

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Ψυχική ανθεκτικότητα, ομαδικότητα και αυτογνωσία  
των λειτουργών υγείας ως συντελεστές της  
οργανωσιακής ευημερίας στις υπηρεσίες υγείας*

**ΝΑΣΤΟΥ ΣΟΦΙΑ**  
**ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: 20064**

Επιβλέπων Καθηγητής  
Επιτροπή

Σαρρής Μάρκος  
Σούλης Σωτήριος  
Γούλα Ασπασία

**ΑΘΗΝΑ ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2022**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙ-  
ΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Ψυχική ανθεκτικότητα, ομαδικότητα και αυτογνωσία  
των λειτουργών υγείας ως συντελεστές της  
οργανωσιακής ευημερίας στις υπηρεσίες υγείας*

**ΝΑΣΤΟΥ ΣΟΦΙΑ**  
**ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: 20064**

Επιβλέπων Καθηγητής  
Επιτροπή

Σαρρής Μάρκος  
Σούλης Σωτήριος  
Γούλα Ασπασία

**ΑΘΗΝΑ ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2022**

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη **Νάστου Σοφία** του **Πέτρου**, με αριθμό μητρώου **20064** φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών **Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας & Κοινωνικής Φροντίδας** του Τμήματος **Διοίκησης Επιχειρήσεων** της Σχολής **Διοικητικών** του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

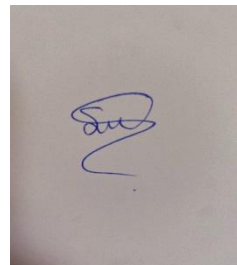
«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 1/7/22 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

