωση της πίεσης και του άγχους, τη βελτίωση της ανθεκτικότητας και της ποιότητας ζωής μεταξύ των γιατρών ακτινολογίας (Amit S. et al, 2013).

Καθώς ο φόρτος εργασίας των ιατρών έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, το ίδιο συμβαίνει και με την αγωνία των ιατρών. Είναι εμφανής μεταξύ των ακτινολόγων, οι οποίοι αναφέρουν τον όγκο της εργασίας, το περιβάλλον του ιατρείου, τις συχνές διακοπές και την ανησυχία για διαγνωστικά λάθη (Armstrong P.,2010) ως παράγοντες που συμβάλλουν στο άγχος τους (Graham J. et al, 2000). Το άγχος των ιατρών συμβάλλει επίσης σε υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και αυξάνει την εργασιακή δυσαρέσκεια (Brown S, Goske M, Johnson C.,2009) (Shanafelt T., Boone S., Tan L. et al, 2012).

7.2.1 Σχέδιο μελέτης και πληθυσμός

Η Θεσμική Επιτροπή Αναθεώρησης (IRB) εξέτασε και ενέκρινε το πρωτόκολλο μελέτης πριν από την πρόσληψη και την εγγραφή. Η δοκιμή σχεδιάστηκε ως τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με λίστα αναμονής, πιλοτική κλινική δοκιμή στην οποία συμμετείχαν 26 μέλη ΔΕΠ του Τμήματος Ακτινολογίας. Η επιλεξιμότητα βασίστηκε στα ακόλουθα κριτήρια:

- ✓ μέλη του προσωπικού (ιατροί ή επιστήμονες) του Τμήματος Ακτινολογίας
- ✓ ικανοί και πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε όλες τις πτυχές της μελέτης και
- ✓ ικανοί να κατανοήσουν και να υπογράψουν τη συγκατάθεση μετά από ενημέρωση

Τα υποκείμενα αποκλείστηκαν εάν είχαν:

- υποστεί ψυχωτικό επεισόδιο εντός των προηγούμενων έξι μηνών ή
- κλινικά σημαντική οξεία ασταθή νευρολογική, ψυχιατρική, ηπατική, νεφρική, καρδιαγγειακή ή αναπνευστική νόσο που θα εμπόδιζε τη συμμετοχή στη μελέτη

Το μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε σε σαράντα άτομα μετά από στάθμιση στατιστικών και λογιστικών παραμέτρων. Για την ανίχνευση μιας διαφοράς μεταξύ των ομάδων με αμφίπλευρο επίπεδο σημασίας 5% και ισχύ 85% χρησιμοποιώντας συνεχείς εκβάσεις, ήταν απαραίτητο ένα μέγεθος δείγματος είκοσι ατόμων ανά ομάδα (Amit S. et al, 2013).

7.2.2 Διαχείριση της μελέτης

Μετά τον διαχωρισμό τους σε ενεργή ομάδα και ομάδα με λίστα αναμονής, της οποίας η εξέταση καθυστέρησε 12 εβδομάδες, τους παραχωρήθηκαν ερωτηματολόγια αυτό- αξιολόγησης με σκοπό την μέτρηση:

Κλίμακα αντιλαμβανόμενου άγχους (PSS), Γραμμική αναλογική κλίμακα αυτοαξιολόγησης (LASA), Κλίμακα μέτρησης της Ενσυνειδητότητας (MAAS), κλίμακα ανθεκτικότητας connor-davidson (CD-RISC). Το PSS είναι ένα εργαλείο αυτο-αναφοράς 14 στοιχείων που παρέχει μια συνολική μέτρηση του αντιλαμβανόμενου στρες (McEwen B.,1998) (Smith C., Hancock H., Blake-Mortimer J. and Eckert K., 2007). Οι απαντήσεις κυμαίνονται σε 5-βάθμια κλίμακα από "ποτέ" έως "πολύ συχνά". Υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερο άγχος. Το PSS συσχετίζεται με τις μετρήσεις για το άγχος από τα γεγονότα της ζωής και το κοινωνικό άγχος κι έχει επαρκή αξιοπιστία. Το SAS είναι ένα εργαλείο αυτοαναφοράς 22 στοιχείων που διακρίνει μεταξύ γνωστικών και σωματικών συμπτωμάτων άγχους, τα οποία είναι παρόμοια με τα περισσότερα συμπτώματα άγχους (Piiparinen R. and Smith J.,2003) (Smith J.,1993). Το επικυρωμένο εργαλείο LASA με 12 στοιχεία, αξιολογεί τη συνολική ποιότητα ζωής και τη συνολική ψυχική, σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική ευεξία. Οι απαντήσεις κυμαίνονται από 0 "όσο το δυνατόν χειρότερο" έως 10 "όσο το δυνατόν καλύτερο" (McEwen B., and Wingfield J.,2003) (Locke D. et al, 2007).

Το CD-RISC είναι μια κλίμακα 25 στοιχείων με κάθε στοιχείο να βαθμολογείται σε κλίμακα 0-4, με υψηλότερες βαθμολογίες να αντανακλούν μεγαλύτερη αντοχή (Campbell-Sills L. and Stein M.,2007). Η CD-RISC έχει αξιολογηθεί ως προς την αξιοπιστία, την εγκυρότητα και την παραγοντική δομή και έχει αποδειχθεί ότι έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες με την ικανότητα να διακρίνει μεταξύ των συμμετεχόντων με μικρότερη και μεγαλύτερη αντοχή (Ahern N., Kiehl E., Sole M. and Byers J.,2006). Το MAAS είναι ένα μέτρο 15 στοιχείων που αξιολογεί την ενσυνειδητότητα της εμπειρίας από στιγμή σε στιγμή (Brown K. and Ryan R.,2003). Αυτή η κλίμακα 15 στοιχείων μετράει τη συχνότητα των καταστάσεων ενσυνειδητότητας στην καθημερινή ζωή, χρησιμοποιώντας γενικές και ειδικές για κάθε κατάσταση δηλώσεις. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν και από τις δύο ομάδες κατά την έναρξη και την εβδομάδα 12.

7.2.3 Παρέμβαση Μελέτης

Πιλοτικές μελέτες έχουν διερευνήσει παρεμβάσεις για τη μείωση του άγχους των ιατρών (Krasner M. et al,2009) (Arora S., Aggarwal R., Moran A., et al, 2011). Αρκετές από αυτές τις παρεμβάσεις είναι έντονες, και προϋποθέτουν μεγάλο χρόνο εκπαίδευσης και δέσμευση για καθημερινή εξάσκηση. Δεδομένων των χρονικών περιορισμών των ιατρών, αναπτύχθηκε ένα σύντομο πρόγραμμα Εκπαίδευσης Διαχείρισης Άγχους και Αντοχής (SMART), το οποίο αποτελεί μια συντομευμένη εκδοχή της Θεραπείας Προσοχής και Ερμηνείας (Attention and Interpretation Therapy - AIT) και μπορεί να διδαχθεί σε μια ή δυο σύντομες συνεδρίες και δεν περιλαμβάνει περιπλοκή πρακτική άσκηση.

Η AIT αναπτύχθηκε ως ένα επιστημονικό και δομημένο πρόγραμμα στη Mayo Clinic Rochester για τη μείωση του προσωπικού στρες και την ενίσχυση της αντοχής (Loprinzi C., Prasad K., Schroeder D. and Sood A., 2011). Οι AIT και SMART εστιάζουν σε δύο πτυχές της ανθρώπινης εμπειρίας: την προσοχή και την ερμηνεία. Η ανθρώπινη προσοχή δίνει προτεραιότητα στην

εστίαση στις απειλές, οι οποίες στη σύγχρονη εποχή είναι συχνά συμβολικές ψυχολογικές απειλές (πληγές, λύπες, ανησυχίες και φόβοι) που αποσπούν την προσοχή από την παρούσα χρονική στιγμή. Αυτό οδηγεί σε αναστοχαστική σκέψη, αποφυγή κι αναποτελεσματική καταστολή των σκέψεων, τα οποία συμβάλλουν στο άγχος (Marcks B. and Woods D., 2005). Το πρόγραμμα SMART διδάσκει στους εκπαιδευόμενους να εστιάζουν την προσοχή τους στον εξωτερικό κόσμο και να αναβάλλουν τις ανεπεξέργαστες κρίσεις. Οι εκπαιδευόμενοι διδάσκονται επίσης να καλλιεργούν και να καθοδηγούν τις ερμηνείες τους με βάση πέντε αρχές ανώτερης τάξης: την ευγνωμοσύνη, τη συμπόνια, την αποδοχή, το νόημα και τη συγχώρεση. Επιπλέον των παραπάνω, οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν επίσης σε μια σύντομη δομημένη παρέμβαση χαλάρωσης (διαλογισμός με ρυθμική αναπνοή) όπου καθοδηγούνταν να ασκούν βαθιά διαφραγματική αναπνοή με πέντε αναπνοές ανά λεπτό για 5 ή 15 λεπτά, μία ή δύο φορές την ημέρα. Στο τέλος της διαζώσης επίσκεψης, οι συμμετέχοντες έλαβαν αναγνωστικό υλικό που κάλυπτε τις δεξιότητες που συζητήθηκαν και τους προσφέρθηκε μια προαιρετική συνεδρία παρακολούθησης διάρκειας 30-60 λεπτών και δύο τηλεφωνικές κλήσεις παρακολούθησης την 4η και την 8η εβδομάδα. Όσοι συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου με λίστα αναμονής έλαβαν την παρέμβαση SMART μετά την ολοκλήρωση της συμμετοχής τους στη μελέτη (Amit S. et al, 2013).

