

Treatment of Occupational Burnout in Health Professionals: A scoping review

Michailidou C.*, Kotiadou, C., Spyriadou, M.

Department of Life and Health Sciences, Physiotherapy Program, University of Nicosia, 46, Makedonitissas Avenue, Nicosia, 1700, Cyprus.

Abstract

In recent decades there have been increasing reports in the international literature about the occurrence of burnout in health professionals which endangers their psychosomatic health and their quality of life. Prompt recognition of the symptoms of burnout in order to treat it in a timely manner is of the utmost importance to improve the health status of the patients, who in this case practice a health profession themselves and their personal situation may have an impact on the health of their patients. The present scoping review aims to investigate therapies for treating burnout in nurses, doctors and physiotherapists. A bibliographic search was performed in international electronic databases for the search periods 1982 - 2018 for nurses and physiotherapists and 2016 - 2018 for doctors. The studies selected were randomized controlled trials, controlled clinical trials and cohort studies. A total of 25 studies met the inclusion and exclusion criteria, of which 20 referred to nurses and 5 to doctors. Of the 25 studies found, 10 were about the therapeutic intervention of "consciousness", while other methods of intervention were psychosocial, organizational, pharmaceutical, yoga, as well as group discussions and training interventions. The number of studies related to burnout and intervention methods was relatively satisfactory, although in some studies there was a small sample size and no homogeneity of the participating population. In the future, more randomized studies should be conducted with a larger sample representative of the specific health professions. The complete lack of studies in physiotherapists points to the need for quality studies.

Keywords: Burnout; doctors; nurses; physiotherapists, treatment, rehabilitation.

Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Επαγγελματίες Υγείας: Ανασκόπηση Πεδίου

Μιχαηλίδου Χ.*, Κοτιάδου, Χ., Σπυρλιάδου, Μ.

*Τμήμα Επιστημών Ζωής και Υγείας, Πρόγραμμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο
Λευκωσίας, 46, Λεωφόρος Μακεδονίτισσας, Λευκωσία, 1700, Κύπρος.*

Περίληψη

Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχουν αυξανόμενες αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας η οποία θέτει σε κίνδυνο την ψυχοσωματική υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Η γρήγορη αναγνώριση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης με σκοπό την έγκαιρη αντιμετώπισή της είναι υψίστης σημασίας για να βελτιώσει την κατάσταση υγείας των ασθενών, οι οποίοι στη συγκεκριμένη περίπτωση πράττουν οι ίδιοι τους ένα επάγγελμα υγείας και η προσωπική τους κατάσταση θα έχει ενδεχομένως αντίκτυπο στην κατάσταση των ασθενών τους. Η παρούσα ανασκόπηση πεδίου έχει ως στόχο τη διερεύνηση των θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτές, γιατρούς και φυσικοθεραπευτές. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση σε διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων με περιόδους αναζήτησης 1982 – 2018 για τους νοσηλευτές και τους φυσικοθεραπευτές και 2016 – 2018 για τους γιατρούς. Οι μελέτες ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές και μελέτες σειράς. Συνολικά 25 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού, εκ των οποίων οι 20 αναφέρονταν σε νοσηλευτές και οι 5 σε γιατρούς. Από τις 25 μελέτες που βρέθηκαν, οι 10 αφορούσαν τη θεραπευτική παρέμβαση της «ενσυνειδητότητας», ενώ άλλες μέθοδοι παρέμβασης ήταν ψυχοκοινωνικές, οργανωτικές, φαρμακευτικές, γιόγκα, καθώς και ομαδικές παρεμβάσεις συζήτησης και εκπαίδευσης. Ο αριθμός των μελετών σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση και τις μεθόδους παρέμβασης ήταν σχετικά ικανοποιητικός αν και σε κάποιες μελέτες υπήρχε μικρός αριθμός δείγματος και ανομοιομορφία του πληθυσμού συμμετοχής. Στο μέλλον πρέπει να πραγματοποιηθούν περισσότερες τυχαιοποιημένες μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα αντιπροσωπευτικό από τα συγκεκριμένα επαγγέλματα υγείας. Η πλήρης έλλειψη μελετών σε φυσικοθεραπευτές επιτάσσει την ανάγκη πραγματοποίησής και ποιοτικών μελετών.

Λέξεις κλειδιά: Εξάντληση, γιατροί, νοσοκόμες, φυσιοθεραπευτές, θεραπεία, αποκατάσταση.

1 Εισαγωγή

Ο όρος «Επαγγελματική Εξουθένωση» (Ε.Ε.) επιστημονικά περιεγράφηκε για τους επαγγελματίες υγείας στη δεκαετία του '70 όπου χαρακτηρίστηκε ως ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχολογικής φθοράς (Freudenberger 1974). Στη δεκαετία που ακολούθησε, αλλά και μέχρι πρόσφατα, περισσότεροι ερευνητές ασχολήθηκαν με την Ε.Ε. αναπτύσσοντας διάφορες θεωρίες που είχαν ως στόχο να εξηγήσουν την έννοιά της και να παρουσιάσουν τις πτυχές της (Shirom & Melamed, 2006; Kristensen et al., 2005; Pines 1996; Hobfoll, 1989; Maslca, 1981; Pines και Aronson, 1981; Cherniss, 1980; Edelwich & Brodsky, 1980).

*Corresponding author: e-mail: michaiidou.c@unic.ac.cy

Από τη δημιουργία του πρώτου ψυχομετρικού εργαλείου αξιολόγησης για την Ε.Ε, του Maslach's Burnout Inventory-MBI" (Maslach & Jackson, 1981) οι επιστημονικές μελέτες γύρω από την Ε.Ε σε επαγγελματίες υγείας αυξήθηκαν εστιάζοντας κυρίως γύρω από γιατρούς και νοσηλευτές (Hall et al., 2016). Η εμφάνιση της Ε.Ε. μπορεί να οφείλεται σε στρεσογόνους παράγοντες και εργασιακές συνθήκες (Pines, 1996) αλλά και σε ατομικούς παράγοντες και χαρακτηριστικά (Αντωνίου, 1999; Maslach et al., 1997; Vachon et al., 1987). Οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται επιρρεπείς στην εμφάνιση της Ε.Ε. λόγω της συχνής προσωπικής και συναισθηματικής επαφής με τους ασθενείς τους (Maslach, 1976; Freudenberg, 1974). Πρωταρχικός ρόλος στα επαγγέλματα αυτά είναι να θέτουν σε προτεραιότητα τις ανάγκες των ασθενών τους, να εργάζονται πολλές ώρες και να κάνουν ότι χρειάζεται για να προσφέρουν φροντίδα (Maslach & Leiter 2006). Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας έρχονται συχνά σε επαφή με ασθενείς με διάφορες παθήσεις αλλά και με αρκετούς θανάτους οδηγώντας τους στο να αντιμετωπίζουν διάφορα επίπεδα συναισθηματικής καταπόνησης από το εργασιακό τους περιβάλλον και να θεωρούνται πιο επιρρεπείς στην Ε.Ε (Maslach, 2003).

Από τις πρώτες θεωρίες που αναπτύχθηκε και παραμένει ευρέως αποδεκτή είναι της Maslach & Jackson (1981) όπου γίνεται αναφορά σε τρεις (3) διαστάσεις της Ε.Ε., την Συναισθηματική Εξάντληση, την Αποπροσωποποίηση και την Προσωπική Ολοκλήρωση. Συγκεκριμένα, η συναισθηματική εξάντληση αντιπροσωπεύει το άγχος που είναι σημαντικός παράγοντας στην Ε.Ε., και περιλαμβάνει συναισθήματα ψυχικής και σωματικής εξάντλησης με αποτέλεσμα τη μείωση της ενέργειας και της διάθεσης του ατόμου. Οι εργαζόμενοι αισθάνονται πως δεν μπορούν να αποδώσουν στην εργασία τους εφόσον δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν άλλη μια μέρα ή άλλο ένα πρόβλημα λόγω της καταπόνησης και της υπερφόρτωσης που βιώνουν σε αυτήν (Maslach & Jackson 1981). Η διάσταση της αποπροσωποποίησης σχετίζεται με την αποξένωση του επαγγελματία από τους ασθενείς/πελάτες τους και τη δημιουργία, με την πάροδο του χρόνου, κυνικής ή και επιθετικής συμπεριφοράς. Με βάση τη θεωρία της Maslach & Jackson (1981), ένα παράδειγμα αποπροσωποποίησης είναι οι επαγγελματίες να μην αναφέρουν το όνομα του ασθενή αλλά τον αριθμό του δωματίου ή τον τύπο ασθένειας. Τέλος, η διάσταση της προσωπικής ολοκλήρωσης σχετίζεται με την τάση του επαγγελματία να αξιολογεί αρνητικά τον ίδιο του τον εαυτό σε σχέση με τη δουλειά και τους ασθενείς/πελάτες του. Επιπλέον, τα επαγγελματικά επιτεύγματα και ο εαυτός του δεν τον ικανοποιούν (Maslach & Jackson 1981).

Το ποσοστό εμφάνισης της Ε.Ε. αναφέρεται σε αρκετά υψηλό καθώς στους νοσηλευτές αναφέρεται σε 28% (Heinen et al. 2013) αλλά και σε 36% (Rezaei et al., 2018). Σε Έλληνες νοσηλευτές έχει αναφερθεί σε ποσοστό 78% (Aiken et al., 2012). Σε γιατρούς το ποσοστό εμφάνισης της Ε.Ε. αναφέρεται σε 16% - 47% (Shanafelt et al., 2015; Soler et al., 2008), ενώ μια μελέτη στην Κίνα βρήκε ότι μέχρι 88% των γιατρών αναφέρουν έστω ένα σύμπτωμα της Ε.Ε. (Lo et al., 2018). Οι μελέτες που αφορούν την εμφάνιση της Ε.Ε. σε φυσικοθεραπευτές είναι περιορισμένες και αναφέρουν ποσοστά 15% - 74% (Al-Imam et al., 2014; Fisher et al., 2013; Pavlakis et al., 2010). Σε μελέτη που έγινε σε Κύπριους φυσικοθεραπευτές η Ε.Ε σε αυτούς που εργάζονται στον δημόσιο τομέα ήταν 14% ενώ σε αυτούς που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα ήταν αρκετά πιο αυξημένη στο 26% (Pavlakis et al., 2010).