**Νάστου Σοφία**



## **Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης**

**Επιβλέπων  
Καθηγητής**

**Μάρκος Σαρρής  
Καθηγητής**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**Μέλος**

**Σωτήριος Σούλης  
Καθηγητής**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**Μέλος**

**Ασπασία Γούλα  
Αν. Καθηγήτρια**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους υπήρξαν δίπλα μου όλο αυτό το διάστημα και συνέβαλαν στην εκπόνησή της.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέπων καθηγητή μου, κύριο Μάρκο Σαρρή, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε από την πρώτη στιγμή, αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα, την επιστημονική του καθοδήγηση, τις υποδείξεις του, την επιμονή του, τη συμπαράστασή του, τη συνεχή του υποστήριξη που προσέφερε από την αρχή μέχρι το τέλος.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω και το σύζυγό μου Δημητρώπουλο Αγγελή για την άμετρη συμπαράσταση, βοήθεια και κατανόηση που έδειξε καθόλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω πολύ τους γονείς μου, Νάστος Πέτρος & Νάστου Λίζα, οι οποίοι υπήρξαν πάντα ένα ανεκτίμητο στήριγμα για εμένα και στους οποίους οφείλω όλη τη διαδρομή των σπουδών μου μέχρι σήμερα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο τέλος του 21ου αιώνα, οι οργανισμοί αντιμετωπίζουν μια αυξανόμενη αβεβαιότητα και τρομερές προκλήσεις που απαιτούν ευελιξία και προσαρμοστικότητα για την αντιμετώπιση αυτών. Στον τομέα της διαχείρισης, η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα για ανάκαμψη κάτω από εξαιρετικά ασταθείς συνθήκες. Οι ομάδες προσφέρουν την υπόσχεση βελτίωσης της κλινικής περίθαλψης, επειδή μπορούν να συγκεντρώσουν, να τροποποιήσουν, να συνδυάσουν και να εφαρμόσουν μεγαλύτερη ποσότητα και ποικιλία γνώσεων, έτσι ώστε να παρασχεθούν ποιοτικές υγειονομικές υπηρεσίες. Η συμπτωματολογία της εξουθένωσης φαίνεται να είναι μάλλον πολύπλοκη καθώς το σύνδρομο φαίνεται να αναπτύσσεται σε αρκετά διαδοχικά στάδια. Στην υγειονομική περίθαλψη, η θεραπευτική συμμαχία παραμένει αναπόσπαστο και θετικό στοιχείο των θεραπευτικών λειτουργιών και των αποτελεσμάτων. Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας έχει σημαντική συνάφεια με την υγειονομική περίθαλψη, καθώς οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι αγωγός αποτελεσματικής φροντίδας. Η ενσυναίσθηση έχει συζητηθεί ευρέως στο πλαίσιο των ιατρικών, νοσηλευτικών και άλλων επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με το ρόλο της στις θεραπευτικές σχέσεις και την ποιότητα της φροντίδας. Θεωρητικά και εννοιολογικά, η ενσυναίσθηση έχει δώσει μεγάλη προσοχή στη φιλοσοφική, ψυχολογική και πιο πρόσφατα, τη γνωστική νευροεπιστημονική βιβλιογραφία, με διαφορετικούς ορισμούς και εννοιολογικές αντιλήψεις. Το εργασιακό περιβάλλον, ο φόρτος εργασίας και οι υπερωρίες, η αρνητική ανατροφοδότηση σχετικά με την υπηρεσία ενός επαγγελματία υγείας, η αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ασθενών, η μειωμένη συναισθηματική ευεξία, η ηθική δυσφορία και οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι μερικοί από τους παράγοντες που συμβάλλουν στο ποσοστό της οργανωσιακής ικανοποίησης για τους επαγγελματίες υγείας. Η αυτογνωσία είναι μια εξελισσόμενη διαδικασία αυτο-ανακάλυψης, το οποίο σημαίνει ότι η αυτογνωσία είναι δυναμική και συνεχώς μεταβαλλόμενη και δεν επιτυγχάνει ποτέ κορεσμό. Λόγω της εξελισσόμενης φύσης της, η αυτογνωσία επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να αναπτύξουν μια διαπροσωπική σχέση και να συμμετέχουν σε θεραπευτική επικοινωνία με τους ασθενείς και να βελτιώνουν συνεχώς τη σχέση τους και την επικοινωνία. Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας δείχνουν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα, η θεραπευτική συμμαχία, η ομαδικότητα και η αυτογνωσία στις υπηρεσίες υγείας, είναι σημαντικοί παράγοντες για την αποτροπή της επαγγελματικής εξουθένωσης και την προώθηση της οργανωσιακής ευημερίας.

## ABSTRACT

At the end of the 21st century, organizations face increasing uncertainty and formidable challenges that require flexibility and adaptability to address them. In management, resilience refers to the ability to recover under extremely volatile conditions. The teams offer the promise of improving clinical care because they can pool, modify, combine and apply a greater amount and variety of knowledge to provide quality healthcare. The symptoms of burnout appear to be rather complex as the syndrome appears to develop in several successive stages. In healthcare, the therapeutic alliance remains an integral and positive element of therapeutic functions and results. The concept of therapeutic alliance is important in relation to healthcare, as interpersonal relationships are a conduit for effective care. Empathy has been widely discussed in the medical, nursing and other healthcare professions in relation to its role in therapeutic relationships and the quality of care. Theoretically and conceptually, empathy has paid great attention to the philosophical, psychological and more recently, cognitive neuroscientific literature, with different definitions and conceptual perceptions. Work environment, workload and overtime, negative feedback about the service of a healthcare professional, treatment of unwanted patients, reduced emotional well-being, moral discomfort and psychological impact are some of the factors that contribute to the percentage of organizational satisfaction for health professionals. Self-knowledge is an evolving process of self-discovery, which means that self-knowledge is dynamic and constantly changing and never achieves saturation. Due to its evolving nature, self-awareness allows health professionals to develop an interpersonal relationship and engage in therapeutic communication with patients and to continually improve their relationship and communication. The results of the present work show that mental resilience, therapeutic alliance, teamwork and self-awareness in health services, are important factors in preventing burnout and promoting organizational well-being.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .....	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	2
ABSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
Α' ΜΕΡΟΣ.....	9
1. Ψυχική ανθεκτικότητα .....	9
1.1. Ορισμός.....	9
1.2. Ψυχική ανθεκτικότητα στους οργανισμούς .....	9
1.3. Ψυχική ανθεκτικότητα στο υγειονομικό προσωπικό .....	10
1.4. Παρεμβάσεις ψυχικής ανθεκτικότητας .....	12
2. Ομαδικότητα στο υγειονομικό προσωπικό .....	15
2.1. Ορισμός.....	15
2.2. Ομάδες στην υγειονομική περίθαλψη.....	15
2.3. Ο ρόλος των ασθενών στην ομαδική εργασία .....	17
2.4. Ηγεσία .....	17
2.5. Συλλογική Νοημοσύνη (collective intelligence) .....	19
2.6. Χρήση εμπειρογνωμοσύνης.....	20
3. Εξουθένωση (burnout) στους επαγγελματίες υγείας .....	25
3.1. Συμπτώματα εξουθένωσης.....	25
3.2. Συνέπειες.....	27
3.3. Στρατηγικές αντιμετώπισης .....	27
4. Θεραπευτική σχέση (συμμαχία) παρόχου υγείας - ασθενή .....	29
4.1. Ορισμός.....	29
4.2. Η σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας στην υγειονομική περίθαλψη .....	29
5. Ενσυναίσθηση στους επαγγελματίες υγείας .....	30