7.2.4 Στατιστικές αναλύσεις

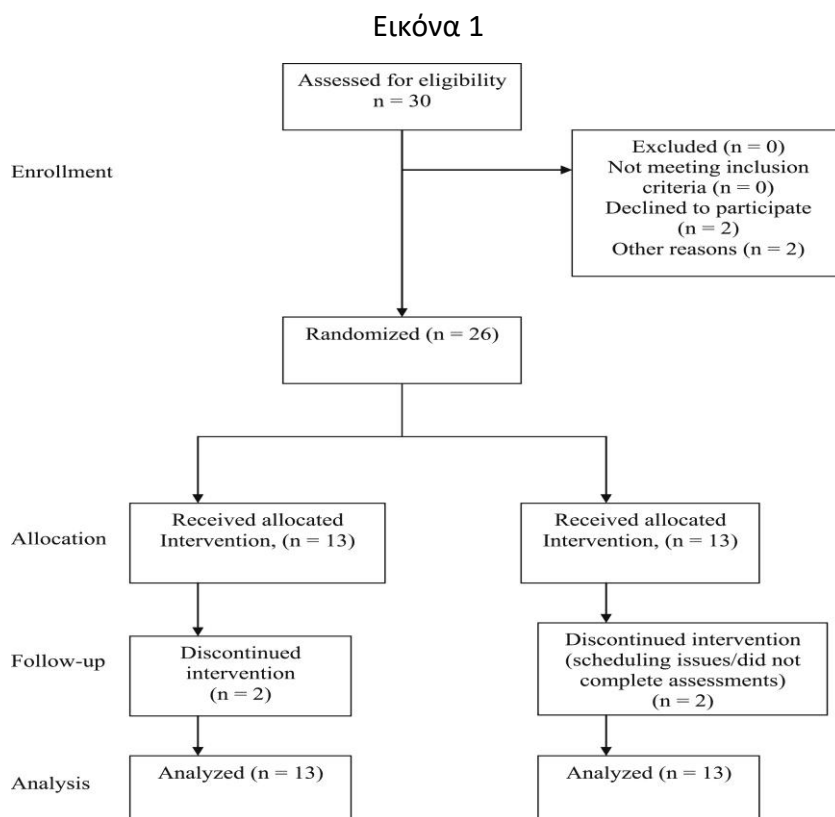
Τα τελικά σημεία της μελέτης περιλάμβαναν αλλαγές στο στρες (PSS), το άγχος (SAS), την αντοχή (CD-RISC), τη συνολική ποιότητα ζωής (LASA) και τη βαθμολογία ενσυνειδητότητας (MAAS). Αυτές οι αξιολογήσεις εκτιμήθηκαν κατά την έναρξη και την εβδομάδα 12 για κάθε ομάδα. Τα δεδομένα συνοψίστηκαν τόσο ως ακατέργαστες βαθμολογίες όσο και ως αλλαγή από την αρχική τιμή. Για κάθε ομάδα θεραπείας, οι μετρήσεις μετά την τυχαιοποίηση συγκρίθηκαν με την αρχική τιμή χρησιμοποιώντας το τεστ t ενός δείγματος και η μεταβολή από την αρχική τιμή συγκρίθηκε μεταξύ των ομάδων χρησιμοποιώντας το τεστ t δύο δειγμάτων. Για τα 4 υποκείμενα

(2 SMART, 2 ομάδες ελέγχου) που δεν ολοκλήρωσαν τις αξιολογήσεις της εβδομάδας 12, οι αρχικές τιμές μεταφέρθηκαν στην εβδομάδα 12 για να παρέχουν την πιο συντηρητική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας (Amit S. et al, 2013).

7.2.5 Αποτελέσματα

Δημογραφικά στοιχεία (Πίνακας 1)

Συνολικά 26 ακτινολόγοι τυχαιοποιήθηκαν στη μελέτη (13 SMART, 13 ομάδες ελέγχου). Δύο άτομα από κάθε ομάδα συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια αναφοράς, αλλά δεν συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια 12 εβδομάδων (Εικ. 1). Όλοι οι συμμετέχοντες στην ενεργή ομάδα ολοκλήρωσαν την αρχική ομαδική εκπαίδευση διάρκειας 90 λεπτών. Οκτώ συμμετέχοντες στην ενεργή ομάδα συμμετείχαν σε μια επιπρόσθετη συνεδρία παρακολούθησης διάρκειας 30 λεπτών και σε τηλεφωνικές κλήσεις (Amit S. et al, 2013).



Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία

Characteristic	Active Arm (n = 13)	Wait-list Control Arm (n = 13)
Age, years	47.4 ± 8.8	48.1 ± 5.2
Gender		
Male	8 (55)	7 (50)
Female	5 (45)	6 (50)
Race		
Non-Hispanic: White	12	12
Non-Hispanic: Asian	0	0
Hispanic	1	0
Non-Hispanic: Black	0	0

Μέτρα έκβασης (Πίνακας 2)

Οι μετρήσεις του στρες (PSS) μειώθηκαν από $25,0 \pm 5,9$ κατά την έναρξη σε $19,6 \pm 5,6$ στο τέλος της περιόδου των 12 εβδομάδων στην ενεργή ομάδα, ενώ δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στην ομάδα ελέγχου της λίστας αναμονής ($P = 0,020$). Η ενσυνείδητη προσοχή (MAAS) βελτιώθηκε από $3,6 \pm 0,8$ στην αρχική τιμή σε $4,3 \pm 7$ στο τέλος των 12 εβδομάδων στην ενεργή ομάδα, χωρίς σημαντική μεταβολή στην ομάδα ελέγχου με λίστα αναμονής ($P = 0,004$). Η ποιότητα ζωής (LASA), βελτιώθηκε από $6,9 \pm 8,1$ σε $7,5 \pm 1,1$ την ενεργή ομάδα, χωρίς σημαντική μεταβολή στην ομάδα ελέγχου με λίστα αναμονής ($P = 0,044$). Η ανθεκτικότητα (CD-RISC) αυξήθηκε από $70,0 \pm 12,8$ κατά την έναρξη σε $73,0 \pm 11,5$ στην ενεργή ομάδα χωρίς στατιστικά σημαντική μεταβολή μεταξύ των δύο ομάδων. Οι συμμετέχοντες δεν ανέφεραν παρενέργειες από την παρέμβαση (Amit S. et al,2013).

Πίνακας έκβασης 2. Μέτρα έκβασης

Outcome	SMART (n = 13)		Control (n = 13)		Treatment Effect		
	Baseline	Week 12	Baseline	Week 12	Estimate (95% CI)	Cohen's d	P Value
Perceived stress scale	25.0 ± 7.4	19.6 ± 5.6	23.1 ± 3.3	22.2 ± 5.4	-4.5 (-8.3, -0.8)	-0.98	.020
Smith anxiety scale	57.2 ± 12.8	45.5 ± 11.2	55.6 ± 16.6	53.3 ± 16.0	-9.5 (-18.4, -0.6)	-0.86	.038
Connor–Davis resilience scale	70.0 ± 12.8	73.0 ± 11.5	73.4 ± 11.0	74.8 ± 8.4	+2.2 (-2.9, +7.2)	+0.35	.386
Mindful Attention Awareness Scale	3.6 ± 0.8	4.3 ± 0.7	3.6 ± 0.9	3.6 ± 0.8	+0.6 (+0.2, +1.1)	+1.24	.004
Overall quality of life	6.9 ± 8.1	7.5 ± 1.1	8.1 ± 0.9	7.5 ± 1.6	+1.2 (+0.0, +2.4)	+0.83	.044

7.2.6 Συζήτηση - Συμπεράσματα

Αυτή η πιλοτική μελέτη δείχνει ότι ένα συνοπτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα διαχείρισης του άγχους για ακτινολόγους που χρησιμοποιεί την προσέγγιση του προγράμματος SMART είναι εφικτό και έχει τη δυνατότητα να μειώσει το άγχος και το στρες και να αυξήσει την ενσυνειδητότητα, την ποιότητα ζωής και σε κάποιο βαθμό, την αντοχή. Η σύντομη διάρκεια της εκπαίδευσης είναι μια ελκυστική πτυχή της παρέμβασης για τους επαγγελματίες που διαθέτουν περιορισμένο χρόνο από την κλινική τους πρακτική. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια τάση αύξησης της προσωπικής πίεσης μεταξύ των ιατρών (Sood A. et al,2011) (Feldner M., Babson K. and Zvolensky M.,2007). Με μέτρο, το άγχος μπορεί να έχει ευεργετικές επιδράσεις στα κίνητρα και την παραγωγικότητα στο εργασιακό περιβάλλον. Ωστόσο, το υπερβολικό εργασιακό στρες μπορεί να προκαλέσει δυσαρέσκεια στην εργασία, εξουθένωση και κακή ψυχική υγεία (Taylor C. et al,2005).

Οι συχνοί αντιπερισπασμοί στην εργασία τους αυξάνουν περαιτέρω την αγανάκτηση και το άγχος. Ορισμένες από τις συνέπειες του χρόνιου άγχους των ιατρών είναι η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση, η κακή ψυχική υγεία και η επαγγελματική εξουθένωση. Επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται "ένα παθολογικό σύνδρομο κατά το οποίο αναπτύσσεται συναισθηματική εξάντληση και δυσπροσάρμοστη απομάκρυνση ως απάντηση σε παρατεταμένο επαγγελματικό στρες" (Linzer M. et al,2001) (Fahrenkopf A., Sectish T., Barger L. et al,2008) (Thomas N.,2004).

Αν κι η επαγγελματική εξουθένωση δεν αναγνωρίζεται ως επίσημη "ψυχική ασθένεια", η ψυχιατρική νοσηρότητα είναι πολύ διαδεδομένη μεταξύ όλων των ιατρών, με το 29% των ακτινολόγων να αναφέρουν ψυχιατρικές ασθένειες (Graham J., Ramirez A., Field S. & Richards M., 2000). Οι ίδιοι ψυχολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση οδηγούν επίσης σε κατάθλιψη, θυμό, ευερεθιστότητα, άγχος και κατάχρηση ουσιών (Levey R.,2001). Αυτό υπογραμμίζει περαιτέρω την ανάγκη λήψης μέτρων για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων. Η δυσφορία του ιατρού μπορεί όχι μόνο να επηρεάσει τον ιατρό προσωπικά, αλλά μπορεί επίσης να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Παραδοσιακά "θετικά" μέσα αντιμετώπισης (άσκηση, ταξίδια, χόμπι, προσευχή, διαλογισμός) έχουν εξεταστεί και δεν προστάτευσαν τους ακτινολόγους από τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Όσοι κατέφυγαν σε "αρνητικές" στρατηγικές αντιμετώπισης (θυμός, αποφυγή, αλκοόλ, ναρκωτικά, σεξ κι υπερκατανάλωση τροφής) είχαν στατιστικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης κι αρνητικών προοπτικών σταδιοδρομίας (Moskowitz P.,2001).

Αρκετές μικρές μελέτες έχουν εξετάσει προγράμματα μείωσης του στρες σε φοιτητές ιατρικής, ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, χειρουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν καταδείξει μείωση του στρες και βελτίωση σε αποτελέσματα όπως το άγχος, η ποιότητα ζωής και η επαγγελματική εξουθένωση. Ωστόσο, πολλά από αυτά τα προγράμματα μείωσης του στρες επέδειξαν μικρά μεγέθη επίδρασης, χρησιμοποίησαν μη κοσμικές πρακτικές και συνήθως απαιτούσαν μήνες

εντατικής εβδομαδιαίας εκπαίδευσης (Krasner M. et al 2009) (Shapiro S., Schwartz G and Bonner G.,1998) (Wetzel C., George A., Hanna G. et al 2011) (Arora S., Aggarwal R., Moran A. et al 2011).

Το SMART είναι μια σύντομη, ευέλικτη και κοσμική πρακτική με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα. Παρόλο που η μελέτη SMART δεν εξέτασε συγκεκριμένα την επαγγελματική εξουθένωση, μειώνοντας το άγχος και το στρες μπορεί να παρέχει ένα αποτελεσματικό εργαλείο αντιμετώπισης που μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και την ευημερία των ιατρών και να αντιμετωπίσει τα ζητήματα της επαγγελματικής εξουθένωσης και της χαμηλής επαγγελματικής ικανοποίησης. Το SMART έχει ήδη αποδειχθεί ότι μειώνει το άγχος και το στρες και ενισχύει την αντοχή και την ποιότητα ζωής σε επιζώντες από καρκίνο του μαστού και σε γιατρούς (Loprinzi C., Prasad K., Schroeder D. and Sood A.,2011). Το μέγεθος της επίδρασης στην αντοχή ήταν μικρότερο σε αυτή τη μελέτη σε σύγκριση με τις προηγούμενες κλινικές δοκιμές μας. Δεδομένου ότι η προηγούμενη μελέτη με τους γιατρούς σχεδιάστηκε ως μια συνεδρία ένας προς έναν (Sood A., Prasad K., Schroeder D. and Varkey P.,2011) είναι πιθανό ότι για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα στην αντοχή μπορεί να χρειαστεί μια πιο εντατική κι εξατομικευμένη παρέμβαση.