Η εμφάνιση της Ε.Ε σε επαγγελματίες υγείας έχει άμεσες συνέπειες στον ευρύτερο τομέα της υγείας αφού παρουσιάζεται συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισής της σε νοσηλευτές και την πρόθεση αυτών να εγκαταλείψουν τον χώρο εργασίας τους (Heinen et al., 2013) αλλά και μείωση στην παροχή ασφάλειας των ασθενών (Rodrigues et al., 2017; Halt et al., 2016) καθώς μπορούν να προκληθούν πολλά ιατρικά λάθη (Connor et al., 2017; Shanafelt et al., 2010). Αναφέρεται ότι 66% των νέων γιατρών με Ε.Ε. έχουν κάνει ένα ιατρικό σφάλμα (Connor et al., 2017). Καθίσταται υψίστης σημασίας οι επαγγελματίες

υγείας να έχουν υποστήριξη τόσο ψυχική όσο και σωματική. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφορες ατομικές παρεμβάσεις οι οποίες κατευθύνονται γύρω από ένα άτομο ή μια ομάδα και περιλαμβάνουν γνωστικά συμπεριφορικά προγράμματα για την ενίσχυση των επαγγελματικών και προσωπικών ικανοτήτων, κοινωνική υποστήριξη και διάφορες ασκήσεις χαλάρωσης, καθώς και οργανωτικές παρεμβάσεις οι οποίες συμβάλλουν σε περιβαλλοντικές εργασιακές αλλαγές, όπως αλλαγές στο χρονοδιάγραμμα των εργαζομένων, μείωση της έντασης στο φόρτο εργασίας, αύξηση ελέγχου εργασίας και του επιπέδου συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων (Panagioti et al., 2016; Awa et al., 2010). Ο συνδυασμός προσωπικών κατευθυνόμενων παρεμβάσεων και οργανωτικών παρεμβάσεων εφαρμόζεται επίσης.

Η μέθοδος της «ενσυνειδητότητας» χρησιμοποιείται συχνά στην αποκατάσταση της Ε.Ε. (Creswell et al., 2017; Zinn, 2003) και σε ασθενείς που είναι οι ίδιοι τους επαγγελματίες υγείας (Goodman et al., 2012) δίνοντας έμφαση σε τρία βασικά στοιχεία 1) την επίγνωση, που περιλαμβάνει τον έλεγχο του εξωτερικού περιβάλλοντος και του εσωτερικού εαυτού, 2) την προσοχή, με στόχο την ικανότητα επικέντρωσης σε συνειδητές και με επίγνωση καθημερινές πράξεις και 3) τη θύμηση, που έχει ως στόχο την επαναφορά της προσοχής και της επίγνωσης στο παρόν (Παπατριανταφύλλου, 2014). Υπάρχει άλλη μια διαδεδομένη μορφή της μεθόδου της ενσυνειδητότητας, με την αγγλική ορολογία "Mindfulness Based Stress Reduction" (MBSR) η οποία είναι ένα ομαδικό πρόγραμμα που έχει ως στόχο τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, την ανάπτυξη ικανοτήτων διαχείρισης αγχωτικών καταστάσεων, τη βελτίωση της προσοχής και την επίγνωση της ψυχικής ανθεκτικότητας (Παπατριανταφύλλου, 2014). Το ομαδικό αυτό πρόγραμμα διαρκεί οκτώ εβδομάδες για τρεις ώρες την εβδομάδα και περιλαμβάνει διατακτικές ασκήσεις που χρησιμοποιούνται στη γιόγκα, ομαδικές συζητήσεις, ασκήσεις ενσυνειδητής επικοινωνίας, καθώς και ασκήσεις ενσυνειδητότητας για το σπίτι (Creswell et al., 2017; Goodman et al., 2012; Παπατριανταφύλλου 2014).

Η βιβλιογραφία αναφέρει ήδη τα σημαντικά ποσοστά εμφάνισης της Ε.Ε. παρόλα αυτά η αντιμετώπιση της Ε.Ε στους επαγγελματίες υγείας φαίνεται να είναι περιορισμένη ή μη ευρέως διαδεδομένη. Καθώς τα επαγγέλματα υγείας όπως η νοσηλευτική, η ιατρική και η φυσικοθεραπεία έχουν άμεση επαγγελματική επαφή με τους ασθενείς, αλλά και στενή συνεργασία μεταξύ τους, εμφάνιση της Ε.Ε σε αυτά τα επαγγέλματα μπορεί να επηρεάσει τόσο τη συνεργασία τους όσο και την ασφάλεια των ίδιων των επαγγελματιών υγείας αλλά και των ασθενών τους. Στόχος της συγκεκριμένης ανασκόπησης πεδίου είναι να επισημανθούν οι διαθέσιμες θεραπείες για την αντιμετώπιση της Ε.Ε, αλλά και να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά τους και σε επαγγέλματα υγείας και πέρα από τους Ιατρούς για τους οποίους υπάρχει μια σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση (Panagioti et al., 2017).

2 Μέθοδος

2.1 Στρατηγική Αναζήτησης

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση ερευνητικών άρθρων που έκαναν αναφορά σε μελέτες που αφορούν τις θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε με συστηματικό τρόπο από δύο συγγραφείς (Μ.Σ και Χ.Κ) ανεξάρτητα στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Medline, Science Direct και Google Scholar. Οι συγγραφείς εξέτασαν τις λίστες αναφοράς των άρθρων που είχαν εντοπιστεί με σκοπό την πιθανή εξεύρεση επιπλέον άρθρων που πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής της ανασκόπησης. Οι λέξεις κλειδιά που

χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Burnout, nurses, physicians, doctors, physiotherapists, intervention, therapy, treatment, rehabilitation. Οι φράσεις αναζήτησης περιλάμβαναν τις λέξεις κλειδιά με τη συγκεκριμένη ροή: Burnout AND Nurses/Physicians or Doctors/Physiotherapists AND Intervention OR Treatment OR Therapy OR Rehabilitation.

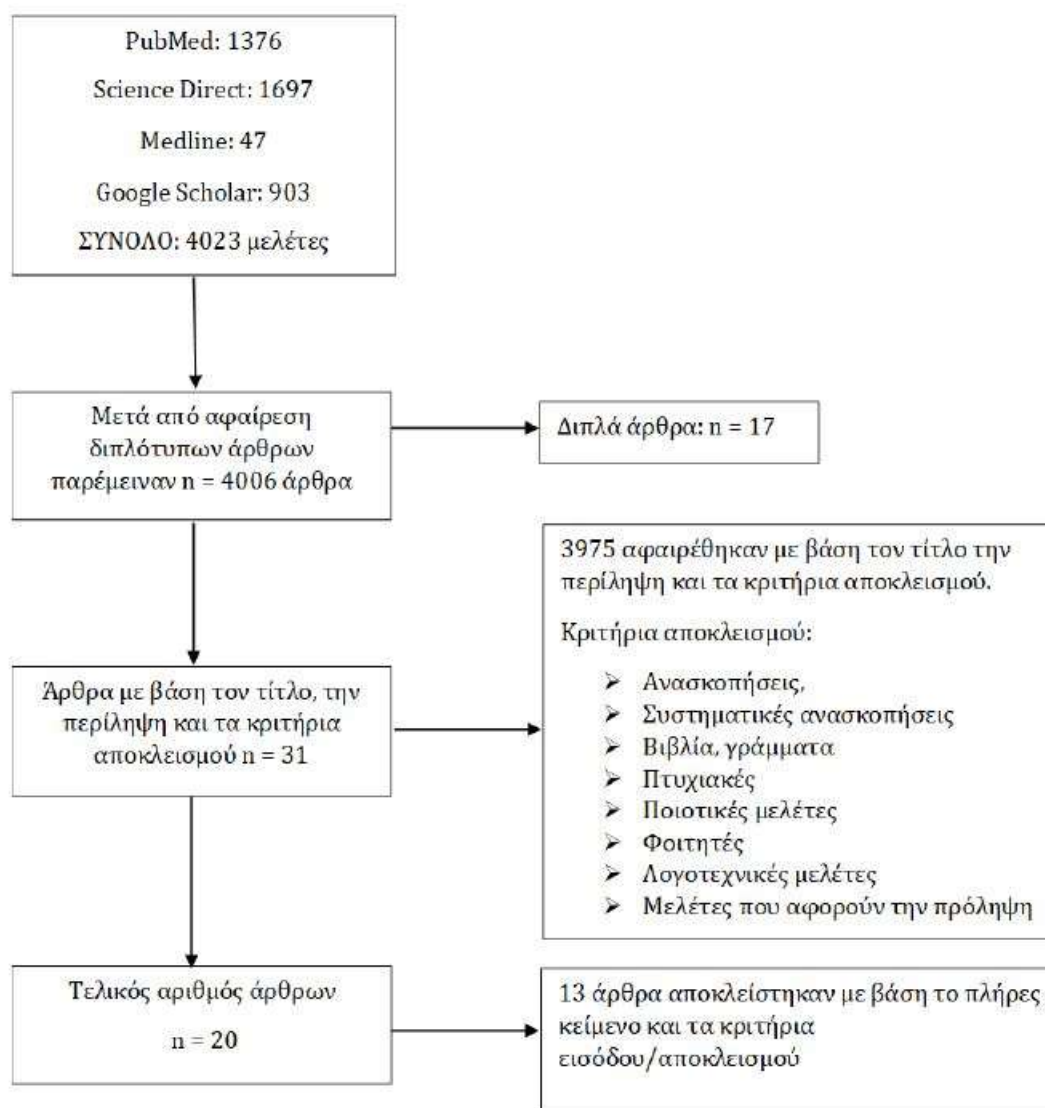
Η χρονολογία εύρεσης των άρθρων βασίστηκε σύμφωνα με την τελευταία ανασκόπηση που βρέθηκε στη διεθνή βιβλιογραφία για το κάθε ένα από τα τρία επαγγέλματα υγείας που μελετώνται ξεχωριστά και γύρω από τις μεθόδους παρέμβασης και αντιμετώπισης της Ε.Ε. Σύμφωνα με αυτό το κριτήριο βρέθηκε να υπάρχει προηγούμενη ανασκόπηση πεδίου μόνο για τους γιατρούς (Panagioti et al., 2017) η οποία συμπεριλάμβανε μελέτες μέχρι τις 31 Μαΐου του 2016. Επομένως, η αναζήτηση ερευνητικών άρθρων για την παρούσα ανασκόπηση όσον αφορά τους γιατρούς τέθηκε από το 2016 έως τον Ιούλιο του 2018. Η χρονολογία αναζήτησης μελετών για τους νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές ορίστηκε από το 1981 όπου είναι το έτος δημιουργίας του πρώτου ευρέως χρησιμοποιούμενου ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach & Jackson, 1981).