5.1. Ορισμός.....	30
5.2. Διαστάσεις της ενσυναίσθησης.....	30
5.3. Ενσυναίσθηση και θεραπευτική σχέση.....	31
6. Οργανωσιακή ευημερία .....	33
6.1. Παράγοντες που την επηρεάζουν.....	33
6.2. Οργανωσιακή ευημερία στους επαγγελματίες υγείας.....	33
7. Αυτογνωσία στους επαγγελματίες υγείας.....	35
B' ΜΕΡΟΣ.....	38
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	38
Ερευνητικές υποθέσεις και πρωτοτυπία του θέματος.....	38
Ερευνητικά ερωτήματα.....	38
Σκοπός και στόχοι μελέτης .....	38
Μεθοδολογία προσέγγισης .....	38
Μελετητικές ενότητες.....	39
Διάγραμμα ροής.....	41
Ανασκόπηση άρθρων.....	42
1. Leadership for health and well-being (Wallo και Lundqvist 2020).....	42
2. Burnout in nursing (Dall'Ora et al. 2020) .....	44
3. Impact of COVID-19 pandemic on utilization of healthcare services (Moynihan et al. 2021).....	47
4. Self-awareness in nursing (Rasheed Younas και Sundus 2019).....	49
5. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals (Wilkinson et al. 2017). .....	52
6. An evidence based framework for the temporal observational analysis of teamwork in healthcare settings (Lavelle et al. 2020) .....	54
7. The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia (Halcomb et al. 2020).....	56

8. Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance (Hartley et al. 2020).....	59
9. Impact of organizational culture and capabilities on employee commitment to ethical behavior in the healthcare sector (Lee 2020) .....	61
10. Factors influencing the quality of healthcare services in Indian hospitals (Kamalasanan, Gurumoorthy και Subbarayalu 2019) .....	64
Συνοπτικός πίνακας άρθρων .....	66
ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	78

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανθεκτικότητα μπορεί να σημαίνει την ικανότητα να αντιστέκεται κανείς σε ζημιές ή παραμορφώσεις από τραύματα ή καταστροφικές δυνάμεις. Από την άλλη πλευρά, η ανθεκτικότητα μπορεί επίσης να σημαίνει άμεσα «αναπήδηση» ή ανάρρωση από αυτά τα τραύματα ή τις καταστροφικές δυνάμεις. Ο πρώτος ορισμός αντιλαμβάνεται την ανθεκτικότητα ως ένα χαρακτηριστικό που χρειάζεται ένα άτομο για να επιβιώσει. Ο δεύτερος ορισμός δίνει έμφαση στην ανθεκτικότητα ως μέσο ευημερίας. Αυτή η διάκριση είναι σημαντική, καθώς ένα άτομο αντιμετωπίζει αντιξοότητες βρίσκοντας νόημα στα γεγονότα που προκαλούν τραύματα και χρησιμοποιώντας αυτό το νόημα για να ενισχύσουν την ευημερία τους (Harms et al. 2018).