Η μελέτη αυτή διεξήχθη μεταξύ διδασκόντων σε ένα πολυάσχολο ακαδημαϊκό κέντρο και, επομένως, τα αποτελέσματα μπορεί να μην μπορούν να γενικευτούν σε ακτινολόγους σε άλλες πρακτικές. Αν και η παρέμβαση SMART έχει σχεδιαστεί ως μια βιώσιμη αυτο-πρακτική, αυτή η μελέτη δεν σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της παρέμβασης SMART, τη συνεχή προσήλωση των συμμετεχόντων στις αρχές της SMART, ή αν υπήρξαν βελτιώσεις στο κλινικό έργο των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης προσφέρουν μόνο προκαταρκτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα του SMART σε ένα δείγμα ακτινολόγων. Απαιτείται επιβεβαίωση σε μεγαλύτερες κλινικές δοκιμές με πιο ενεργές παρεμβάσεις στο σκέλος ελέγχου και μεγαλύτερες περιόδους παρακολούθησης. Συνοπτικά, μια απλή συνεδρία σε ένα πρόγραμμα SMART είναι μια εύστοχη προσέγγιση για τη μείωση του στρες και του άγχους και την ενίσχυση της ποιότητας ζωής, της ενσυνειδητότητας και της ανθεκτικότητας

των ακτινολόγων. Ο συνοπτικός σχεδιασμός του προγράμματος είναι ιδιαίτερα ελκυστικός. Η προσέγγιση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης σε μια μεγαλύτερη κλινική δοκιμή με μεγαλύτερο διάστημα παρακολούθησης και, αν αποδειχθεί ότι έχει σταθερή αποτελεσματικότητα, θα απαιτούσε την περαιτέρω διάδοσή τους (Amit S. et al, 2013).

7.3 3^η εφαρμογή καλής πρακτικής

Στο άρθρο που συμπεριλαμβάνεται στο επιστημονικό περιοδικό *Journal of Clinical Medicine*, καταβάλλεται μια προσπάθεια να αποδειχτεί ότι ένας συνδυασμός γιόγκα κι ενσυνειδητότητας μπορεί να αποτελέσει εργαλείο επιρροής συναισθηματικότητας, του άγχους, της ψυχικής υγείας και του στρες, μεταξύ εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

7.3.1 Εισαγωγή

Η ενσυνειδητότητα (mindfulness) μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια από στιγμή σε στιγμή συνειδητότητα, η οποία αναπτύσσεται δίνοντας σκόπιμα προσοχή στην παρούσα εμπειρία με μια μη επικριτική στάση. Μπορεί να εφαρμοστεί μέσω δομημένων προγραμμάτων, συμπεριλαμβανομένης της ομαδικής κι ατομικής πνευματικής εξάσκησης και γενικά θεωρείται ότι περιλαμβάνει τα δύο βασικά συστατικά της προσοχής και της αποδοχής (Malinowski P.,2013). Πιο αναλυτικά, η ενσυνειδητότητα αποτελείται από επίσημες πρακτικές διαλογισμού (π.χ., δίνοντας προσοχή στο σώμα, ξαπλώνοντας στο έδαφος ή περπατώντας αργά με την αίσθηση της επίγνωσης του γύρω περιβάλλοντος), καθώς κι από ανεπίσημες πρακτικές (π.χ., δίνοντας πλήρη προσοχή σε αυτό που κάνει ή βιώνει κανείς σε μια συγκεκριμένη στιγμή) (Alberts H. and Hülshager U.,2015). Η προσαρμοστική ιδιότητα της ενσυνειδητότητας, μέσω επίσημων και ανεπίσημων πρακτικών διαλογισμού, μπορεί να επιφέρει μέχρι και αλλαγές στην λειτουργία και την δομή του εγκεφάλου (Lazar S. et al, 2005) (Tang Y. et al, 2012). Όταν μάλιστα συνδυαστεί και με την πρακτική της γιόγκα, επιτυγχάνονται πιο ολοκληρωμένες εγκεφαλικές λειτουργίες και αλληλεπιδράσεις εγκεφάλου-σώματος (Zeidan F. et al, 2010) (Slagter H., Davidson R. and Lutz A.,2011).

7.3.2 Συμμετέχοντες και παρέμβαση μελέτης

Στην πραγματοποίηση της έρευνας συμμετείχαν 40 εργαζόμενοι από δυο νοσοκομεία της Ρώμης, το εκπαιδευτικό νοσοκομείο Policlinico Umberto I και το Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι και τεχνικοί των εν λόγω νοσοκομείων έλαβαν την παρέμβαση σε τρεις διαφορετικές εκδοχές του προγράμματος. Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν οι συμμετέχοντες που παρακολούθησαν τουλάχιστον τρεις από τις τέσσερις συναντήσεις κι οι οποίοι συμπλήρωσαν τόσο το ερωτηματολόγιο εισαγωγής όσο και το τελικό ερωτηματολόγιο.

Δύο εξειδικευμένοι δάσκαλοι ενσυνειδητότητας διεξήγαγαν τις συνεδρίες ενσυνειδητότητας. Κάθε συνάντηση περιλάμβανε τέσσερις κύριες ασκήσεις διαλογισμού ενσυνειδητότητας, μια περίοδο έρευνας σχετικά με την πρακτική με ανατροφοδότηση από τους δασκάλους ενσυνειδητότητας και οδηγίες σχετικά με την εργασία για το σπίτι στο τέλος. Η πρώτη πρακτική διαλογισμού ενσυνειδητότητας που περιλαμβανόταν σε κάθε συνεδρία ενσυνειδητότητας ήταν μια άσκηση " σωματικής σάρωσης " με απόλυτη προσήλωση της προσοχής σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος ή αισθήσεις Kabat-Zinn J., (2005). Ακολουθούσε μία άσκηση προσοχής στις αισθήσεις της αναπνοής ή αλλιώς διαλογισμός επικεντρωμένης προσοχής (Lutz A. et al,2008). Στη συνέχεια, εκτελέστηκε μια άσκηση διαλογισμού με περπάτημα, κατά την οποία οι συμμετέχοντες παρακολουθούσαν τα βήματά τους κατά τη διάρκεια του αργού περπατήματος, διατηρώντας την προσοχή τους σε κάθε βήμα από την αρχή έως το τέλος (Edwards M., Rosenbaum S. and Loprinzi P.,2018). Τέλος, οι συμμετέχοντες εκτέλεσαν μια άσκηση διαλογισμού ελεύθερης παρατήρησης με ενσυνειδητότητα κι ελεύθερη αντίληψη οποιουδήποτε προκύπτοντος αισθήματος, συναισθήματος και σκέψης στους τομείς της εμπειρίας (Lutz A. et al,2008). Στόχος της παρέμβασης ήταν η ενίσχυση της εστιασμένης κι ελεύθερης προσοχής (συγκέντρωση κι ενσυνειδητότητα), της αναγνώρισης και της ρύθμισης συναισθημάτων, καθώς και της γνωστικής ενίσχυσης και της ψυχολογικής ευημερίας (Tang Y., Hölzel B. and Posner, M.,(2015). Επιπλέον δίνονταν πρόσθετες οδηγίες προκειμένου να αναπτυχθεί και να διατηρηθεί μία ρουτίνα πρακτικής διαλογισμού της ενσυνειδητότητας

στο σπίτι, με ασκήσεις που θα μπορούσαν να υποβάλλουν οι εξεταζόμενοι στον εαυτό τους ανά πάσα στιγμή.

Το μάθημα της γιόγκα καθοδηγήθηκε από έναν πιστοποιημένο επαγγελματία, ο οποίος πραγματοποίησε την εκπαίδευση ακολουθώντας πολλές τεχνικές γιόγκα, με ιδιαίτερη προσοχή στο ΚΥ. Στόχος αυτής της παρέμβασης ήταν να παράσχει στους συμμετέχοντες εργαλεία αυτοφροντίδας για τη διαχείριση και τη μείωση του στρες και να συνειδητοποιήσουν τον αντίκτυπο στην υγεία και την ευεξία των καθημερινών συνειδητών και ασυνείδητων δραστηριοτήτων και λειτουργιών. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στη στάση του σώματος και την αναπνοή ως πολύτιμη μέθοδο για τη διαχείριση του μυαλού τους. Κατά τη διάρκεια των συνεδριών γιόγκα ακολουθήθηκε το ακόλουθο σχήμα:

1. 5-10 λεπτά της συνεδρίας έναρξης με σκοπό την δημιουργία κινήτρων
2. 30 λεπτά ασκήσεων αναπνοής, στάσης κι ήχου που αποσκοπούν στην επίτευξη οφελών για το εργασιακό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (οι ώμοι, ο αυχένας, οι γοφοί κι οι μύες των ποδιών ήταν οι περιοχές του σώματος που υποβλήθηκαν στις περισσότερες θεραπείες).
3. Είκοσι λεπτά πρاناγιάμα [ασκήσεις αναπνοής], με στόχο την επιβράδυνση και τον έλεγχο της αναπνοής με ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής για τη μείωση του αντιλαμβανόμενου άγχους. Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα πρاناγιάμα ήταν η αναπνοή "bastrika", η Nadi Shodana, η αναπνοή με εναλλαγή ρουθουινών κι η αναπνοή της φωτιάς. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να κάνουν εξάσκηση στο σπίτι εκτελώντας τα προγράμματα γιόγκα όσο το δυνατόν συχνότερα, τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα.
4. 20 λεπτά ειδικών ασκήσεων διαλογισμού με κινήσεις και στάσεις για την απελευθέρωση της έντασης, την ανακούφιση από την κούραση και την επίτευξη ψυχικής ευεξίας.
5. Πέντε λεπτά mantra (τύπος που επαναλαμβάνεται πολλές φορές με διαλογιστικούς σκοπούς).
6. Δέκα λεπτά χαλάρωσης .

Στο τέλος των συνεδριών γιόγκα, οι συμμετέχοντες έλαβαν σύντομες καθημερινές ασκήσεις για να εκτελεστούν στο σπίτι και στο χώρο εργασίας,

για τη διαχείριση του στρες και του άγχους κι ως μια γρήγορη λύση για την επίτευξη σωματικής και ψυχικής χαλάρωσης.

7.3.3 Εργαλεία κι ανάλυσή τους

Τα κύρια εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μαθημάτων YoMin ήταν τέσσερα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες σε διαφορετικές χρονικές στιγμές:

- ✓ πριν από την έναρξη των μαθημάτων: SF-12, το έντυπο 15 ερωτήσεων του Karasek και το STAI Y2
- ✓ 2. πριν από την έναρξη κάθε συνεδρίας διάρκειας 4 ωρών: STAI Y1 και PANAS
- ✓ 3. στο τέλος κάθε συνεδρίας 4 ωρών: STAI Y1 και PANAS
- ✓ 21 ημέρες μετά τα σεμινάρια: SF-12, μια σύντομη μορφή του Karasek και STAI Y2.