2.2 Κριτήρια Εισδοχής και Αποκλεισμού

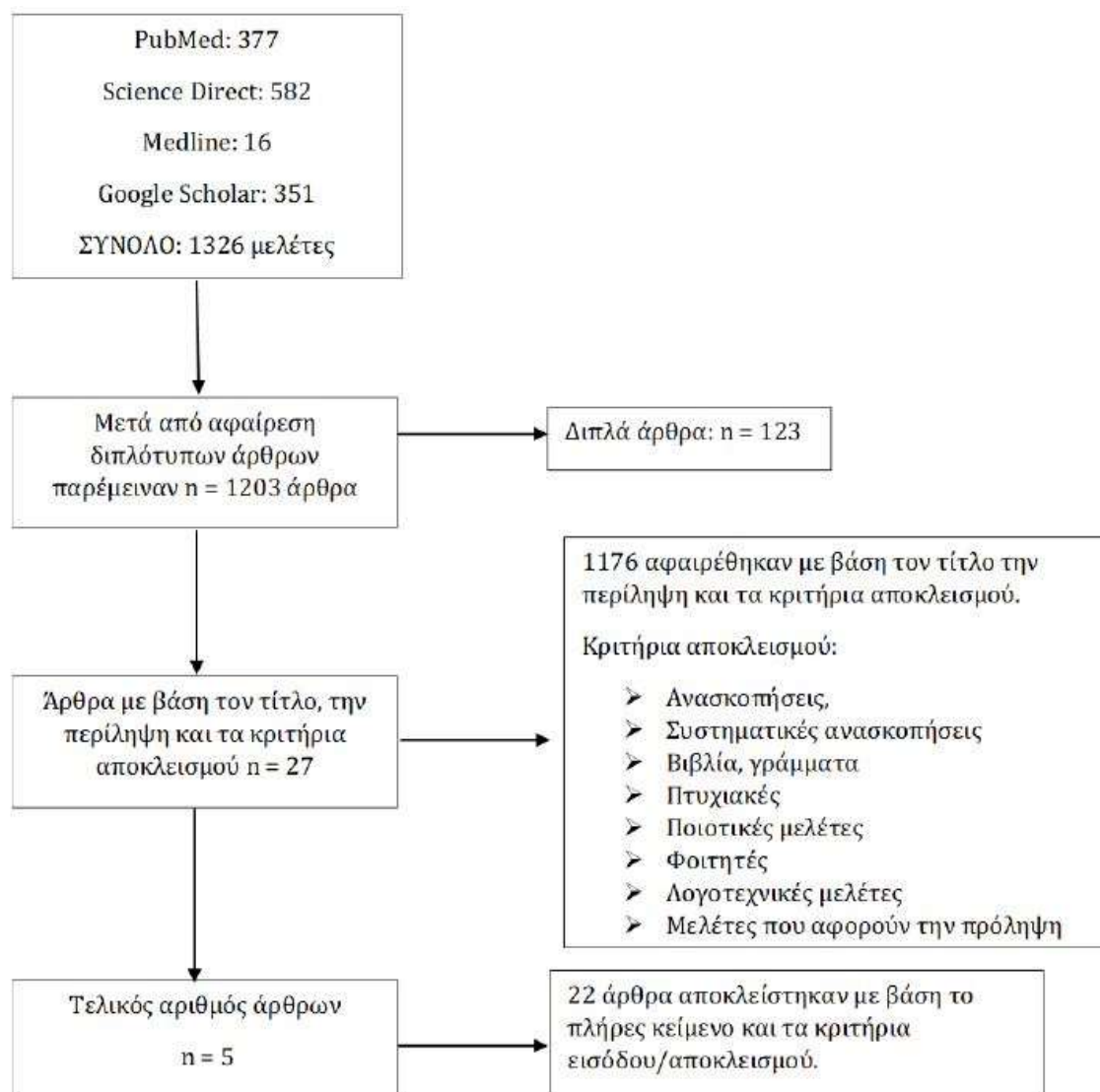
Μελέτες που δημοσιεύθηκαν στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα και ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (randomized controlled studies), ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές (controlled clinical trial) ή ήταν μελέτες σειράς (cohort studies) ήταν κατάλληλες για να συμπεριληφθούν στην ανασκόπηση. Οι συμμετέχοντες στις μελέτες έπρεπε να έχουν επαγγελματική εξουθένωση και να είναι γιατροί, νοσοκόμες ή φυσικοθεραπευτές. Το χρονικό πλαίσιο για την αναζήτηση ήταν 2016-2018 για τους γιατρούς και 1982-2018 για τις νοσοκόμες και τους φυσικοθεραπευτές. Κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου της έρευνας διαβάστηκε η περίληψη των άρθρων που βρέθηκαν για κάθε κατηγορία και εάν πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής, τότε το πλήρες κείμενό τους ελέγχθηκε για την επιλεξιμότητα για συμμετοχή στο επόμενο στάδιο της μελέτης (δεύτερο στάδιο αναζήτησης).

2.3 Ταυτοποίηση Μελετών

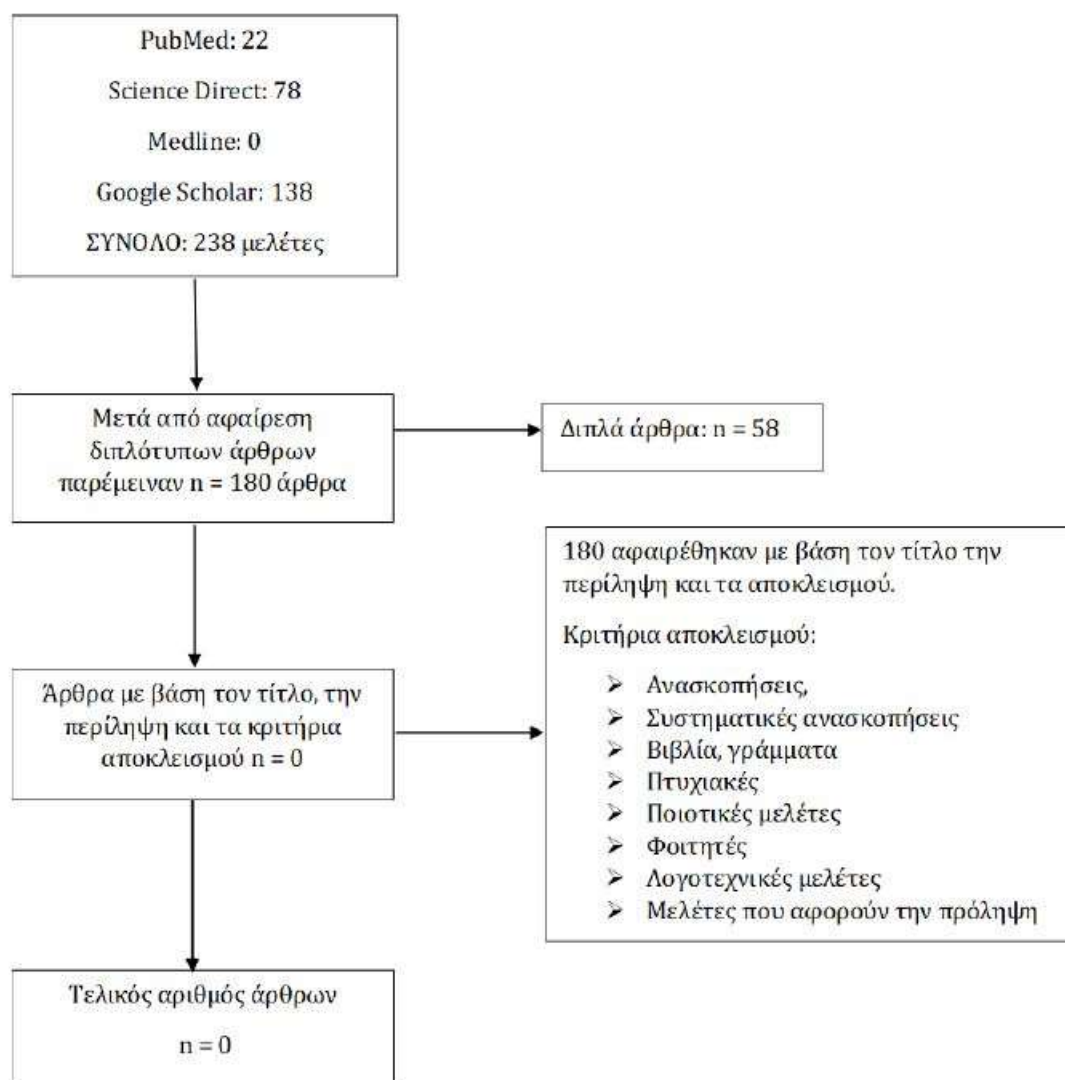
Η αναζήτηση των άρθρων πραγματοποιήθηκε για το κάθε τομέα ξεχωριστά. Για την αρχειοθέτηση, κατανομή και αφαίρεση των διπλότυπων άρθρων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα RefWork (2018). Η αρχική αναζήτηση για τους γιατρούς απέδωσε συνολικά 1,326 άρθρα καθώς και για τους νοσηλευτές 4,023, έπειτα τα άρθρα μειώθηκαν σε 20 για τους νοσηλευτές και 5 για γιατρούς. Σύμφωνα με την αναζήτηση ερευνητικών άρθρων για τους φυσικοθεραπευτές αρχικά βρέθηκαν 238 άρθρα αλλά κανένα δεν πληρούσε όλα τα κριτήρια εισδοχής και έτσι δεν επιλέχθηκαν. Τα διαγράμματα ροής στις Εικόνες 1-3 παρουσιάζουν τα αποτελέσματα.