Οι ομάδες στις υπηρεσίες υγείας είναι πολυδιάστατες και συνεχώς μεταβαλλόμενες. Τη μια μέρα η ομάδα μπορεί να αποτελείται μόνο από νοσηλευτικό προσωπικό και την επόμενη ο φόρτος εργασίας θα μοιραστεί με συναδέλφους από διάφορες ειδικότητες στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας (Kalisch και Lee 2011).

Η εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο στρες που σχετίζεται με την εργασία που προκύπτει από τη χρόνια έκθεση στο εργασιακό άγχος. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, και ιδιαίτερα οι κλινικοί γιατροί και οι νοσηλευτές φαίνεται να διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο για εξουθένωση, μειωμένη ποιότητα περίθαλψης, ακόμη και ιατρικά λάθη, ενδεχομένως καταλήγοντας σε κοστύμια κακής πρακτικής με σημαντικό κόστος για τους φροντιστές και τα νοσοκομεία (DeHert 2020).

Στην υγειονομική περίθαλψη, η θεραπευτική συμμαχία παραμένει αναπόσπαστο και θετικό στοιχείο των θεραπευτικών λειτουργιών και των αποτελεσμάτων (Meissner 2007; Priebe και McCabe 2008). Αν και πρωτοπορήθηκε από θεωρητικούς σε άλλους κλάδους, η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας έχει σημαντική συνάφεια με τη νοσηλευτική, καθώς οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι αγωγός αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η ενσυναίσθηση έχει συζητηθεί ευρέως στο πλαίσιο των ιατρικών, νοσηλευτικών και άλλων επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με το ρόλο της στις θεραπευτικές σχέσεις και την ποιότητα της φροντίδας (Brockhouse et al. 2011). Θεωρητικά και εννοιολογικά, η ενσυναίσθηση έχει δώσει μεγάλη προσοχή στη

φιλοσοφική, ψυχολογική και πιο πρόσφατα, τη γνωστική νευροεπιστημονική βιβλιογραφία, με διαφορετικούς ορισμούς και εννοιολογικές αντιλήψεις (Decety και Lamm, 2006).

Το θέμα της διπλωματικής επιλέχθηκε γιατί υπάρχει αναγκαιότητα αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών του υγειονομικού προσωπικού, ιδιαίτερα εν μέσω της πανδημίας του COVID-19 που διανύουμε. Η παρούσα διπλωματική εργασία ξεκινά με χωρίζεται σε 2 κύρια μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σε θέματα που αφορούν την ψυχική ανθεκτικότητα, την ομαδικότητα στο χώρο της υγείας, την επαγγελματική εξουθένωση (burnout), την θεραπευτική συμμαχία και την ενσυναίσθηση. Στο δεύτερο μέρος, έχει γίνει επιλογή 10 πρόσφατων άρθρων (από το 2017 έως σήμερα). Τα άρθρα αυτά σχολιάζονται ως προς τη μεθοδολογία τους, τα αποτελέσματά τους και τη συνεισφορά τους στη βιβλιογραφία. Η Διπλωματική κλείνει με μια Συζήτηση / Εξαγωγή συμπερασμάτων.

# **A' ΜΕΡΟΣ**

## **1. Ψυχική ανθεκτικότητα**

### **1.1. Ορισμός**

Έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί για την ψυχική ανθεκτικότητα. Ωστόσο, όλοι οι ορισμοί αναφέρουν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα να αντιμετωπίζει το άτομο με επιτυχία τις αντίξοες συνθήκες που εμφανίζονται. Ιστορικά, ο όρος «ανθεκτικότητα» περιλαμβάνει τόσο φυσιολογικές όσο και ψυχολογικές πτυχές. Οι ψυχολογικές πτυχές όπως και οι σωματικές, διαφέρουν από άτομο σε άτομο και περιλαμβάνουν ορισμένες ανεπτυγμένες στρατηγικές (Henshall, Davey και Jackson 2020).