7.3.4 SF-12

Αυτό το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε ως μια συντομότερη μορφή του SF-36 (Short Form Health Survey, Ερωτηματολόγιο Υγείας). Το SF-36 είναι μια έρευνα 36 ερωτήσεων για την υγεία των ασθενών. Δημιουργήθηκε από την Medical Outcome Study (MOS) (Ware J. and Sherbourne C.,1992) και σχεδιάστηκε για χρήση στην κλινική πρακτική κι έρευνα, σε αξιολογήσεις πολιτικών υγείας και σε έρευνες γενικού πληθυσμού. Στόχος της είναι να παρέχει μια σύντομη αλλά αξιόπιστη έρευνα απευθείας από το άτομο και να αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του, εκτιμώντας οκτώ διαφορετικές πτυχές της υγείας. Το SF-12, μια ακόμη πιο σύντομη έρευνα, αναπτύχθηκε αργότερα και προσαρμόστηκε προκειμένου να αξιολογηθεί η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου (Jenkinson C. et al, 1997). Επιτρέπει στον ερευνητή να διερευνήσει την ψυχική και σωματική υγεία μέσω δύο διαφορετικών συνοπτικών βαθμολογιών: MCS-12 και PCS-12 αντίστοιχα.

7.3.5 Ερωτηματολόγιο Περιεχομένου Εργασίας

Το Ερωτηματολόγιο Περιεχομένου Εργασίας (Job Content Questionnaire - JCQ) αναπτύχθηκε από τον Robert Karasek (Karasek R., et al,1998). Πρόκειται για ένα αυτοδιαχειριζόμενο εργαλείο που έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση των κοινωνικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των θέσεων εργασίας και αποτελείται από 49 ερωτήσεις στην αρχική του μορφή. Στόχος του ερωτηματολογίου αυτού είναι να δώσει μια αξιολόγηση της εργασιακής απαίτησης, του ελέγχου και της υποστήριξης. Αυτό γίνεται μέσω διαφορετικών κλιμάκων:

- το εύρος της λήψης αποφάσεων
- ψυχολογικές απαιτήσεις
- κοινωνική υποστήριξη
- σωματικές απαιτήσεις
- εργασιακή ανασφάλεια

Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη υπόθεση του μοντέλου ζήτησης/ελέγχου προβλέπει ότι οι πιο δυσμενείς αντιδράσεις ψυχολογικής καταπόνησης εμφανίζονται όταν οι ψυχολογικές απαιτήσεις είναι υψηλές και το περιθώριο λήψης αποφάσεων του εργαζομένου είναι χαμηλό: εργασιακή καταπόνηση. Για το λόγο αυτό, οι τρεις τελευταίες μεταβλητές.

7.3.6 STAI

Το State-Trait Anxiety Inventory-Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης για το Άγχος (STAI) είναι μια ψυχολογική απογραφή που αποτελείται από 40 ερωτήσεις σε βάση αυτο-αναφοράς. Ο Charles Spielberger ήταν ο κύριος δημιουργός αυτού του ερωτηματολογίου (Spielberger C. et al,1983). Αναπτύχθηκε για να παρέχει τόσο σύντομες όσο και αξιόπιστες κλίμακες με βάση τις απαντήσεις ενός ατόμου για την πρόσβαση σε δύο τύπους άγχους: το άγχος κατάστασης, ή το άγχος για ένα γεγονός, και το άγχος χαρακτηριστικών, ή το επίπεδο άγχους ως προσωπικό χαρακτηριστικό. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο φόρμες, την Y1 και την Y2, προκειμένου να αξιολογούνται διαφορετικά οι δύο τύποι άγχους: το κρατικό

και το χαρακτηριστικό άγχος αντίστοιχα. Κάθε έντυπο αποτελείται από 20 ερωτήσεις, με βαθμολογία 4 βαθμών για κάθε ερώτηση και εύρος από 20 έως 80 για κάθε έντυπο. Οι υψηλότερες βαθμολογίες συσχετίζονται με μεγαλύτερο άγχος. Έχουν αναπτυχθεί δύο μορφές του STAI: μία για παιδιά και μία για ενήλικες. Επιπλέον, όχι μόνο αξιολογεί το άγχος, αλλά μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τη διάκριση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης.

7.3.7 PANAS

Το Πρόγραμμα Θετικής και Αρνητικής Επίδρασης (PANAS) είναι επίσης ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αποτελείται από μια κλίμακα συνολικά 20 σημείων που χωρίζεται σε δύο μέρη: μια κλίμακα 10 σημείων για την αξιολόγηση της θετικής επίδρασης και μια ομόλογη κλίμακα για την αρνητική επίδραση. Κάθε στοιχείο αξιολογείται σε μια 5-βάθμια κλίμακα από το 0 (καθόλου) έως το 4 (πάρα πολύ). Για παράδειγμα, η θετική επίδραση αναφέρεται στον βαθμό της θετικής συναισθηματικότητας ενός ατόμου όσον αφορά τα συναισθήματα, τις αισθήσεις και τα συναισθήματα από την άποψη του ενθουσιασμού, της ενέργειας, της αυτοπεποίθησης και της αποφασιστικότητας. Από την άλλη πλευρά, η αρνητική επίδραση αναφέρεται περισσότερο σε αρνητικά συναισθήματα, όπως ο θυμός, η περιφρόνηση, η ενοχή κι ο φόβος.

Το πρόγραμμα αναπτύχθηκε από τους Watson D., Clark L. και Tellegen A. το 1988, προκειμένου να παρέχει μια καλύτερη, αντικειμενική μέτρηση καθεμιάς από αυτές τις διαστάσεις. Με την πάροδο του χρόνου, δημιουργήθηκαν διάφορες εκδόσεις του PANAS για να επιφέρουν τροποποιήσεις και βελτιώσεις στην πρώτη έκδοση. Έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως ως ερευνητικό εργαλείο σε ομαδικές μελέτες, αλλά έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί και στην κλινική πρακτική (Crawford J., and Henry J., 2004).

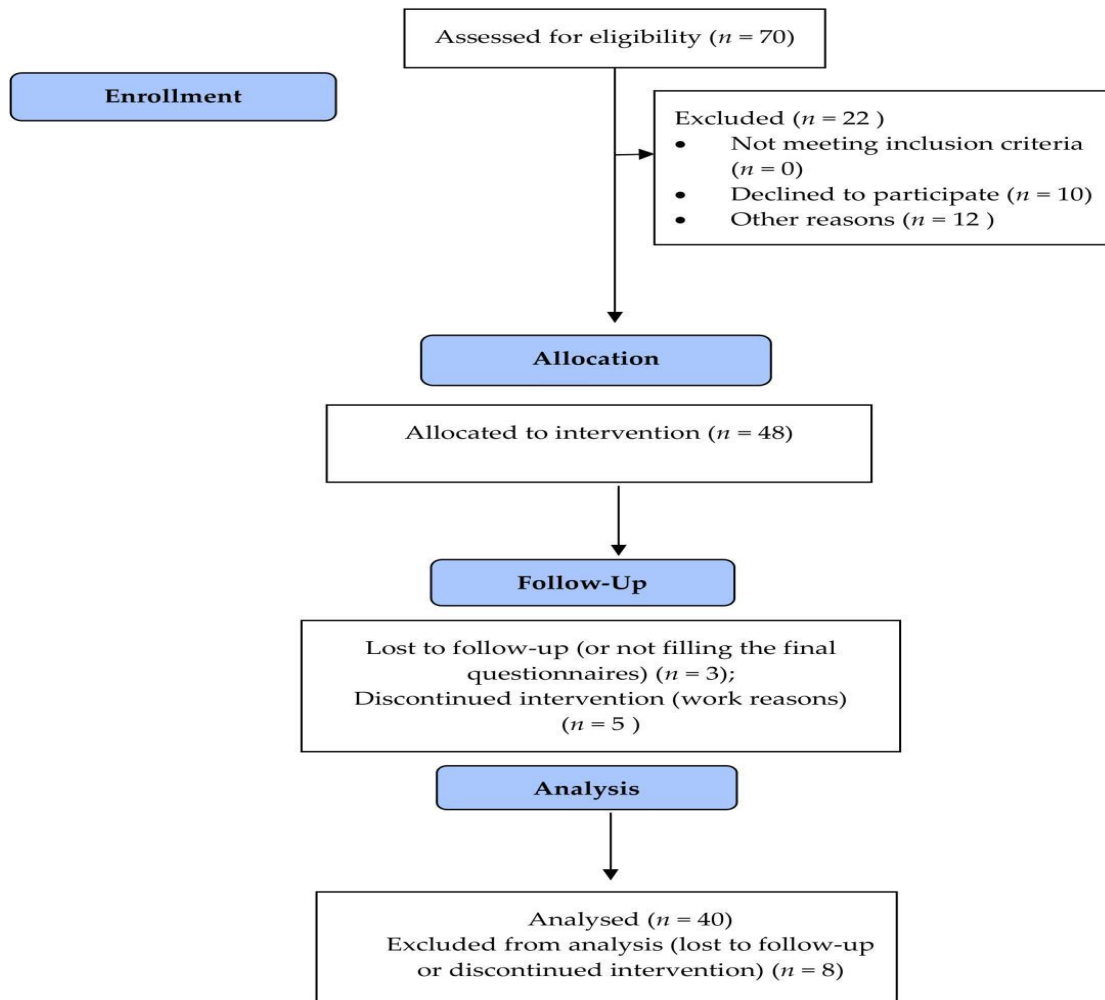
7.4 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε περιγραφική στατιστική και μονοδιάστατη ανάλυση. Για τις συνεχείς μεταβλητές (π.χ. ηλικία) χρησιμοποιήθηκαν ο μέσος όρος \pm τυπικές αποκλίσεις ή η διάμεσος και το εύρος (ελάχιστο και μέγιστο), ενώ τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάστηκαν ως αριθμοί και ποσοστά. Το πρωταρχικό αποτέλεσμα θεωρήθηκε η ποιότητα ζωής, ενώ τα δευτερεύοντα αποτελέσματα αντιπροσωπεύονταν από το εύρος λήψης αποφάσεων, την εργασιακή απαίτηση και την εργασιακή πίεση, τη θετική κι αρνητική επίδραση, καθώς και το άγχος κατάστασης και χαρακτηριστικών.

Στη συνέχεια, το μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε με βάση την υπόθεση της αύξησης κατά 20 % του MCS. Μια προηγούμενη μελέτη (Mannocci A. et al, 2019) έδειξε ότι η βαθμολογία MCS ήταν 40,48 (SD 10,56) και για να επιτευχθεί αύξηση 20 % με ισχύ 80 % κι ευαισθησία 95 %, θα έπρεπε να είχαν προσληφθεί τουλάχιστον 24 επαγγελματίες υγείας.