Εικόνα 1: Διάγραμμα ροής άρθρων επαγγελματικής εξουθένωσης και μέθοδοι παρέμβασης σε νοσηλευτές



Εικόνα 2: Διάγραμμα ροής άρθρων επαγγελματικής εξουθένωσης και μέθοδοι παρέμβασης σε γιατρούς



Εικόνα 3: Διάγραμμα ροής άρθρων επαγγελματικής εξουθένωσης και μέθοδοι παρέμβασης σε φυσικοθεραπευτές

2.4 Σύνδεση, Εξαγωγή και Αξιολόγηση Ποιότητας Μελετών

Όλες οι μελέτες που εντοπίστηκαν συνοψίστηκαν περιγραφικά και παρουσιάζονται με τη μορφή πινάκων στην ανάλυση των αποτελεσμάτων. Η εξαγωγή δεδομένων έγινε από κάθε αξιολογητή ξεχωριστά ακολουθώντας κοινά κριτήρια που είχαν προ-καθοριστεί και στη συνέχεια σε συνεργασία τοποθετήθηκαν σε πίνακες. Για την αξιολόγηση της ποιότητας των άρθρων χρησιμοποιήθηκε το «Quality Assessment Tool for Quantitative studies» το οποίο δημιουργήθηκε από το Effective Public Health Practice Project (EPHPP) το 1998 με σκοπό τη χρήση στη δημόσια υγεία και μπορεί να εφαρμοστεί στην αξιολόγηση άρθρων με οποιονδήποτε θεματικού τομέα της δημοσίας υγείας. Συγκεκριμένα, το εργαλείο αυτό παρέχει ένα τυποποιημένο μέσο για την αξιολόγηση της ποιότητας της μελέτης με σκοπό την παροχή συστηματικών αναθεωρήσεων υψηλής ποιότητας, για την αντιμετώπιση της ανάγκης του τομέα της δημόσιας υγείας. Το EPHPP αξιολογεί τις μελέτες

σε οκτώ (8) κατηγορίες: 1) μεροληψία επιλογής (selection bias), 2) σχεδιασμός μελέτης (study design), 3) μεταφορές (confounders), 4) τύφλωση (blinding), 5) μέθοδοι συλλογής δεδομένων (data collection methods), 6) αποσύρσεις & εγκαταλείψεις (withdrawals & drop-outs), 7) ακεραιότητα παρέμβασης (intervention integrity), και 8) ανάλυση κατάλληλη για την ερώτηση (analysis appropriate to question). Το EPHPP βαθμολογεί την ποιότητα των μελετών σε ισχυρή, μέτρια και ασθενές (Effective Public Healthcare Panacea Project., 2018)

3 Αποτελέσματα

Συνολικά βρέθηκαν 25 άρθρα να πληρούν όλα τα κριτήρια εισδοχής στην ανασκόπηση πεδίου και είχαν σχέση με παρέμβαση για την επαγγελματική εξουθένωση σε νοσηλευτές (20 μελέτες) και γιατρούς (5 μελέτες). Καμία μελέτη δε συμπεριλήφθηκε για τους φυσικοθεραπευτές αφού δεν πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής. Από τα 25 άρθρα τα 12 αναφέρονταν σε παρέμβαση μέσω θεραπείας «ενσυνειδήσεως» (mindfulness) με τα τρία εκ των οποίων να είναι πολλαπλές δημοσιεύσεις της ίδιας μελέτης τοποθετώντας τις διαφορετικές μελέτες με τη προσέγγιση της «ενσυνειδητότητας» σε δέκα. Στις μελέτες που χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ενσυνειδητότητας, μόνο δύο αφορούσαν τους γιατρούς (Ireland et al., 2017; Pflugeisen et al., 2016). Σε όλες όλοι οι συμμετέχοντες ή το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών ήταν γυναίκες, ηλικίας ως 70 ετών και επαγγελματική εμπειρία (στις μελέτες που αυτό αναφέρεται) έως περίπου τα 40 έτη (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά– Μέθοδος Παρέμβασης «Ενσυνειδητότητα» (Mindfulness)

Μελέτη	Συμμετέχοντες	Φύλο ♀		Ηλικία		Επαγγελματική Εμπειρία		
		%	Έτη	%	Μέση Τιμή (SD)	Έτη	%	Μέση Τιμή (SD)
1. Wylde et. al., 2017	Νοσηλευτές	92	<23 23–30 31–40 41–50	29 56 12 2				
2. Duarte et. al., 2016	Νοσηλευτές	87.50	25-56		Ο.Π 38.9 (8.34) Ο.Ε. 42.11(8.43)			Ο.Π.15.92(7.84) Ο.Ε.19.74(9.28)
3. Gauthier et. al., 2015	Νοσηλευτές Παιδιατρικής ΜΕΘ	93	26–39 40–49 50–59 60–70	75 9 11 4		≤5 ≤10 ≤15 ≤20 >20	64 13 7 4 11	
4. Mealer et. al., 2014	Νοσηλευτές ΜΕΘ	89						Ο.Π: 4.88 (4.16) Ο.Ε: 5.81 (7.36)
5. Bazarko et. al., 2013	Νοσηλευτές	100			52	0–5 6–10 11–15	50 19 14	
6. Mackenzie et. al., 2006	Νοσηλευτές & Βοηθοί Νοσηλευτών	97			Ο.Π:48.69(6.52) Ο.Ε: 44.78(8.16)			

7. Cohen-Katz et. al., 2005 I, II & III	Νοσηλεύτες	100	32-60	46	
8. Ireland et. al., 2017	Ιατροί	64	22-48	26.88 (4.79)	
9. Pflugeisen et. al., 2016	Ιατροί	39	32-68	46	0-38
10. Taylor et. al., 2016	Παιδίατροι				

SD= Standard Deviation (Τυπική Απόκλιση), Ο.Π= Ομάδα Παρέμβασης, Ο.Ε= Ομάδα Ελέγχου

Οι πέντε από τις δέκα μελέτες αφορούσαν παρέμβαση για την μείωση του άγχους μέσω ενσυνειδητότητας “Mindfulness Based Stress Reduction - MBSR” (Duarte et al., 2016; Gauthier et al., 2015; Bazarko et al., 2013; Mackenzie et al., 2006; Coher-Katz et al., 2005), μία μελέτη εφάρμοσε την παραδοσιακή παρέμβαση ενσυνειδητότητας οκτώ εβδομάδων (Ireland et al., 2017), ενώ τρεις μελέτες τροποποίησαν την παρέμβαση σε μικρότερης διάρκειας τεσσάρων ή έξι εβδομάδων (Duarte et al., 2016, Gauthier et al., 2015, Mackenzie et al., 2006). Οι υπόλοιπες μελέτες εφάρμοσαν την ενσυνειδητότητα με διαφορετικές μορφές, όπως με τη χρήση εφαρμογής μέσω έξυπνου τηλεφώνου (smartphone) (Wylde et al., 2017; Taylor et al., 2016), σε τη χρήση βίντεο (Pflugeisen et al., 2016) και με μικτές παρεμβάσεις (Mealer et al., 2014) (Πίνακας 2). Η παρέμβαση της ενσυνειδητότητας μέσω της χρήσης κινητού (smartphone) παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα αλλά όχι όταν προϋπάρχει διαταραχή μετατραυματικού στρες (Wylde et al., 2017).

Πίνακας 2: Αποτελέσματα Μελετών – Μέθοδος Παρέμβασης «Ενσυνειδητότητα» (Mindfulness)

Μελέτη	Σχεδιασμός Μελέτης	Μέγεθος Δείγματος	Παρέμβαση	Αποτελέσματα
1. Wylde et. al., 2017	Ελεγχόμενη Κλινική μελέτη	TMD:49 SDM:46	Σύντομη MRBS (1 συνεδρία/βδομάδα για 4 βδομάδες & 5' ενσυνειδητότητα στο σπίτι) Ενσυνειδητότητα μέσω χρήσης smartphone (1 συνεδρία/βδομάδα για 4 βδομάδες)	Αρνητική συσχέτιση μεταξύ διαταραχής μετατραυματικού στρες και Ε.Ε** Αρνητική συσχέτιση μεταξύ ενσυνειδητότητας και Ε.Ε. (κατηγορίες ενεργώντας με επίγνωση**, Μη αντιδραστικότητα στην εσωτερική εμπειρία**)
2. Duarte et. al., 2016	Ελεγχόμενη Κλινική Μελέτη	Ο.Π. 29 Ο.Ε. 19	MBSR	Ο.Π.: Πριν & μετά παρέμβαση: ↓ βιωματική αποφυγή** ↑ ενσυνειδητότητα* αυτο- συμπόνια* μη- κρίνοντας* Εξουθένωση** ικανοποίηση ζωής* Μεταξύ Ο.Π. & Ο.Ε. Μετά την παρέμβαση, κόπωση συμπόνιας** Μη-κρίνοντας* βιωματική αποφυγή*