Η κατανόηση της ανθεκτικότητας ποικίλλει μεταξύ πληθυσμών, των συμφραζομένων και των πολιτισμών (McDonald et al. 2012), με την ψυχική ανθεκτικότητα να θεωρείται σε ορισμένες περιπτώσεις ως εγγενές χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και σε άλλες ως μια δυναμική διαδικασία που υπάρχει μεταξύ της ανθεκτικότητας και της ευπάθειας. Το πρώτο συμπεραίνει ότι ορισμένα άτομα είναι πιο ευάλωτα ή «δεν έχουν αυτό που χρειάζεται» για να ξεπεράσουν τις αντιξοότητες, ενώ το δεύτερο υποδηλώνει ότι τα επίπεδα ατομικής ανθεκτικότητας μπορούν να υποχωρήσουν ανάλογα με τις συνθήκες και το περιβάλλον του ατόμου. Αυτή η τελευταία έννοια της ανθεκτικότητας έχει επιπτώσεις στον τρόπο με τον οποίο θεωρούμε την ανθεκτικότητα στο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό (Henshall, Davey και Jackson 2020).

### **1.2. Ψυχική ανθεκτικότητα στους οργανισμούς**

Στο τέλος του 21ου αιώνα, οι οργανισμοί αντιμετωπίζουν μια αυξανόμενη αβεβαιότητα και τρομερές προκλήσεις που απαιτούν ευελιξία και προσαρμοστικότητα για την αντιμετώπιση αυτών. Εκδηλώσεις που λαμβάνουν χώρα σε ένα μέρος του κόσμου, όπως οικονομικές κρίσεις, Brexit, τρομοκρατία καθώς και φυσικές καταστροφές, επηρεάζουν τους οργανισμούς σε όλες τις χώρες. Ορισμένοι οργανισμοί είναι αρκετά επιτυχημένοι στην αντιμετώπιση τέτοιων απρόσμενων γεγονότων, ενώ άλλοι οργανισμοί δυσκολεύονται να τα αντιμετωπίσουν αυτές τις απρόσμενες προκλήσεις και δεν ανταποκρίνονται έγκαιρα σε αυτές (Fiksel et al. 2015).

Αυτό που είναι τόσο ιδιαίτερο για τους οργανισμούς που ασχολούνται επιτυχώς με αυτές τις απρόσμενες προκλήσεις, είναι ότι ίσως αυτοί οι οργανισμοί έχουν αναπτύξει την ανθεκτικότητα που τους επιτρέπει να ξεπεράσουν και να ανταποκριθούν σε τέτοιες προκλήσεις (Sutcliffe και Vogus 2003).

Τόσο τα άτομα όσο και οι οργανισμοί ενδέχεται να παρουσιάσουν κάποια αποτυχία κάποια στιγμή, και κάτι τέτοιο είναι απολύτως φυσιολογικό. Ωστόσο, η αντίδραση των ανθρώπων σε αποτυχίες και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης μπορεί να ποικίλει (Burmeister et al. 2019). Μερικοί επανέρχονται μετά από σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, ενώ άλλοι βυθίζονται στην κατάθλιψη. Η λήψη γνώσεων γύρω από την αποτυχία απαιτεί θετική προσέγγιση, και τη συναισθηματική ικανότητα, που μπορεί τελικά να συμβάλει στην οργανωσιακή ευημερία (Cartwright και Cooper 2009).

Από την ψυχολογική άποψη, η ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα να αντιμετωπίζει κανείς με επιτυχία τις αντιξοότητες (Burmeister et al. 2019). Στον τομέα της διαχείρισης, η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα για ανάκαμψη κάτω από εξαιρετικά ασταθείς συνθήκες. Προηγούμενη έρευνα δείχνει ότι η ανθεκτικότητα σχετίζεται με θετικά συναισθήματα και την ικανότητα αντιμετώπισης των αγχωτικών καταστάσεων (Cooper, Flint - Taylor και Pearn, 2013).