7.5 Αποτελέσματα

Από τους 48 εγγεγραμμένους υγειονομικούς υπαλλήλους, 36 γυναίκες και έξι άνδρες υποβλήθηκαν στη μελέτη (83,3 %) (Σχήμα 1). Οι αποχωρήσεις οφείλονταν κυρίως σε λόγους εργασίας ή στη μη συμπλήρωση των τελικών ερωτηματολογίων. Για το λόγο αυτό, τα δεδομένα από αυτούς τους υγειονομικούς υπαλλήλους αποκλείστηκαν από την ανάλυση.



Σχήμα 1

Εγγραφή

Αξιολογήθηκε προς την καταλληλότητα (n=70)

Εξαιρέθηκαν (n=22)

- Δεν πληροί τα κριτήρια ένταξης (n=0)
- Απορρίφθηκε η συμμετοχή (n=10)
- Άλλοι λόγοι (n=12)

Κατανομή

Κατανεμήθηκαν στην παρέμβαση (n=48)

Συμπληρωματική παρακολούθηση

Απώλεια παρακολούθησης (ή μη συμπλήρωση τελικών ερωτηματολογίων) (n=3) Διακοπή παρέμβασης (για λόγους εργασίας) (n=5)

Ανάλυση

Αναλύθηκαν (n=40)

Εξαιρέθηκαν από την ανάλυση (απώλεια παρακολούθησης ή διακοπή παρέμβασης) (n=8)

Είκοσι οκτώ ήταν επαγγελματίες του Policlinico (πανεπιστημιακό νοσοκομείο) και 12 προέρχονταν από το OPBG (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù παιδιατρικό νοσοκομείο). Η μέση ηλικία ήταν 47,3 έτη. Χωρίστηκαν ανά επάγγελμα σε τρεις κύριες ομάδες, με αποτέλεσμα να προκύψουν 13 ιατροί, 15 νοσηλευτές και 12 άλλοι υγειονομικοί (όπως βιολόγοι, τεχνικοί εργαστηρίων και ψυχολόγοι). Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Μεταβλητή	<i>n (%) ή Μέσος όρος (SD)</i>
Φύλο	
Γυναίκες	34 (85)
Άντρες	6 (15)
Ηλικία	47.3 (10.9)
Επαγγέλματα υγειονομικού ενδιαφέροντος	13 (32.5)
<hr/>	
Γιατροί	
Νοσοκόμοι	15 (37.5)
Άλλα επαγγέλματα υγειονομικού ενδιαφέροντος	12 (30)
<hr/>	
Νοσοκομειακή διδασκαλία	
Νοσοκομείο	23 (70)
Παιδιατρικό νοσοκομείο	12 (30)

HCW—Healthcare workers (Επαγγελματίες υγειονομικού ενδιαφέροντος)

3.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση: Σύγκριση πριν και μετά την παρέμβαση
 Οι βαθμολογίες των μεταβλητών (τα διάφορα ερωτηματολόγια) αναλύθηκαν με το τεστ Wilcoxon προκειμένου να εκτιμηθούν οι υπάρχουσες διαφορές μεταξύ των τιμών πριν και μετά την παρέμβαση. Λήφθηκε υπόψη η διάμεσος. Ο πίνακας 2 περιγράφει τα αποτελέσματα.

Πίνακας 2. Μονοπαραγοντική ανάλυση για τις μεταβλητές ενδιαφέροντος: σύγκριση πριν και μετά το μάθημα.

Μεταβλητές	Διάμεσος πριν από το σεμινάριο (Min-Max)	Διάμεσος μετά από το σεμινάριο (Min-Max)	p-τιμή
SF-12:			
MCS-12	43.5 (21.5–59.4)	48.1 (20.4–56.7)	0.041
PCS-12	49.4 (36.2–65.5)	54.8 (36.6–60.5)	0.09
JCQ: Decision latitude	54 (42–66)	54 (4–68)	0.419
Job demand	27 (11–41)	26 (12–38)	0.373
Job strain	0.76 (0.28–1.18)	0.72 (0.36–1.08)	0.100
PANAS:			
Positive	37 (21–49)	36.5 (18–50)	0.762
Negative	16 (10–34)	10 (8–26)	<0.001
STAI Y2 (trait)	46.0 (38–56)	43.5 (32–55)	0.009
STAI Y1 (state)	62 (55–72)	45.5 (34–52)	<0.001

SF-12—Short Form-12; MCS—Mental Composite Score (Ψυχική Σύνθετη Βαθμολογία-12) PCS—Physical Composite Score (Σωματική σύνθετη βαθμολογία) ; JCQ—Job Content Questionnaire (Το Ερωτηματολόγιο Περιεχομένου Εργασίας); PANAS—Positive and Negative Affect Schedule (Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος), STAI—State-Trait Anxiety Inventory (Κλίμακα Άγχους STAI).

7.5.1 SF-12

Οι δύο εξεταζόμενες κλίμακες που αξιολογούν τη συνολική ποιότητα ζωής (MCS-12 και PCS-12) έδειξαν και οι δύο ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Η βαθμολογία MCS-12 πέρασε από μια διάμεση τιμή 43,5 πριν από την παρέμβαση σε μια διάμεση τιμή 48,1 μετά την παρέμβαση ($p = 0,041$), γεγονός που καταδεικνύει ότι επιτεύχθηκε ορατή βελτίωση της ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων. Επίσης, το PCS-12 παρουσίασε κάποιες βελτιώσεις, αν και όχι στατιστικά σημαντικές ($p = 0,09$), με βαθμολογίες 49,4 στην προ της παρέμβασης και 54,8 στην αξιολόγηση μετά την παρέμβαση.

7.5.2 JCQ

Η ανάλυση αυτού του ερωτηματολογίου οδήγησε σε τρεις βαθμολογίες: περιθώριο λήψης αποφάσεων, εργασιακή ζήτηση και εργασιακή πίεση. Ως αποτελέσματα, η πρώτη βαθμολογία δεν παρουσίασε καμία διαφορά μεταξύ προ και μετά την παρέμβαση, με διάμεσο 54 και στις δύο περιπτώσεις ($p = 0,419$). Η βαθμολογία της εργασιακής ζήτησης πέρασε από το 27 στο 26 ($p = 0,373$), υποδηλώνοντας μια μικρή αλλά όχι στατιστικά σημαντική βελτίωση. Τέλος, η βαθμολογία της εργασιακής πίεσης βελτιώθηκε, περνώντας από 0,76 σε 0,72 ($p = 0,100$), αλλά η μεταβολή αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

7.5.3 PANAS

Η ανάλυση αυτού του ερωτηματολογίου και τα ακόλουθα αποτελέσματα διαχωρίστηκαν: η θετική επίδραση πέρασε από 37 πριν από την παρέμβαση σε 36,5 μετά την παρέμβαση ($p = 0,762$), χωρίς να παρουσιάζει σημαντική βελτίωση- από την άλλη πλευρά, η αρνητική επίδραση πέρασε από βαθμολογία 16 στην προ- παρέμβαση σε 10 στη μετα-παρέμβαση ($p < 0,001$), παρουσιάζοντας σταθερή αύξηση.

7.5.4 STAI

Και οι δύο μορφές των ερωτηματολογίων έδειξαν μείωση των βαθμολογιών μετά την παρέμβαση. Συγκεκριμένα, η φόρμα Y1 (άγχος κατάστασης) μεταβλήθηκε από 62 στην προ της παρέμβασης σε 45,5 στη μετά την παρέμβαση ($p < 0,001$), γεγονός που δείχνει σαφή μείωση του επιπέδου άγχους. Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και με τη φόρμα Y2 (άγχος χαρακτηριστικών), για την οποία η βαθμολογία μειώθηκε από 46 στην προ της παρέμβασης σε 43,5 στη μετά την παρέμβαση ($p = 0,009$).

7.6 Συζήτηση - Συμπεράσματα

Σύμφωνα με περαιτέρω παρατηρήσεις, διαπιστώθηκε ότι υπήρξαν κάποιες διαφορές ως προς τον τύπο του νοσοκομείου, με τους υγειονομικούς υπαλλήλους του OPBG να έχουν ωφεληθεί περισσότερο από ό, τι αυτοί του πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Επιπλέον η παρέμβαση είχε πιο ουσιαστικό αποτέλεσμα στην μείωση του άγχους στους γιατρούς, περισσότερο από τους υπόλοιπους υγειονομικούς υπαλλήλους, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο συνδυασμός γιόγκα και ενσυνειδητότητας δεν είναι ένα εύχρηστο σε όλους εργαλείο, για την καταπολέμηση του στρες. Το συμπέρασμα αυτών των παρατηρήσεων είναι ότι η εργασιακή καταπόνηση επηρεάζεται και από τον τύπο του νοσοκομείου, αλλά και από την εκάστοτε ειδικότητα. Μετέπειτα μελετητές υπέδειξαν επίσης τα οφέλη της γιόγκα και της ενσυνειδητότητας σε όσους τις εξασκούν, καθώς όλες οι μετρούμενες παράμετροι παρουσίασαν βελτίωση, με πιο άμεσο αποτέλεσμα την μείωση του άγχους από 62 σε 45,5 μετά το τέλος της συνεδρίας, έχοντας μάλιστα και πιο μακροχρόνια επίδραση. Ακόμα, παρόλο που, σύμφωνα με το PANAS, δεν υπήρξε κάποια ουσιαστική διαφορά στην θετική επίδραση, ωστόσο η αρνητική μειώθηκε σημαντικά, ενώ βελτιώθηκε και η ψυχική ευημερία των υγειονομικών υπαλλήλων.

Το περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αποτελέσει μεγάλη πηγή άγχους για διάφορους παράγοντες. Η εργασία σε ένα νοσοκομείο σημαίνει καθημερινή αντιμετώπιση διοικητικών ζητημάτων και δύσκολων περιστατικών, είτε για τη διάγνωση είτε για τη διαχείριση ορισμένων παθολογιών, καθώς και τη μόνιμη πιθανότητα ενός επείγοντος περιστατικού. Άλλοι συμπληρωματικοί στρεσογόνοι παράγοντες παίζουν συχνά σημαντικό ρόλο στην επιδείνωση του εργασιακού στρες (WRS). Ένα κακό εργασιακό περιβάλλον, με δυσάρεστους συναδέλφους ή προϊσταμένους, η έλλειψη διαφάνειας και ειλικρίνειας μεταξύ των εργαζομένων, οι κακές συνθήκες του χώρου εργασίας (π.χ. έλλειψη κατάλληλων μέσων) και κυρίως η συνεχής επαφή με τους ασθενείς, που σημαίνει ότι οι άνθρωποι υποφέρουν, μπορούν να διαταράξουν συναισθηματικά τους υγειονομικούς υπαλλήλους, εκτός από τη σωματική καταπόνηση, με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται υψηλά επίπεδα στρες.