3. Gauthier et al., 2015	Πιλοτική Μελέτη Σειράς	Σύνολο: 45	Σύντομο πρόγραμμα MBSR	Σ.Ε. και Απ. αρνητική συσχέτιση με αυτο-συμπόνια Π.Ο* μετά το πρόγραμμα ↓ στρες μέχρι και 1 μήνα μετά
4. Mealer et al., 2014	Πιλοτική Ελεγχόμενη Κλινική Μελέτη	Ο.Π: 13 Ο.Ε: 14	Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Πολυτροπικής ανθεκτικότητας (12 εβδομάδες)	Απ: $p = .09$
5. Bazarko et al., 2013	Πιλοτική Μελέτη Σειράς	Σύνολο: 36	Καινοτόμα προσέγγιση MBSR	8η εβδομάδα: Πρ. Εξ** Ε.Ε.Ερ.** Ε.Ε. Ασθ.*
6. Mackenzie et al., 2006	Πιλοτική Ελεγχόμενη Κλινική Μελέτη	Ο.Π:16 Ο.Ε:14	Σύντομο πρόγραμμα MBSR (4/52)	4 μήνες μετά: Ε.Ε.Ερ** 4η εβδομάδα: Ο.Π: Σ.Ε*, Απ.* Ο.Π. Μεγαλύτερα επίπεδο Π.Ο από Ο.Ε. πριν & μετά την παρέμβαση*
7. Cohen-Katz et al., 2005 I, II & III	Πιλοτική Μελέτη Σειράς	Ο.Π: 14 Ο.Ε: 13	MBSR	Μεταξύ Ο.Π & Ο.Ε. Μετά τη παρέμβαση για Ο.Π.:Σ.Ε*. Π.Ο* Ο.Π. Μετά την παρέμβαση: Σ.Ε.***, 3 μήνες μετά Σ.Ε.**
8. Ireland et al., 2017	Τυχαίοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη	Ο.Π: 23 Ο.Ε: 21	Ο.Π:10 συνεδρίες ενσυνειδητότητας σε 10/52 Ο.Ε.: 1 ώρα έξτρα διάλειμμα	Ο.Π.: ↓ Ε.Ε. $P=0.072$ ↓ άγχος $P=0.007$ Ο.Π. Καλύτερες βελτιώσεις σε Ε.Ε. & άγχος σε σχέση με Ο.Ε
9. Pflugeisen et al., 2016	Πιλοτική Μελέτη Σειράς	Σύνολο: 23 Αποσύρσεις: 4 (17%)	Πρόγραμμα 8 εβδομάδων: 3x90' δια ζώσης συνεδρία, 8x7' διαδικτυακά βίντεο, εβδομαδιαία 1 ώρα τηλεδιάσκεψη	Σ.Ε.** Π.Ο:* ↓ άγχος** ↑προσωπικής επιτυχίας* ↑αποδοχή χωρίς κρίση* <u>2/12 μετά:</u> ↓ άγχος** ↑ενεργώντας με επίγνωση** ↑αποδοχή χωρίς κρίση*
10. Taylor et al., 2016	Ελεγχόμενη Κλινική Μελέτη	Σύνολο: 31	Παρέμβαση μέσω χρήσης smartphone	Δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στο MBI πριν & μετά την παρέμβαση

Απ.: Αποπροσωποποίηση, ΕΕ. Ερ.: Επαγγελματική Εξουθένωση σε σχέση με την Εργασία, Ε.Ε Ασθ.: Επαγγελματική Εξουθένωση σε σχέση με τον ασθενή, Ο.Π= Ομάδα Παρέμβασης, Ο.Ε= Ομάδα Ελέγχου, Π.Ο: Προσωπική Ολοκλήρωση, Πρ. Εξ.: Προσωπική Εξάντληση, Σ.Ε: Συναισθηματική Εξάντληση, MBSR: Brief Mindfulness-Based Stress Reduction, MBI: Maslach Burnout Inventory, SDM: Smartphone Delivered Mindfulness, TDM: Traditionally Delivered Mindfulness

Οι υπόλοιπες 13 μελέτες αφορούσαν κυρίως τους νοσηλευτές και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν πάλι γένους θηλυκού (Πίνακας 3). Οι μελέτες αυτές περιλάμβαναν

διάφορες μορφές παρεμβάσεων, όπως συνεδρίες με χαλάρωση (Magtibay et al., 2017; Alexander et al., 2015), διαδικτυακή παρέμβαση με μικρό-καθήκοντα (Dyrbye et al., 2016), ομαδικές παρεμβάσεις με συζήτηση, εκπαίδευση και υποστήριξη ατόμων (Rodrigues et al., 2017; Wei et al., 2016; Ripp et al., 2016; Lupo et al., 2013; Rodrigues et al., 2011; Gunusen et al., 2010), οργανωτικές παρεμβάσεις (Rickarda et al., 2012), φαρμακευτική ωμέγα-3 (Watanabe et al., 2018) και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Readhead et al., 2010; Ewers et al., 2002) (Πίνακας 4). Οι περισσότερες μελέτες παρουσίασαν θετικά αποτελέσματα σε διαστάσεις **Ι**ης Ε.Ε., ενώ μόνο δύο δε βρήκαν καμία θετική επίδραση στην Ε.Ε. (Watanabe et al., 2018; Dyrbye et al., 2010).

Πίνακας 3: Δημογραφικά χαρακτηριστικά μελετών με μεθόδους άλλων παρεμβάσεων

Μελέτη	Συμμετέχοντες	Φύλο	Ηλικία		Επαγγελματική Εμπειρία				
		♀	%	Έτη	%	Μέση Τιμή (SD)	Έτη	%	Μέση Τιμή (SD)
1. Watanabe et al., 2018	Νοσηλεύτές	100	21-55		30.1 (± 8,4)	0-32		4.7 (± 5.6)	
2. Magtibay et al., 2017	Νοσηλεύτές	92	24-63						
3. Wei et al., 2017	Νοσηλεύτές Εντατικής Θεραπείας	86	20-24	14		≤5	48		
			25-29	42		6-10	11-29		
			30-34	27		15	≥ 16	13	
			35-39	18				10	
			≥ 40	2					
4. Rodrigues et al., 2017	Νοσηλεύτές Παιδιατρικής Μονάδας	100	23-57		35.88 (11.17)			9.23 (8.27)	
5. Alexander et al., 2015	Νοσηλεύτές	97.5			46.38(±10.23)	>30	5.5		
6. Rickard et al., 2012	Νοσηλεύτές	89			41				
7. Lupo et al., 2012	Νοσηλεύτές	100			32.4			77.4 (μήνες)	
8. Rodríguez et el., 2011	Νοσηλεύτές	100	34-56		43.7 (6.2)	0-5	33		
						6-10	28		
						>11	39		
9. Günüşen et al., 2010	Νοσηλεύτές	60			39.5 (2.2)				
10. Readhead et al., 2010	Νοσηλεύτές / Β. Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας	100	19-29	42		1-5	20		
			30-34	47		6-10	29		
			≥35	46		11-15	35		
						≥16	37		
11. Ewers et al., 2002	Νοσηλεύτές Ψυχικής Υγείας	30		28	42.55 (6.67)			11.85 (6.24)	

12. Ripp et al., 2016	Ιατροί					
13. Dyrbye et al., 2016	Ιατροί	36.50	31-40 41-50 51-60 >60	26.5 30 25.5 12	<5 5-10 11-20 21-30	17.5 24 32 15

SD= Standard Deviation (Τυπική Απόκλιση), Ο.Π= Ομάδα Παρέμβασης, Ο.Ε= Ομάδα Ελέγχου

Πίνακας 4: Αποτελέσματα Μελετών – μελετών με μεθόδους άλλων παρεμβάσεων

Μελέτη	Σχεδιασμός Μελέτης	Μέγεθος Δείγματος	Παρέμβαση	Αποτελέσματα
1. Watanabe et al., 2018	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη	Ο.Π: 40 Ο.Ε: 40	Ωμέγα-3 λιπαρά	Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ Ο.Π & Ο.Ε
2. Magtibay et al., 2017	Μελέτη Σειράς	Σύνολο: 50	Διαχείριση στρες και Εκπαίδευση ανθεκτικότητας (SMART) - 12 εβδομάδες διαδικτυακά	Ε.Ε.Ερ στις 8, 12 & 24 βδομάδες** Ε.Ε. Στις 8,12,24 βδομάδες**
3. Wei et al., 2017	Ελεγχόμενη Κλινική Μελέτη	Ο.Π: 51 Ο.Ε: 51	Ενεργή Παρέμβαση (δεξιότητες επικοινωνίας, προσεγγίσεις σύγκρουσης, αύξηση της αποτελεσματικότητας και έλεγχος συναισθημάτων, καθώς και δεξιότητες εργασίας)	Ο.Π.: Σ.Ε*, Απ.*
4. Rodrigues et al., 2017	Πιλοτική Μελέτη Σειράς	Σύνολο: 33, 4 ομάδες από 8-9 άτομα	Τέσσερα μοντέλα παρέμβασης	Σ.Ε**, Απ.**
5. Alexander et al., 2015	Πιλοτική Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη	Ο.Π: 20 Ο.Ε: 20	Yoga	Σ.Ε*, Απ*
6. Rickard et al., 2012	Μελέτη Σειράς	Σύνολο: 484	Οργανωτική παρέμβαση	Σ.Ε: H1W2*, H2W2* Γκρουπ αντιστοίχισης Σ.Ε.: H1W2*, H2W2*
7. Lupo et al., 2012	Ελεγχόμενη Κλινική Μελέτη	Σύνολο: 10	Πρόγραμμα πολυτροπικής εκπαίδευσης συνολικά 48 ωρών	Σύνολο Εξουθένωσης* Επαγγελματική αναποτελεσματικότητα*
8. Rodríguez et al., 2011	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη	Σύνολο: 18	Μέθοδος Reiki	↓ Διαστολική Α.Π* ↑slgA*
9. Günösen et al., 2010	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη Σειράς	Ο.Υ: 30 Ο.Α: 31 Ο.Ε: 28	Παρέμβαση υποστήριξης και αντιμετώπισης	↓Σ.Ε μετά την παρέμβαση** αλλά δε διατηρήθηκε
10. Readhead et al., 2010	Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη	Ο.Π: 22 Ο.Ε: 20	Εκπαίδευση Ψυχοκοινωνικής Παρέμβασης	Νοσηλευτές: Απ*