Παρά το σταθερά αυξανόμενο ενδιαφέρον των επιστημόνων για αυτό το θέμα, η κατανόησή μας σχετικά με την προέλευση, την εννοιολόγηση και τη λειτουργία της ανθεκτικότητας είναι ακόμα αρκετά αμφίβολη σε διαφορετικούς τομείς (Linnenluecke, 2017).

Κατά την έναρξη αυτού του ειδικού ζητήματος, πιστεύεται ότι οι πληροφορίες από την εφαρμοσμένη ψυχολογία (π.χ. η εργασία, η οργανωτική και η κοινωνική ψυχολογία) μπορεί να προσφέρει σημαντικές γνώσεις για την κατανόηση των παραγόντων και των προσαρμοστικών διαδικασιών που προάγουν την ψυχική ανθεκτικότητα σε επίπεδο οργάνωσης.

### **1.3. Ψυχική ανθεκτικότητα στο υγειονομικό προσωπικό**

Η τρέχουσα πολύ υψηλή ζήτηση για επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα νοσηλευτές, η οποία αυξήθηκε σημαντικά από την πανδημία του COVID-19, ανέδειξε πραγματικά την ανάγκη να εξασφαλιστεί ένα ισχυρό και ανθεκτικό εργατικό δυναμικό.

Οι τρέχουσες και προβλεπόμενες ελλείψεις στον αριθμό του υγειονομικού προσωπικού που απαιτούνται για την παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης, έχει επιδεινώσει την πρόκληση της ανταπόκρισης στο υγειονομικό προσωπικό υποστήριξης στην κάλυψη της αυξημένης ζήτησης υγειονομικής περίθαλψης. Η πίεση ασκείται στους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, με την ύπαρξη λιγότερων πόρων όσον αφορά το προσωπικό, την υποδομή ή την οικονομική ανταμοιβή ακόμη και στο πλαίσιο σημαντικών προκλήσεων όπως αυτές που παρουσιάζονται από μια πανδημία (Burmeister et al. 2019).

Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν συνήθως περιστατικά δυσκολιών στο χώρο εργασίας που μπορούν να προκαλέσουν και να επηρεάσουν τα επίπεδα ανθεκτικότητάς τους (Hart, Brannan και De Chesnay 2014). Παράγοντες οι οποίοι έχουν συνδεθεί με τις αντιξοότητες στο χώρο εργασίας είναι:

- ο υπερβολικός φόρτος εργασίας
- η αυξημένη χρήση περιστασιακού προσωπικού
- η μειωμένη αυτονομία
- ο εκφοβισμός
- η βία και
- η σχεδόν συνεχής οργανωτική αλλαγή (Henshall, Davey και Jackson 2020).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες δημιουργούν χώρους εργασίας που μπορούν να βιωθούν ως εχθρικοί, ασύμφοροι και ακόμη και καταχρηστικοί. Η ανάγκη κάλυψης των απαιτήσεων παροχής υπηρεσιών υπό πίεση και συχνά μη βέλτιστες ή ακόμη και μη ασφαλείς συνθήκες σε συνδυασμό με την έλλειψη δομής καριέρας ή εξέλιξης, μπορεί να δημιουργήσει τους νοσηλευτές άγχος και εργασιακή εξουθένωση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλοί νοσηλευτές να εγκαταλείπουν τη δουλειά τους σε μια εποχή που οι δεξιότητες, η κατάρτιση και ο επαγγελματισμός τους έχουν μεγαλύτερη ζήτηση (Jackson, Firtko και Edenborough 2007; Jennings 2008).

Σε απάντηση στις αυξανόμενες πιέσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές που εργάζονται μέσα σε συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με υπερβολική πίεση και

έλλειψη πόρων, η δημιουργία ψυχικής ανθεκτικότητας έχει προσδιοριστεί ως απαραίτητη για:

- την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και της αντιξοότητας
- τη διατήρηση της εργασιακής ικανοποίησης
- την αυτο-φροντίδα και
- την αντιμετώπιση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη διατήρηση του εργατικού δυναμικού και την ευημερία προσωπικού (Foster et al., 2019; Slatyer et al. 2017).