Ο κύριος σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να παράσχει στους υγειονομικούς υπαλλήλους ένα εργαλείο για τον χειρισμό των καθημερινών εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων, τη διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης και τη συνολική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Και οι δύο παρεμβάσεις που επιδιωκόταν, η γιόγκα και η ενσυνειδητότητα, έχουν ήδη δείξει ότι επηρεάζουν θετικά διάφορες πτυχές της ψυχικής και σωματικής υγείας. Η μελέτη των Fang R. και Li X. το 2015 κατέδειξε τις επιδράσεις της γιόγκα στα προβλήματα ύπνου σε νοσηλευτές. Η εργασία του Riley, εκτός από την εκτίμηση του τρόπου με τον οποίο η γιόγκα μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση της σωματικής και ψυχολογικής υγείας του προσωπικού, έκανε μια σύγκριση μεταξύ της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων γιόγκα και των προγραμμάτων γνωστικής κατάρτισης στον προσδιορισμό μιας καλύτερης ψυχικής ευεξίας και της μείωσης των συνεπειών που σχετίζονται με το άγχος, με τη γιόγκα να παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα (Riley K. et al,2017). Το πρόγραμμα γιόγκα που εξετάζεται στη μελέτη των Klatt κ.ά. υπογραμμίζει τα πλεονεκτήματα μιας δραστηριότητας που αποδεικνύεται ότι είναι εφικτή και προσαρμόσιμη στο εργασιακό περιβάλλον (Klatt M., Steinberg B. and Duchemin A.,2015). Επίσης, όσον αφορά την ενσυνειδητότητα, πολλές μελέτες αποκάλυψαν την αποτελεσματικότητα αυτού του εργαλείου για τη διατήρηση του εργασιακού στρες (WRS) υπό έλεγχο. Οι Lamothe κ.α., για παράδειγμα, στην ανασκόπησή τους συνόψισαν τα αποτελέσματα πολλών μελετών, αναφέροντας ότι οι παρεμβάσεις MBSR μειώνουν το επίπεδο του αντιλαμβανόμενου στρες, της επαγγελματικής εξουθένωσης και του άγχους (Lamothe M. et al,2016). Το ίδιο έκαναν και οι Spinelli και Smith στις ανασκοπήσεις τους (Smith S.,2014) (Spinelli C., Wisener M. and Khoury B.,2019). Ο Stillwell εξέτασε τα αποτελέσματα πριν και μετά την παρέμβαση σε φοιτητές υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να αξιολογήσει τις άμεσες επιδράσεις των τεχνικών MBSR και άλλων MBIs (O'Driscoll M.,2017). Και πάλι, τα αποτελέσματα ήταν θετικά, με μείωση του αντιλαμβανόμενου στρες και του άγχους.

Πρώτα απ' όλα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, μπορεί να γίνει μια περαιτέρω επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητας της γιόγκα και της ενσυνειδητότητας, καθώς σχεδόν όλες οι μετρούμενες παράμετροι

παρουσίασαν βελτίωση. Το πιο εμφανές αποτέλεσμα ήταν η μείωση του άγχους. Για παράδειγμα, σημαντική μείωση προέκυψε από τη μορφή Y1 του STAI, η οποία πέρασε από μια βαθμολογία 62 πριν από τη συνεδρία σε 45,5 στο τέλος της συνεδρίας, πράγμα που σημαίνει ότι το μεγαλύτερο όφελος για τους υγειονομικούς υπαλλήλους ήταν η άμεση μείωση του επιπέδου άγχους.

Το πιο ενδιαφέρον είναι ότι και το Y2 από το STAI (το οποίο μετρά το άγχος χαρακτηριστικών) έδειξε θετικά σημαντικά αποτελέσματα, περνώντας από 46 πριν από την έναρξη του μαθήματος σε 43,5 σε 3-4 εβδομάδες μετά το τέλος του μαθήματος. Εάν το πρώτο αποτέλεσμα επιβεβαιώνει ότι τόσο η γιόγκα όσο και η ενσυνειδητότητα είναι χρήσιμες στη μείωση του άγχους για τα γεγονότα, όπως είναι διαισθητικό, το δεύτερο αποτέλεσμα δηλώνει ότι οι ίδιες παρεμβάσεις έχουν επίσης αντίκτυπο στο επίπεδο άγχους ως προσωπικό χαρακτηριστικό, έχοντας επομένως μακροχρόνια επίδραση. Ωστόσο, θα πρέπει να γίνουν περισσότερες αξιολογήσεις με την πάροδο του χρόνου για να δούμε για πόσο χρόνο διαρκεί το αποτέλεσμα. Ο O'Driscoll ανέλυσε μελέτες που εξέτασαν την παρακολούθηση 6 μήνες μετά τις παρεμβάσεις, αλλά δεν βρέθηκαν διατηρήσιμα αποτελέσματα (O'Driscoll M. et al, 2017). Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι μια συνεχής πρακτική των μαθημάτων γιόγκα και ενσυνειδητότητας μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διατήρηση των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων. Το άλλο ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε κατά τη διάρκεια των μαθημάτων, το PANAS έδειξε επίσης ορισμένα ενδιαφέροντα στοιχεία. Συγκεκριμένα, η θετική επίδραση δεν είχε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες πριν και μετά την παρέμβαση, πράγμα που σημαίνει ότι πτυχές όπως η ενέργεια, ο ενθουσιασμός και η αυτοπεποίθηση δεν επηρεάστηκαν, αλλά η αρνητική επίδραση είχε βελτίωση, με μείωση των βαθμολογιών από 16 πριν την παρέμβαση σε 10 μετά την παρέμβαση. Αυτό σημαίνει ότι πτυχές όπως ο φόβος, η αδυναμία και ο θυμός μειώθηκαν αποτελεσματικά. Τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να χαρακτηριστούν σύμφωνα με αυτά του STAI, καθώς και τα δύο ερωτηματολόγια διερευνούν παρόμοιες πτυχές των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του ατόμου. Επιπλέον, η βελτίωση αυτών των χαρακτηριστικών συνδέεται άμεσα με το εργασιακού στρες (WRS), καθώς τα χαμηλότερα επίπεδα θυμού, αίσθησης αδυναμίας και φόβου σαφώς βοηθούν

τους υγειονομικούς υπαλλήλους να χειρίζονται τις στρεσογόνες καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν στον εργασιακό χώρο. Όσον αφορά τα αποτελέσματα του SF-12, τα πιο σημαντικά αποτελέσματα ήταν αυτά που αφορούσαν την ψυχική υγεία των υγειονομικών υπαλλήλων. Η αύξηση της βαθμολογίας SCM-12 από 43,5 σε 48,1 σημαίνει ορατή βελτίωση της ψυχικής ευημερίας των υγειονομικών, η οποία με τη σειρά της σημαίνει μείωση του αντιλαμβανόμενου άγχους. Από την άλλη πλευρά, δεν βρέθηκαν αποτελέσματα όσον αφορά τη σωματική υγεία. Μια παρατεταμένη σειρά μαθημάτων γιόγκα μπορεί να είναι χρήσιμη από αυτή την άποψη. Τέλος, το JCQ, το οποίο ήταν το κύριο ερωτηματολόγιο που αφορούσε την εργασία, δεν έδειξε καμία αλλαγή τόσο στο αντιλαμβανόμενο περιθώριο λήψης αποφάσεων, στην εργασιακή απαίτηση και στην εργασιακή καταπόνηση. Αυτό είναι κατανοητό, δεδομένου ότι το είδος της παρέμβασης είχε ως στόχο να επικεντρωθεί στο άτομο και όχι στην ομάδα. Επιπλέον, τα αποτελέσματα που μετρήθηκαν με αυτό το ερωτηματολόγιο είναι κατά κάποιον τρόπο εξαρτημένα από το αντιλαμβανόμενο άγχος και το στρες του ατόμου, οπότε, παρόλο που δεν παρουσιάστηκαν άμεσες επιδράσεις, αυτό δεν σημαίνει ότι ο στόχος της παρέμβασης δεν επιτεύχθηκε. Αντίθετα, επιβεβαιώνει ότι η γιόγκα και η ενσυνειδητότητα έχουν σφαιρική επίδραση στην ψυχική ευημερία του ατόμου, ανεξάρτητα από τις συνθήκες στο χώρο εργασίας, αλλά αποτελούν ένα καλό μέσο για τη μείωση του εργασιακού στρες (WRS).

Πρέπει να γίνουν ενδιαφέρουσες εκτιμήσεις σχετικά με την πολυμεταβλητή ανάλυση. Το πιο σημαντικό εύρημα σχετίζεται με το έντυπο STAI Y2 (χαρακτηριστικό) που εξέταζε το είδος του επαγγέλματος. Για παράδειγμα, επιτεύχθηκε σημαντική μείωση της βαθμολογίας για τους γιατρούς. Αυτό σημαίνει ότι η παρέμβαση είχε πιο χρήσιμο αποτέλεσμα στη μείωση του άγχους στους γιατρούς παρά στους άλλους υγειονομικούς υπαλλήλους. Η άλλη κύρια διαφορά εντοπίστηκε στα αποτελέσματα του JCQ λαμβάνοντας υπόψη τον τύπο του νοσοκομείου. Πράγματι, παρόλο που δεν βρέθηκαν σχετικά συνολικά αποτελέσματα για τη μονομεταβλητή ανάλυση, η σύγκριση μεταξύ των υγειονομικών υπαλλήλων σε εκπαιδευτικά νοσοκομεία και εκείνων σε παιδιατρικά νοσοκομεία αποκάλυψε ότι επιτεύχθηκε καλύτερο αποτέλεσμα για τα δεύτερα, με το περιθώριο λήψης αποφάσεων

και τα επίπεδα εργασιακής πίεσης να είναι χαμηλότερα σε αυτά. Όσον αφορά την άλλη πολυμεταβλητή ανάλυση, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές. Στην πραγματικότητα, αυτό είναι ένα θετικό αποτέλεσμα, διότι σημαίνει ότι η παρέμβαση είχε ουσιαστικά τα ίδια αποτελέσματα σε όλα τα είδη των συμμετεχόντων, επομένως αποτελεί ένα εργαλείο για τη διαχείριση του εργασιακού στρες για όλους τους υγειονομικούς υπαλλήλους.

Επιπλέον, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία διεξήγαγε ποσοτικές αναλύσεις σε δεδομένα από τη δεύτερη ευρωπαϊκή έρευνα των επιχειρήσεων για τους νέους και αναδυόμενους κινδύνους (European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks- ESENER-2), εστιάζοντας στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους (Van den Heuvel S. et al,2019). Στην αναφορά αυτή, μπορεί να βρεθεί η αξιολόγηση σχετικά με τον συνεργικό ρόλο του ιατρού εργασίας και του ψυχολόγου στη διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων. Ειδικότερα, η εν λόγω έρευνα ανέδειξε την έλλειψη (16 %) ψυχολόγων που έχουν εισαχθεί στα τμήματα ιατρικής της εργασίας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Στην πραγματικότητα, η ένταξη αυτή επιτρέπει την εφαρμογή δραστηριοτήτων πρόληψης της υγείας, όπως αυτή που αναφέρεται στην παρούσα μελέτη, και αναδεικνύει πώς η συνδυασμένη δράση των κλινικών δεξιοτήτων και των δεξιοτήτων εκτίμησης κινδύνου του ιατρού εργασίας που συνδέονται με τις δραστηριότητες υγείας του ψυχολόγου μπορεί να αποφέρει καλά αποτελέσματα, όπως στην παρούσα μελέτη. Η ολιστική προσέγγιση των τμημάτων ιατρικής της εργασίας μας αντιπροσώπευε τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη σωματική και ψυχολογική ευεξία των επαγγελματιών υγείας.