11. Ewers et al., 2002	Τυχαίοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη	Ο.Π: 10 Ο.Ε: 10	Εκπαίδευση Ψυχοκοινωνικής Παρέμβασης	Σ.Ε*, Απ.**, Π.Ο**
12. Ripp et al., 2016	Τυχαίοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη	Ο.Π: 21 Ο.Ε: 17	Παρέμβαση μέσω ομαδικής συζήτησης (18 συνεδρίες 1ας ώρας σε 9 μήνες)	Υψηλή Απ. στο τέλος παρέμβασης*
13. Dyrbye et al., 2016	Τυχαίοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη	Ο.Π: 145 Ο.Ε: 145	Διαδικτυακές αυτοκατευθυνόμενες μικρο-εργασίες	Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μετά την παρέμβαση στην Ε.Ε

Απ.: Αποπροσωποποίηση, Α.Π: Αρτηριακή Πίεση, Ο.Π: Ομάδα Παρέμβασης, Ο.Α = Ομάδα Αντιμετώπισης, Ο.Ε: Ομάδα Ελέγχου, Ο.Υ= Ομάδα Υποστήριξης, Π.Ο: Προσωπική Ολοκλήρωση, Πρ. Εξ.: Προσωπική Εξάντληση, Σ.Ε: Συναισθηματική Εξάντληση, sigA: εκρηκτικής ανοσοσφαιρίνης Α, H1= Νοσοκομείο 1, H2= Νοσοκομείο 2, W1= 1ος κύκλος, W2= 2ος κύκλος

4 Συζήτηση

Η Ε.Ε. είναι μια κατάσταση που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν διάφοροι επαγγελματίες και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τα άτομα ως προς τη σωματική και ψυχική υγεία τους, αλλά να φέρει αρνητικές επιπτώσεις και στον χώρο εργασίας, στις σχέσεις με τους συναδέλφους και την ασφάλεια των ασθενών (Salvagion et al., 2017; Hall et al., 2016; Shirom & Melamed et al., 2006). Ως αποτέλεσμα, η διάγνωσή της και η αντιμετώπισή της είναι απαραίτητο να γίνουν έγκαιρα συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη λειτουργία των συστημάτων υγείας της εκάστοτε χώρας. Η παρούσα ανασκόπηση είχε ως στόχο τον εντοπισμό μεθόδων παρέμβασης σε περιπτώσεις Ε.Ε. σε επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα σε γιατρούς, νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές, έτσι ώστε να συζητηθεί πως το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζεται σήμερα και να προσδιοριστούν ενδεχόμενοι τρόποι βελτίωσης.

Αν και το επάγγελμα της φυσικοθεραπείας έχει στενή σχέση με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα, και ο φυσικοθεραπευτής περνάει αρκετό χρόνο με κάθε ασθενή, δε βρέθηκε καμία μελέτη θεραπευτικής παρέμβασης σε φυσικοθεραπευτές που οι ίδιοι τους αντιμετωπίζουν Ε.Ε., παρόλο που η βιβλιογραφία αναφέρει σημαντικά ποσοστά εμφάνισής της στους συγκεκριμένους επαγγελματίες υγείας (Fischer et al., 2013; Pavlakis et al., 2010). Είναι σημαντικό να γίνουν στο μέλλον μελέτες που να αφορούν παρεμβάσεις σε περιπτώσεις φυσικοθεραπευτών με Ε.Ε.

Στη βιβλιογραφία εντοπίστηκαν δεκαοκτώ (18) μελέτες, σύμφωνα με τα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού, που αφορούσαν παρεμβάσεις σε νοσηλευτές και πέντε (5) σε γιατρούς για τις περιόδους αναζήτησης 1982 - 2018 και 2016 - 2018 αντιστοίχως. Το 2017 οι Panagioti et al., δημοσίευσαν μια μελέτη σχετική με τις μεθόδους παρέμβασης για τους γιατρούς, η οποία είχε κοινά στοιχεία αλλά και διαφορές σε σχέση με τα ευρήματα της παρούσας ανασκόπησης, παρουσιάζοντας κυρίως προσωπικές παρεμβάσεις κατευθυνόμενες γύρω από ένα άτομο ή μια ομάδα (μέθοδος MBSR, εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, δεξιότητες επικοινωνίας), και λίγες οργανωτικές παρεμβάσεις που στόχευαν στην αλλαγή του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος και όχι στην αλλαγή του ατόμου ώστε να προσαρμοστεί στο περιβάλλον (παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο) Panagioti et al., (2017). Συγκριτικά με τις άλλες παρεμβάσεις στη μελέτη των Panagioti et al., (2017) οι οργανωτικές παρεμβάσεις, παρόλο που ήταν λιγότερες εμφάνισαν καλύτερα αποτελέσματα. Από το 2016 έως το 2018 δε δημοσιεύτηκαν άλλες μελέτες σχετικά με τις οργανωτικές παρεμβάσεις για τους γιατρούς. Το 2012 μελέτη με οργανωτική παρέμβαση δημοσιεύτηκε για τους νοσηλευτές (Rickarda et al., 2012) έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στη συναισθηματική εξάντληση, ενώ δεν μελέτησε τις υπόλοιπες διαστάσεις.

Οι έρευνες που εντοπίστηκαν στην παρούσα ανασκόπηση πεδίου έδειξαν στο σύνολό τους βελτίωση στην Ε.Ε. αν και μεθοδολογικά, βάση της αξιολόγησής τους με το ΕΡΗΡΡ παρουσίαζαν χαμηλή ή μέτρια ποιότητα. Αυτό οφείλονταν σε διάφορους λόγους, ένας από τους οποίους ήταν ότι το δείγμα ήταν κυρίως γυναίκες (Magtibay et al., 2017; Wylde et al., 2017; Duarte et al., 2016; Alexander et al., 2015; Gauthier et al., 2015; Mealer et al., 2014; Richard et al., 2012; Mackenzie et al., 2006) ή μόνο γυναίκες (Watenable et al., 2018; Rodrigues et al., 2017; Lupo et al., 2013, Rodrigues et al., 2011; Gunisen et al., 2010). Μεταξύ των δύο φύλων η βιβλιογραφία δεν εντοπίζει διαφορές στην επικράτηση της Ε.Ε, αλλά αναφέρονται διαφορές στις διαστάσεις της Ε.Ε (Maslach & Leiter 2006). Οι γυναίκες βιώνουν αρχικά τη συναισθηματική εξάντληση και έπειτα την αποπροσωποποίηση, ενώ οι άντρες εμφανίζουν πρώτα συμπτώματα κυνισμού (αποπροσωποποίηση) και στη συνέχεια συναισθηματική εξάντληση (Houkes et al., 2011; Purvanova et al, 2010). Παρόλα αυτά η συστηματική ανασκόπηση των Purvanoca et al (2010) αναφέρει πως οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων είναι πολύ μικρές. Δεν υπήρξα διαφορές στις διαστάσεις της Ε.Ε. μεταξύ ανδρών και γυναικών σε «ανδροκρατούμενα» σε σχέση με «γυναικοκρατούμενα» επαγγέλματα, υπήρξε όμως διαφορά μεταξύ της των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και της Ευρώπης (Purvanova et al, 2010). Αναφέρονταν όμως μια διαφορά Είναι σημαντικό στις μελλοντικές έρευνες να υπάρχει αντιπροσωπευτικό φυλετικό δείγμα, αλλά πραγματοποιηθούν και διακρατικές μελέτες για να ενισχυθεί η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται και άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την εμφάνιση της Ε.Ε. και συγκεκριμένα η ηλικία και η επαγγελματική εμπειρία. Η Ε.Ε. εμφανίζεται περισσότερο στα πρώτα χρόνια εργασίας (Maslach and Jackson 1981) καθώς οι νέοι εργαζόμενοι συγκριτικά με τους έμπειρους μεγαλύτερης ηλικίας (>30 ή >40) εμφανίζουν συχνότερα Ε.Ε, γεγονός το οποίο φαίνεται να οφείλεται στη μικρότερη χρονικά εργασιακή εμπειρία αλλά και στην εξοικείωση με αυτή (Madhavappallil et al., 2014; Acken et al., 2003; Maslach & Jackson, 1981). Στη μελέτη των Gunusen et al., (2010) όπου τα δύο τρίτα του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες ηλικίας 19-34 ετών και με επαγγελματική εμπειρία 1-10 χρόνια, η παρέμβαση για την αντιμετώπιση της Ε.Ε. βελτίωσε στατιστικά σημαντικά τη συναισθηματική εξάντληση. Οι περισσότερες μελέτες δε συγκρίνουν τα αποτελέσματά τους με βάση τα ηλικιακά γκρουπ, αλλά επί του συνόλου των συμμετεχόντων πριν και μετά την παρέμβαση κάτι που δυσκολεύει την κατανόηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων ανά ηλικιακά γκρουπ. Περισσότερες τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες με ισότιμο διαχωρισμό με βάση την ηλικία και την επαγγελματική εμπειρία, θα παρουσίαζαν ενδιαφέροντα αποτελέσματα στις επιδράσεις θεραπευτικών παρεμβάσεων και ενδεχομένως θα έριχναν φως στην έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος που οδηγεί και στην έγκαιρη διαχείρισή του μειώνοντας τις προσωπικές, επαγγελματικές και κοινωνικές επιπτώσεις που διαδέχονται της Ε.Ε. σε επαγγελματίες υγείας.

Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ακολούθησαν ποικιλία ερευνητικής μεθοδολογίας και παρεμβάσεων με τα αποτελέσματά τους να είναι τόσο θετικά όσο και να μην παρουσιάζουν επίδραση στην Ε.Ε. στο σύνολο ή στις μεμονωμένες διαστάσεις της. Δέκα από τις εικοσιπέντε μελέτες χρησιμοποίησαν την παρέμβαση της ενσυνειδητότητας (mindfulness) η οποία σε κάποιες από τις μελέτες παρουσιάζει θετικές επιπτώσεις στη μείωση της Ε.Ε. στο σύνολό της ή σε κάποια διάστασή της (Duarte et al., 2016; Pflugeisen et al., 2016; Gauthier et al., 2015; Bazarko et al., 2013; Mackenzie et al., 2006; Cohen-Katz et al., 2005). Ωστόσο, υπήρχαν μελέτες όπου η χρήση της μεθόδου της ενσυνειδητότητας δεν έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στην Ε.Ε (Ireland et al., 2017; Taylor et al., 2016; Mealer et al., 2014).