7.7 Αδυναμίες μελέτης (study limitations)

Αν κι έχουν καταβληθεί φιλότιμες προσπάθειες για την τροποποίηση και προσαρμογή των παραπάνω προγραμμάτων, ωστόσο δεν μπορούν να αγνοηθούν ορισμένες αδυναμίες τους. Τα προγράμματα ενσυνειδητότητας βρίσκονται ακόμα σε πειραματικό στάδιο, μιας και γίνονται προσπάθειες συντόμευσης και προσαρμογής στο ωράριο του εκάστοτε εργαζόμενου, επομένως χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Τα προγράμματα αυτά έχουν αναπτυχθεί έτσι ώστε να εξυπηρετήσουν υγιή άτομα, που βιώνουν σοβαρό στρες ή εξουθένωση. Λειτουργούν δηλαδή προληπτικά κι αποτρεπτικά κυρίως κι όχι τόσο θεραπευτικά. Μάλιστα αποκλείονταν από τις μελέτες άτομα, που είχαν κάποιο υποκείμενο νόσημα ή είχαν υποστεί ψυχωτικό επεισόδιο έξι μήνες προ της παρέμβασης, με την θεωρία ότι θα παρακώλυαν την μελέτη. Έπειτα το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό κι ανεπαρκές, αφού οι ανταποκρίσεις στην εβδομαδιαία έρευνα ήταν χαμηλές και δε συμπλήρωναν όλοι οι συμμετέχοντες τα ερωτηματολόγια, με αποτέλεσμα να μην παρέχονται ολοκληρωμένα κι απαραίτητα στοιχεία. Τα περιορισμένα αυτοαναφερόμενα δεδομένα, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι δεν υπήρχε πάντοτε ομάδα ελέγχου, καθιστούν σαφές ότι οι παρεμβάσεις ενδείκνυνται για μελλοντική και βελτιωμένη έρευνα. Εδώ μάλιστα θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα μπορεί να ποικίλουν από νοσοκομείο σε νοσοκομείο ή από ειδικότητα σε ειδικότητα, αφού ποικίλει κι η εργασιακή καταπόνηση. Ακόμα η επίδραση των προγραμμάτων δεν φαίνεται να είναι το ίδιο αυξημένη σε όλους τους τομείς, όπως συνέβη για παράδειγμα στον τομέα της αντοχής, όπου οι μεταβολές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Μπορεί μια πιο εντατική κι εξατομικευμένη παρέμβαση να είναι απαραίτητη και να απαιτείται μια μεγαλύτερη περίοδος παρακολούθησης, καθώς η όποια ευεργετική επίπτωση δεν είναι σίγουρο πως θα είναι και μακροχρόνια. Εξαρτάται φυσικά από τους ίδιους τους συμμετέχοντες να συνεχίσουν να ακολουθούν τις καλές πρακτικές κατά του άγχους. Άλλωστε τους παρέχεται επιπλέον υλικό πέρα από τα βιντεομαθήματα, το οποίο μπορούν να αξιοποιήσουν όπως κι εφόσον το επιθυμούν. Πάντως δεν βρέθηκαν διατηρήσιμα αποτελέσματα μετά από ένα εξάμηνο.

Ξένα Βιβλιογραφία

- Agency For Healthcare Research and Quality (2018). Διαθέσιμο στο: <https://www.ahrq.gov/> [Ανακτήθηκε, 2/2/2019]
- Ahern N., Kiehl E., Sole M. and Byers J.,(2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues Compr. Pediatr. Nurs.* Apr-Jun;29(2):103-125
- Alberts H. and Hülshager U., (2015). Applying mindfulness in the context of work: Mindfulness-based interventions. In *Mindfulness in Organizations. Foundations, Research and Applications*; Reb, J., Atkins, P.W.B., Eds.; Cambridge University Press: Cambridge, UK, pp. 100–132
- Alexopoulos E.C. et al., (2005). A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 27 : 1-7
- Allesoe K. et al., (2010). Psychosocial work environment and risk of ischaemic heart disease in women: the Danish Nurse Cohort Study. *Occupational Environment Medicine*, 67:318-322
- Amit S., Varun S., Darrell R., Schroeder M. and Brian G.,(2013). *Stress Management and Resiliency Training (SMART) Program among Department of Radiology Faculty: A Pilot Randomized Clinical Trial*, Explore, vol.9, March/April
- Armstrong P., (2010). Job Satisfaction in Radiology. <http://www.mironline.org/html/img/pool/Armstrong2010.pdf>. Accessed January 6
- Arnold H. and Feldman D.,(2000) “Handbook of psychology”, *Industrial and Organizational psychology*, 304
- Arora S., Aggarwal R., Moran A., et al (2011). Mental practice: effective stress management training for novice surgeons. *J Am Coll Surg.* Feb ;212(2):225-233
- Baer R., Smith G. and Allen K.,(2004): Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11:191-206
- Bakker A., & Demerouti E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, p. 309-328
- Bakker A., Demerouti E., DeBoer E., Schaufeli B., (2003), Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62, p. 341-356

- Barling J., MacEwen K. & Pratt L., (1988). Manipulating the type and source of social support: An experimental investigation. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 20(2), p. 140-153
- Bazarko D, Cate .R, Azocar F. and Kreitzer M.,(2013). The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *Journal of workplace behavioral health*, 28:107-133
- Brown S, Goske M, Johnson C., (2009). Beyond substance abuse: stress, burnout, and depression as causes of physician impairment and disruptive behavior. *J Am Coll Radiol*. Jul;6(7):479-485
- Brown K. and Ryan R.,(2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. Apr;84(4):822-848
- Campbell-Sills L. and Stein M.,(2007). Psychometric analysis and refinement of the Connordavidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress*. Dec;20(6):1019-1028
- Cannon W.,(1932), *The wisdom of the body*, New York, Norton
- Cimiotti J., Aiken L., Sloane D., Wu E.,(2012). Nurse staffing, burnout, and health care associated infection. *American journal of infection control*, 40:486-490
- Cobb S. and Rose R., (1973). *Hypertension, peptic ulcer and diabetes in air traffic controllers*. *Journal of American Medical Association*, 224: 489-492
- Coffey M.,(1999) Stress and burn out in forensic community mental health nurses: an investigations of its causes and effects. *Journal of psychiatric and mental health nursing* (6): 433-443
- Cohen S., Kamarck T. and Mermelstein R.,(1983): A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*: 385-396
- Collins S. (2008) "Statutory social workers: Stress, job satisfaction, coping, social support and individual differences", *British Journal of Social Work*, 38(6), 1173-1193
- Cooper C., Cooper R. and Eaker L,1988 *Living with stress*, Harmondsworth: Penguin
- Crane M.,(1998).Why burned-out doctors get sued more often. *Medical economics*, 75:210-212, 215-218
- Crawford J., and Henry J., (2004). The positive and negative affect schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *Br. J. Clin. Psychol.*, 43, 245–265

- Dar L., Akmal A., Naseem M. and din Khan K. U. (2011) "Impact of stress on employee's job performance in business sector of Pakistan", *Global Journal of Management and Business Research*, 11(6)
- Dawkins J., Depp F., Seltzer N. Stress and psychiatric nurse, (1985). *Journal of psychosocial nursing* 23(11):9-15
- Edwards M., Rosenbaum S. and Loprinzi P.,(2018). Differential experimental effects of a short bout of walking, meditation, or combination of walking and meditation on state anxiety among young adults. *Am. J. Health Promot.*, 32, 949–958
- Fahrenkopf A., Sectish T., Barger L. et al (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *Bmj*. Mar 1;336(7642):488-491
- Fagin L. and Bartlett H., (1995) The clay bury CPN stress study: background and Methodology
- Fang R. and Li X.,(2015). A regular yoga intervention for staff nurse sleep quality and work stress: A randomised controlled trial. *J. Clin. Nurs.*, 24, 3374–3379
- Feldner M., Babson K. and Zvolensky M.,(2007) Smoking, traumatic event exposure, and posttraumatic stress: a critical review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*. Jan ;27(1):14-45
- Ford G.,(2013). 3rd: Physician burnout: "the call" derailed? *Southern medical journal*,106:295-296
- Fortney L., Luchterhand C., Zakletskaia L., Zgierska A. and Rakel D.,(2013). Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Annals of family medicine*, 11:412-420
- Greenberg J. and Baron R., (2007) *Behavior in organizations: understanding and meaning the human side of work*, Prentice Hall
- Goldstein D. & Kopin I., (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress (The International Journal on the Biology of Stress)*, p.111, 10: 109-120
- Goleman D., (2000) Leadership that gets results. *Harvard Business Review*. March-April, p. 76-90
- Graham J., Ramirez A., Field S. & Richards M., (2000).Job stress and satisfaction among clinical radiologists. *Clin Radiol*. Mar;55(3):182-185; discussion 186

- Halbesleben, J. and Buckley M., (2004), 'Burnout in Organisational Life,' *Journal of Management*, 30:6, p. 859–879
- Halm M., Peterson M., Kandels, M. et al.(2005). Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clinical Nurse Spec* , 19:241–251
- Herman J. & Cullinan W., (1997). Neurocircuitry of stress: central control of the hypothalamo–pituitary–adrenocortical axis, *Trends Neurosci.*, **20**, 78–84
- Hinkle J. and Cheever K. (2013) *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Lippincott Williams & Wilkins
- Hubbard J. & Workman E., (1998). On the nature of stress. In: Handbook of stress medicine: an organ system approach, Hubbard, J.R., & Workman, E.A. (eds). CRC Press: Boca Raton, Florida
- Jenkinson C., Layte R., Jenkinson D., Lawrence K., Petersen S., Paice C. and Stradling J.,(1997). A shorter form health survey: Can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *J. Public Health Med.* **1997**, *19*, 179–186
- Job stress. International Labor Office, United Nations Report (1992). Διαθέσιμο στο : <http://www.stress.org/job.html> [Ανακτήθηκε, 12/2/2019]
- Kabat-Zinn J.,(2005) Bringing mindfulness to medicine. Interview by Karolyn, A. Gazella. *Altern. Ther. Health Med.*, *11*, 56–64
- Kabat-Zinn J.,(1994). *Wherever You Go, There You Are*. New York, NY: Hyperion
- Kabat-Zinn J.,(1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4:33-47
- Kabat-Zinn J., Wheeler E., Light T., Skillings A., Scharf M., Cropley T., Hosmer D. and Bernhard J.,(1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic medicine*, 60:625-632
- Karasek R., Brisson C., Kawakami N., Houtman I., Bongers P. and Amick B., (1998) The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J. Occup. Health Psychol.*, *3*, 322–355