Έχει αναφερθεί στην επιστημονική βιβλιογραφία ότι η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, γνωστή στην Αγγλική ορολογία με τον όρο Post-Traumatic Stress Disorder,

συσχετίζεται με την εμφάνιση της Ε.Ε (Mealer et al., 2014). Η μελέτη των Mealer et al., (2014) η οποία παρουσίασε υψηλά επίπεδα στις διαστάσεις της Ε.Ε πριν τη παρέμβαση και χρησιμοποίησε πρόγραμμα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας, δεν έδειξε στατιστικά αποτελέσματα στη μείωση της Ε.Ε, αλλά έδειξε στατιστικά σημαντική αλλαγή στα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Η μέθοδος της ενσυνειδητότητας μέσω χρήσης έξυπνου κινητού (smartphone) φαίνεται να έχει καλά αποτελέσματα αλλά αν προϋπάρχει διαταραχή μετατραυματικού στρες τότε αυτό το είδος παρέμβασης δεν είναι αποτελεσματικό (Wylde et al., 2017). Καθώς η εμφάνιση Ε.Ε αλλά και μετατραυματικού στρες σε επαγγελματίες υγείας, ιδίως σε αυτούς της εντατικής φροντίδας αναφέρονται (Rodríguez-Rey et al., 2019) είναι σημαντικό να υπάρξουν μελλοντικές τυχαιοποιημένες μελέτες σχετικές με την απαραίτητη στοχευμένη θεραπευτική παρέμβαση.

Επιπρόσθετα, βρέθηκαν τέσσερις μελέτες σειράς (Pflugeisen et al., 2016; Gauthier et al., 2015; Bazarko et al., 2013; Cohen-Katz et al., 2005), οι οποίες μελέτησαν τα αποτελέσματα της ενσυνειδητότητας μέσα στον χρόνο. Αναφέρονται θετικές μακροπρόσθεσμες επιδράσεις στην Ε.Ε. (σε μία ή σε περισσότερες διαστάσεις) από 1-4 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης (Pflugeisen et al., 2016; Bazarko et al., 2013; Cohen-Katz et al., 2005). Οι μελέτες οι οποίες δε χρησιμοποίησαν την πλήρη μορφή της συγκεκριμένης μεθόδου ενσυνειδητότητας “MBSR” (Zinn, 2003) αλλά χρησιμοποίησαν τη σύντομη έκδοση της μεθόδου (Mackenzie et al., 2006) για να διευκολύνουν το χρονοδιάγραμμα εργασίας τόσο των νοσηλευτών όσο και των γιατρών (Wylde et al., 2017; Duarte et al., 2016; Taylor, 2016 ; Gauthier et al., 2015; Mackenzie et al., 2006) παρουσίασαν θετικά αποτελέσματα σε διαστάσεις ή στο σύνολο της Ε.Ε. (Wylde et al., 2017; Duarte et al., 2016; Gauthier et al., 2015; Mackenzie et al., 2006). Μόνο μια μελέτη που χρησιμοποίησε τη σύντομη μορφή της μεθόδου ενσυνειδητότητας (Gauthier et al., 2015) έλεγξε τα αποτελέσματα σε μικρό βάθος χρόνου (ένα μήνα) και δε βρήκε θετικά αποτελέσματα. Έτσι η αποτελεσματικότητα της σύντομης μορφής της μεθόδου σε διάρκεια χρόνου δεν είναι αποδεδειγμένη και χρήζει περισσότερης μελέτης στο μέλλον.

Δυο μελέτες παρουσίασαν σημαντικά μεγάλες ελλείψεις στη συλλογή δεδομένων ή αποσύρσεις μέχρι το τέλος της παρέμβασης (Duarte et al., 2016, Taylor 2016) (47% και 33% αντίστοιχα) γεγονός που περιορίζει τα συμπεράσματα σχετικά με τη γενίκευση των συμπερασμάτων της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης της ενσυνειδητότητας σε αυτές τις περιπτώσεις.

Η παρούσα ανασκόπηση συμπεριέλαβε δεκαπέντε μελέτες που χρησιμοποίησαν άλλες παρεμβάσεις μεταξύ αυτών και μεθόδους αντιμετώπισης διαφόρων προβλημάτων που μπορεί να οδήγησαν τους εργαζόμενους στο στρες, το άγχος και εν τέλει στην Ε.Ε. Μια τέτοια μέθοδος ήταν η Ψυχοκοινωνική Παρέμβαση “PSI” η οποία οδήγησε σε στατιστικά σημαντική βελτίωση όλων των διαστάσεων της Ε.Ε. (Ewers et al., 2002) ή κάποιον διαστάσεων της (αποπροσωπποίηση) (Redhead et al., 2010). Και οι δύο μελέτες όμως χρησιμοποίησαν μικρό δείγμα συμμετεχόντων (20 και 42 αντίστοιχα) χωρισμένους σε γκρουπ παρέμβασης και ελέγχου. Επιπλέον, δε έγινε πλήρης αναφορά στο ποσοστό συμμετεχόντων που ήδη είχε Ε.Ε ή ανεβασμένες διαστάσεις της Ε.Ε. πριν την παρέμβαση, έτσι ώστε να συγκριθούν αριθμητικά τα αποτελέσματα. Άλλες παρεμβάσεις που παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στην Ε.Ε. ήταν η παρέμβαση τεσσάρων ενοτήτων σχετικές με την αντιμετώπιση των ασθενών τους αλλά και των προσωπικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών με Ε.Ε. (Rodríguez et al., 2011), η μέθοδος της ενεργής παρέμβασης που περιλάμβανε τεχνικές επικοινωνίας, προσέγγισης συγκρούσεων, έλεγχος συναισθημάτων και δεξιότητες εργασίας (Wei et al., 2017),

παρέμβαση με διαχείριση του άγχους (Magtibay et al., 2017) και παρέμβαση με στοιχεία οργάνωσης (Richarda et al., 2012). Τέλος, υπήρχαν παρεμβάσεις που βελτίωσαν τις διαστάσεις της Ε.Ε., όπως για τη βελτίωση της αποπροσωπποίησης βοήθησε η μέθοδος της ομαδικής συζήτησης (Ripp et al., 2016), η γιόγκα (Alexander et al., 2015), το Ρέικι (Rodriguez et al., 2001), ενώ για τη βελτίωση της συναισθηματικής εξάντλησης βοήθησε η γιόγκα (Alexander et al., 2015) και η εκμάθηση μεθόδων αντιμετώπισης και υποστήριξης (Gunusen et al., 2010).

Συνοψίζοντας, η παρούσα ανασκόπηση πεδίου φέρνει στην επιφάνεια, τόσο σχετικά με τη μέθοδο της ενσυνειδητότητας, όσο και για τις άλλες μεθόδους αντιμετώπισης της Ε.Ε., τη σημαντικότητα να πραγματοποιηθούν περισσότερες μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα επαγγελματιών υγείας με Ε.Ε., αντιπροσωπεύοντας και τα δύο φύλα, οι οποίες θα χρησιμοποιούν τους διάφορους τρόπους εφαρμογής των μεθόδων αποκατάστασης. Αυτό θα βοηθήσει στην αποφυγή και πρόληψη ενός προβλήματος το οποίο φέρει ιδιαίτερες αρνητικές συνέπειες μέσα στους χώρους παροχής της υγείας..

4.1 Περιορισμοί Μελέτης

Στη συγκεκριμένη ανασκόπηση πεδίου υπήρξαν περιορισμοί στην μελέτη. Αρχικά, δεν ζητήθηκαν επιπλέον στοιχεία σχετικά με τα δεδομένα των μελετών από τους συγγραφείς των άρθρων που επιλέχθηκαν για την ανασκόπηση και που ενδεχομένως θα μπορούσαν να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες γύρω από τις μελέτες προς αξιολόγηση.

Στον χώρο της υγείας υπάρχουν και άλλα επαγγέλματα που βιώνουν την Ε.Ε και έχουν άμεση επαφή με τους ασθενείς (π.χ. οδοντίατροι, ψυχολόγοι και άλλα), ωστόσο η παρούσα ανασκόπηση περιορίστηκε σε τρία επαγγέλματα υγείας και έτσι τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν προς όλα τα επαγγέλματα υγείας. Σε μελλοντικές μελέτες και αν στόχος είναι η γενίκευση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων για Ε.Ε. σε επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να γίνουν τόσο ανασκοπήσεις πεδίου που να αφορούν περισσότερα, αν όχι όλα, τα επαγγέλματα υγείας, καθώς και συστηματικές ανασκοπήσεις που θα εμβαθύνουν στην ανάλυση των δεδομένων της βιβλιογραφία πραγματοποιώντας μεθόδους μετα-ανάλυσης.

5 Συζήτηση

Σύμφωνα με τη τρέχουσα ανασκόπηση πεδίου βρέθηκε μια ποικιλία από παρεμβάσεις σε γιατρούς και σε νοσηλευτές για την αντιμετώπιση της Ε.Ε., αλλά υπάρχει ελλιπής βιβλιογραφία σε φυσικοθεραπευτές. Παρόλο το γεγονός ότι οι έρευνες παρουσίαζαν συχνά θετικά αποτελέσματα με μείωση της Ε.Ε. ή των διαστάσεων της, η ποιότητα των μελετών ήταν στις περισσότερες περιπτώσεις αδύναμη ή μέτρια, με μικρό αριθμό δείγματος, υπεροχή γυναικών στις μελέτες, μη τυχαιοποιημένη κατανομή σε ομάδες, ελλείψεις στη συλλογή ή περιγραφή δεδομένων, και πληθώρα παρεμβάσεων και τροποποιήσεων τους γεγονότα που οδήγησαν σε ανομοιογένεια μεταξύ των μελετών και μη δυνατότητας πραγματοποίησης περεταίρω ανάλυσης των δεδομένων.