- Kazmi R., Amjad S., and Khan D. (2008) "Occupational stress and its effect on job performance. A case study of medical house officers of district Abbottabad", *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 20(3), 135-139
- Klatt M., Steinberg B. and Duchemin A.,(2015). Mindfulness in Motion (MIM): An Onsite Mindfulness Based Intervention (MBI) for chronically high stress work environments to increase resiliency and work engagement. *J. Vis. Exp.*, 101, e52359
- Klatt M., Buckworth J. and Malarkey W.,(2009). Effects of low-dose mindfulness-based stress reduction (MBSR-ld) on working adults. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 36:601-614
- Kolt G. (2003) "Eustress, distress, and interpretation in occupational stress", *Journal of Managerial Psychology*, 18(7), 726-744
- Kotteeswari M. and Sharief S. (2014) "Job stress and its impact on performance employees working in bpos: a study", *International Journal of advanced research in management*, 5(2), 19-27
- Krasner M., Epstein R., Beckman H., et al (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Jama*. Sep 23 ;302(12):1284-1293
- Lagerstrom M. and Hagberg M. (1999). Prevention and rehabilitation of musculoskeletal disorders in nursing work. Στο Hasselhorn H-M, Toomingas A, Lagerstrom M (eds.). *Occupational health for health care workers*. Amsterdam : Elsevier
- Lamothe M., Rondeau É., Malboeuf-Hurtubise C., Duval M. and Sultan S.,(2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complement Ther. Med.*, 24, 19–28
- Lazar S., Kerr C., Wasserman, R., Gray J., Greve D., Treadway M., McGarvey M., Quinn B., Dusek, J., Benson H., et al. (2005) Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16, 1893–1897
- Lazarus R. and Folkman S., (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company
- Leka S., Griffiths A. and Cox T.,(2003). *Work organisations and stress, protecting workers health* . Switzerland : Work Health Organisation
- Levey R.,(2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Acad Med*. Feb ;76(2):142-150
- Linzer M., Visser M., Oort F., Smets E., McMurray J. and de Haes H.,(2001). Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*. Aug;111(2):170-175

- Locke D., Decker P., Sloan J., et al.(2007). Validation of single-item linear analog scale assessment of quality of life in neuro0-oncology patients. *J Pain Symptom Manage.* Dec ;34(6):628-638
- Loprinzi C., Prasad K., Schroeder D. and Sood A.,(2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clin Breast Cancer.* Dec 2011;11(6):364-368
- Lutz A., Slagter H., Dunne, J. and Davidson R.,(2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn. Sci., 12,* 163–169
- Mackenzie C., Poulin P. and Seidman-Carlson R.,(2006): A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied nursing research : ANR,* 19:105-109
- Maclaughlin B., Wang D., Noone A., Liu N., Harazduk N., Lumpkin M., Haramati A., Saunders P., Dutton M. and Amri H.,(2011): Stress biomarkers in medical students participating in a mind body medicine skills program. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM2011,;*950461
- Malinowski P.,(2013) Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Front. Neurosci* 7, 8
- Mannocci A., Sestili C., Carnevale F., Minotti C., De Giusti M., Villari P., Foà R., Cartoni C. and La Torre G.,(2019). Assessment of burnout in health care personnel in hematological unit of a teaching hospital. *G. Ital. Med. Lav. Ergon., 41,* 45–51
- Marcks B. and Woods D.,(2005) A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: a controlled evaluation. *Behav Res Ther.* Apr;43(4):433-445
- Maslach C. and Jackson S., (1986). *Maslach Burnout Inventory: Second Edition.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- McEwen B., and Wingfield J,(2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Horm Behav.* Jan ;43(1):2-15
- McEwen B.,(1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med.* Jan 15;338(3):171-179
- Mental Help (26/11/08). Found In: http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=15647&cn=117
- Menzies I., (1960). Nurses under Stress. *International Nursing Review,* 7 : 9-16
- Mihail D. and Kloutsiniotis P., (2016). The effects of high-performance work systems on hospital employees' work-related well-being: Evidence from Greece. *European Management Journal,* 34, p. 424-438

- Moskowitz P.,(2001). Career satisfaction declines precipitously among radiologists: survey finds unhealthy coping strategies for stresses brought on by changing work environment. . *Diagnostic Imaging*.(March):63-69
- O’Driscoll M., Byrne S., Mc Gillicuddy A., Lambert S. and Sahm L.,(2017). The effects of mindfulness-based interventions for health and social care undergraduate students - a systematic review of the literature. *Psychol. Health Med.*, 22, 851–865
- OSHA (2007) . European Agency for Safety and Health at Work. Stress. Διαθέσιμο στο: <http://osha.europa.eu/en/topics/stress> [Ανακτήθηκε, 13/2/2019]
- Oshagbemi T. (1999). Overall job satisfaction: how good are single vs. multiple-item measures? *Journal of Managerial Psychology*,14: 388–403
- Piiparinen R. and Smith J.,(2003). Stress symptoms of two groups before and after the terrorist attacks of 9/11/01. *Percept Mot Skills*. Oct ;97(2):360-364
- Pines, A. & Maslach, P. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29: 233-237
- Prouska R., (2009). Greece Statistical Profile. The Sloan Center on Aging and Work at Boston College. Retrieved from: <http://www.eurofound.europa.eu/press/releases/2008/080915.htm>
- R Core Team (2013). A language and environment for statistical computing R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria URL <http://www.R-project.org/>.
- Riley K., Park C., Wilson A., Sabo A., Antoni M., Braun T., Harrington J., Reiss J., Pavalis E., Harris A., et al.,(2017). Improving physical and mental health in frontline mental health care providers: Yoga-based stress management versus cognitive behavioral stress management. *J. Workplace Behav. Health*, 32, 26–48
- Rizwan M., Waseem A., Bukhari S. (2014) “Antecedents of job stress and its impact on job performance and job satisfaction”, *International Journal of Learning & Development*, 4(2), 187-203
- Selye H., (1987). *Stress without Distress*. Transworld London
- Selye H.(1956). *The stress of life*. New York :Ed. McGraw Hill
- Shanafelt T, Boone S, Tan L, et al.,(2012).Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. Oct 8 ;172(18):1377-1385
- Shanafelt T., Sloan J. and Habermann T.(2003). The well-being of physicians. *The American journal of medicine*, 114:513-519

- Shapiro S., Schwartz G and Bonner G.,(1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of behavioral medicine*. Dec; 21(6):581-599
- Shapiro S., Astin J., Bishop S. and Cordova M.,(2015). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12:164
- Sheldon K. and Lyubomirsky S.,(2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1:73-82
- Slagter H., Davidson R. and Lutz A.,(2011) Mental training as a tool in the scientific study of brain and cognitive plasticity. *Front. Hum. Neurosci.*, 5, 17
- Smith S.,(2014). Mindfulness-based stress reduction: An intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *Int. J. Nurs. Knowl.*, 25, 119–130
- Smith C., Hancock H., Blake-Mortimer J. and Eckert K., (2007). A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Complement Ther Med*. Jun ;15(2):77-83
- Smith J.,(1993). *Creative stress management: 1-2-3 COPE System*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Sood A., Prasad K., Schroeder D. and Varkey P.,(2011). Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. *J Gen Intern Med*. Aug ;26(8):858-861
- Spielberger C., Gorsuch R., Lushene R., Vagg P. and Jacobs G.,(1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*; Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA, USA
- Spinelli C., Wisener M. and Khoury B.,(2019). Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Psychosom. Res.*, 120, 29–38
- Stillwell S., Vermeesch A. and Scott J.,(2017). Interventions to reduce perceived stress among graduate students: A systematic review with implications for evidence-based practice. *Worldviews Evid. Based Nurs.*, 14, 507–513
- Tang Y., Hölzel B. and Posner, M.,(2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat. Rev. Neurosci.*,16, 213–225
- Tang Y., Lu Q., Fan M., Yang Y. and Posner M.,(2012). Mechanisms of white matter changes induced by meditation. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 109, 10570–10574

- Taylor C., Graham J., Potts H., Richards M. and Ramirez A.,(2005). Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet*. Aug 27-Sep 2 ; 366(9487):742744
- The American Institute of Stress (24/11/2008). The effects of Stress. Found In: <http://www.stress.org/topic-effects.htm>
- Thomas N.,(2004) Resident burnout. *Jama*. Dec 15;292(23):2880-2889
- The Happy MD [<http://www.thehappymd.com/>]
- Van den Heuvel S., Roozeboom B., Eekhout I. and Venema A.,(2019). Management of Psychosocial Risks in European Workplaces: Evidence from the Second European Survey of Enterprises on New and Merging Risks (ESENER-2).Available online: <https://osha.europa.eu/en/publications/management-psychosocialrisks-european-workplaces-evidence-second-european-survey> (accessed on 6 April 2020)
- Vermeulen G., (2007). Συνθήκες Εργασίας στην Ελλάδα σε σύγκριση με το επίπεδο της ΕΕ με ιδιαίτερη μνεία στο γηράσκον εργατικό δυναμικό. Διαθέσιμο στο: <http://www.eurofound.europa.eu/docs/events/roadshowel/workingconditions-el.pdf>
- Ware J. and Sherbourne C.,(1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care*, 30, 473–483
- Watson D., Clark L. and Tellegen A., (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 54, 1063–1070
- Wetzel C., George A., Hanna G. et al (2011). Stress management training for surgeons-a randomized, controlled, intervention study. *Ann Surg*. Mar 2011;253(3):488-494
- WHO (2003). Work organization and stress. Institute of Work. Health Organizations
- Williams E., Manwell L., Konrad T. and Linzer M.(2007).The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health care management review*, 32:203-212.
- Zeidan F., Johnson, S., Diamond B., David Z. and Goolkasian P.(2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious. Cogn.*, 19, 597–605

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αλεξιάς Γ., Αναγνωστόπουλος Φ. και Πιλάτης Ι., (2010). Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131: 109-136
- Αντωνίου Α.Σ., (2006) Επαγγελματικό στρες. Εκδ., Παρισιάνου, Αθήνα
- Αντωνίου Α.Σ. (2007). *Πηγές εργασιακού στρες*. Αθήνα : ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε
- Δεμερούτη Ε., (2001). Επαγγελματική εξουθένωση: ορισμός και σχέση της με τις εργασιακές συνθήκες σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς. Στο: Ε. Βασιλάκη, Σ. Τριλίβα & Η. Μπεζεβέγκης, Η. (Εκδ.), Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους. *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα
- Κάντας Α., (1995). *Οργανωσιακή - Βιομηχανική Ψυχολογία*, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Μανδαλά Μ., (2007). *Μείζον Ελληνικό Λεξικό*. Τεγόπουλος-Φυτράκης: Αθήνα
- Μάρκου Π., (2005). Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16;21-2
- Μπαμπινιώτης Γ. (2005). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, Β' έκδοση. Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.: Αθήνα
- Μπελλάλη Θ. και συν.(2007). Διερευνώντας της επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 :76-85
- Παπαγεωργίου Δ. και συν.(2007). Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*, 46:237-245
- Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα : Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Σκούλας Ν., (1998), *Διαχείριση και Ανάπτυξη Ανθρώπινων Πόρων*
- Τούντας Γ., (2011), *Κοινωνία και υγεία*, Οδυσσέας, Νέα Υγεία
- Χρηστίδης Δ. (2001). *Εφαρμογές Βιοανατροφοδότησης*. Έλλην: Αθήνα
- Χυτήρης Λ.,(2001), *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Interbooks