Οι έρευνες που βρέθηκαν δεν αναφέρονταν αποκλειστικά στην Ε.Ε αλλά συμπεριλάμβαναν και άλλες μεταβλητές όπως στρες, άγχος και κατάθλιψη και συχνά τα αποτελέσματα αναλύθηκαν συγκεντρωτικά επισκιάζοντας έτσι την αποτελεσματικότητα των μεθόδων αντιμετώπισης της Ε.Ε. Το γεγονός ότι οι περισσότερες μελέτες είχαν μικρό δείγμα και ανομοιομορφία του πληθυσμού συμμετοχής δυσκολεύει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων καθιστώντας απαραίτητο να πραγματοποιηθούν περισσότερες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες με μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα σε νοσηλευτές και σε γιατρούς καθώς και σε φυσικοθεραπευτές με στόχο την μελέτη των μεθόδων παρέμβασης της Ε.Ε

Βιβλιογραφία

- Aiken, L. H., Sermeus, W., van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., et al (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344, e1717.
- Alexander, G.K., Rollins, K., Walker, D., Wong, L. & Pennings, J. (2015). Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace health & safety*, 63(10), 462-70.
- Al-Imam, D.M. & Al-Sobayel, H.I. (2014). The prevalence and severity of burnout among physiotherapists in an Arabian setting and the influence of organizational factors: An observational study. *Journal of physical therapy science*, 26(8), 1193-1198.
- Antoniou, A. (1999). Personal traits and professional burnout in health professionals. *Archives of Hellenic Medicine*, 16(1), 20-28.
- Awa, W.L., Plaumann, M. & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient education and counseling*, 78(2), 184-190.
- Bazarko, D., Cate, R.A., Azocar, F. & Kreitzer, M.J. (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(2), 107-133.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*, Sage Publications Beverly Hills, CA.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D.M., Deitrick, L. & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study, part III. *Holistic nursing practice*, 19(2), 78-86.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S.D., Capuano, T., Baker, D.M., Kimmel, S. & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic nursing practice*, 19(1), 26-35.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D.M., Deitrick, L. & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study, part III. *Holistic nursing practice*, 19(2), 78-86.
- Creswell, J.D. (2017). *Mindfulness interventions*. *Annual Review of Psychology*, 68, 491-516.
- Current Perspectives in Occupational Health, Information Age Publishing, Inc.
- Diaz-Rodriguez, L., Arroyo-Morales, M., Cantarero-Villanueva, I., Fernandez-Lao, C., Polley, M. & Fernandez-de-las-Penas, C. (2011). The application of Reiki in nurses diagnosed with Burnout Syndrome has beneficial effects on concentration of salivary IgA and blood pressure. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19(5), 1132-1138.
- Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International journal of nursing studies*, 64, 98-107.
- Dyrbye, L.N., West, C.P., Richards, M.L., Ross, H.J., Satele, D. & Shanafelt, T.D. (2016). A randomized, controlled study of an online intervention to promote job satisfaction and well-being among physicians. *Burnout Research*, 3, 69-75.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*, Human Sciences Press New York.
- Effective Public Healthcare Panacea Project (1998). *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*. Retrieved April 18, 2018 from

- Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J. & Ewers, B. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *Journal of advanced nursing*, 37(5), 470-476.
- Fischer, M., Mitsche, M., Endler, P.E., Strehler, E.M. Lothaller, H., Roth, R. (2013). Burnout in physiotherapists: Use of clinical supervision and desire for emotional closeness or distance to clients. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 20(11). 550-558.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Furukawaa T.A. Omega-3 fatty acids for a better mental state in working populations – Happy Nurse Project: A 52-week randomized controlled trial. (2018). *Journal of Psychiatric Research*, 102, 72–80.
- Gauthier, T., Meyer, R.M., Greife, D. & Gold, J.I. (2015). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: a pilot. *Journal of pediatric nursing*, 30(2), 402-409.
- Goodman, M.J. & Schorling, J.B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 119-128.
- Gunusen, N.P. & Ustun, B. (2010). An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *International nursing review*, 57(4), 485-492.
- Hall L.H., Johnson J., Watt I., Tsipa A., O'Connor (2016.) Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS ONE* 11(7): e0159015.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., et al (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International journal of nursing studies*, 50(2), 174-184.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.
- Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M. & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public health*, 11(1), 240.
<https://www.ehpnp.ca/quality-assessment-tool-for-quantitative-studies/>
- Ireland, M.J., Clough, B., Gill, K., Langan, F., O'Connor, A. & Spencer, L. (2017). A randomized controlled trial of mindfulness to reduce stress and burnout among intern medical practitioners. *Medical teacher*, 39(4), 409-414.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. and Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A New Tool for the Assessment of Burnout. *Work and Stress*, 19, 192-207.
- Lo, D., Wu, F., Chan, M., Chu, R. & Li, D (2018). A systematic review of burnout among doctors in China: a cultural perspective. *Asia Pacific family medicine*, 17(3).
- Lupo, F.N., Arnaboldi, P., Santoro, L., D'Anna, E., Beltrami, C., Mazzoleni, E.M., Veronesi, P., Maggioni, A. & Didier, F. (2013). The effects of a multimodal training program on burnout syndrome in gynecologic oncology nurses and on the multidisciplinary psychosocial care of gynecologic cancer patients: an Italian experience. *Palliative & supportive care*, 11(3), 199-203.
- Mackenzie, C.S., Poulin, P.A. & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research: ANR*, 19(2), 105-109.

- Magtibay, D.L., Chesak, S.S., Coughlin, K. & Sood, A. (2017). Decreasing Stress and Burnout in Nurses: Efficacy of Blended Learning with Stress Management and Resilience Training Program. *The Journal of nursing administration*, 47(7-8), 391-395.
- Maslach C. & Jackson S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 2(2), 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2006). Stress and Quality of Working Life.
- Maslach, C. (1976) Burn-Out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191-218). Lanham, MD, US: Scarecrow Education.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B. & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 23(6), e97-105.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Morrison Wylde, C., Mahrer, N.E., Meyer, R.M.L. & Gold, J.I. (2017). Mindfulness for Novice Pediatric Nurses: Smartphone Application Versus Traditional Intervention. *Journal of pediatric nursing*, 36, 205-212.
- Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97-e105.
- O'connor, P., Lydon, S., O'dea, A., Hehir, L., Offiah, G., Vellinga, A. & Byrne, D. (2017). A longitudinal and multicentre study of burnout and error in Irish junior doctors. *Postgraduate medical journal*, 93(1105).
- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K. & Esmail, A. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 177(2), 195-205.
- Pavlakakis, A., Raftopoulos, V. & Theodorou, M. (2010). Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Services Research*, 10(63).
- Pflugeisen BM, Drummond D, Ebersole D, Mundell K, & Chen D. (2016). Brief Video-Module Administered Mindfulness Program for Physicians: A Pilot Study. *Explore (NY)*. 12(1), 50-54.
- Pines, A. M. (1996). *Couple burnout: Causes and cures*. New York/London: Routledge
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. New York: The Free Press.
- Purvanova P.K John P. Muros J.P. (2010) Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior* 77, 168–185.
- Redhead, K., Bradshaw, T., Braynion, P., & Doyle, M. (2011). An evaluation of the outcomes of psychosocial intervention training for qualified and unqualified nursing staff working in a low-secure mental health unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 59–66
- Rickarda, G., Lenthall, S., Dollard, M., Opie, T., Knight, S., Dunn, S., Wakerman, J., MacLeod, M., Seiler, J., Brewster-Webb, D. (2012). Organisational intervention to

- reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory. *Collegian*, 19, 211—22.1
- Rickarda, G., Lenthall, S., Dollard, M., Opie T., Knight, S. Dunn, S., Wakerman, J., MacLeod, M., Seiler, J., Brewster-Webb, D., (2012). Organisational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia. *Collegian* 19, 211—221
- Ripp, J.A., Fallar, R. & Korenstein, D. (2016). A Randomized Controlled Trial to Decrease Job Burnout in First-Year Internal Medicine Residents Using a Facilitated Discussion Group Intervention. *Journal of graduate medical education*, 8(2), 256-259.
- Rodrigues, C.C.F.M., Santos, V.E.P. & Sousa, P. 2017. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(5), 1083-1088.
- Salvagioni, D.A.J., Melanda, F.N., Mesas, A.E., Gonzalez, A.D., Gabani, F.L. & de Andrade, S.M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PloS one*, 12(10), e0185781.
- Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P.J., Sloan, J. & Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995-1000.
- Shanafelt, T.D., Hasan, O., Dyrbye, L.N., et al (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 1600-1613.
- Shirom A, Melamed S. (2006). A comparison of the construct validity of two Burnout measures in two groups of professionals. *Int J Stress Manag.* 13(2), 176-200.
- Soler, J.K., Yaman, H., Esteve, M., Dobbs, F., Asenova, R.S., Katic, M., Ovzvavci'c Z., Desgranges, J.P., Moreau, A., Lionis, C., and others (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family practice*, 25(4), 245-265.
- Taylor, M., Hageman, J.R. & Brown, M. (2016). A Mindfulness Intervention for Residents: Relevance for Pediatricians. *Pediatric annals*, 45(10), e373-e376.
- Vachon, M.L. (1987). Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, and the bereaved. Hemisphere Publishing Corp.
- Watanabea, N., Matsuokab, Y., Kumachic, M., Hamazakid, K., Horikoshie, M., Wei, R., Ji, H., Li, J. & Zhang, L. (2017). Active Intervention Can Decrease Burnout In Ed Nurses. *Journal of emergency nursing: JEN: official publication of the Emergency Department Nurses Association*, 43(2), 145-149.
- Παπατριανταφύλλου, 2014. Performance and Well-being, Retrieved February 25, 2018 from <http://www.oppw.gr/ti-ine-afto-pou-to-lene-mindfulness/>