#### **1.4. Παρεμβάσεις ψυχικής ανθεκτικότητας**

Διεθνώς, έχουν αναπτυχθεί και εφαρμοστεί παρεμβάσεις ψυχικής ανθεκτικότητας σε διάφορα περιβάλλοντα (Craigie et al. 2016; Henshall, Davey και Jackson 2020; McDonald et al. 2012). Ωστόσο, ενώ αυτές οι παρεμβάσεις έχουν αξιολογηθεί θετικά και έχουν αποδειχθεί ότι υποστηρίζουν βραχυπρόθεσμα την προσωπική ανθεκτικότητα, πρέπει να ληφθεί μέριμνα ώστε να διασφαλιστεί ότι αυτές οι παρεμβάσεις δεν θεωρούνται πανάκεια για τα μεγάλα προβλήματα και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης (Henshall, Davey και Jackson 2020).

Αντιθέτως, οι παρεμβάσεις ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως εργαλεία για τη στήριξη των υφιστάμενων δομών υποστήριξης, ως ένας τρόπος που βοηθά στην προώθηση και διατήρηση των επιπέδων ανθεκτικότητας στο υγειονομικό προσωπικό. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να ακολουθήσουν το παράδειγμα των νοσηλευτών που επενδύουν στις δικές τους στρατηγικές ψυχικής ανθεκτικότητας παρέχοντας κατάλληλες παρεμβάσεις σε επίπεδο συστήματος και μηχανισμού υποστήριξης. Αυτό όχι μόνο θα ενισχύσει την ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων, αλλά θα ενισχύσει επίσης την ανθεκτικότητα των συστημάτων μακροπρόθεσμα (Henshall, Davey και Jackson 2020).

Ο τρόπος με τον οποίο η έννοια της ανθεκτικότητας πλαισιώνεται μέσα από επεμβάσεις ενίσχυσης της ανθεκτικότητας είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί ότι οι νοσηλευτές δεν θα αποτρέπονται από τη συμμετοχή σε αυτές τις παρεμβάσεις λόγω της αίσθησης ότι κρίνονται ή επικρίνονται από συναδέλφους, συνομηλίκους ή διευθυντές



ή επειδή θεωρούνται εύθραστοι, ανίκανοι να ανταπεξέλθουν ή επειδή στερούνται ανθεκτικότητας. Ο σκοπός των παρεμβάσεων ενίσχυσης της ανθεκτικότητας, καθώς και οι μηχανισμοί για τον προβληματισμό, τη δημιουργία και τη διατήρηση της ανθεκτικότητας πρέπει να διατυπωθούν με σαφήνεια, έτσι ώστε οι νοσηλευτές να μην αισθάνονται ότι η εγγραφή και συμμετοχή σε αυτά τα μαθήματα είναι ένδειξη αποτυχίας, ανικανότητας ή αναξιότητας. Αυτό μπορεί να ισχύει ιδιαίτερα εάν οι επαγγελματίες υγείας έχουν πρόσφατα εκτεθεί σε δύσκολες καταστάσεις στο χώρο εργασίας τους, γεγονός που μπορεί να τους οδηγήσει να αισθάνονται ότι στοχοποιούνται ή επιλέγονται για εγγραφή για να βελτιώσουν τις ικανότητές τους (Henshall, Davey και Jackson 2020).

Είτε εκλαμβάνεται ως εγγενές χαρακτηριστικό είτε ως δυναμική διαδικασία, η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που εισέρχονται σε ένα επάγγελμα υγείας εμφανίζουν χαρακτηριστικά που είναι συμβατά με την έννοια της ανθεκτικότητας από την αρχή, όπως:

- ο αλτρουισμός
- η ενσυναίσθηση και
- η φροντίδα για τους άλλους (Eley, Eley και Rogers 2010).

Από την αρχή της εκπαίδευσης στη νοσηλευτική για παράδειγμα, οι φοιτητές νοσηλευτές εκτίθενται σε μια σειρά κλινικών σεναρίων που αφορούν ασθενείς και πελάτες με πολύπλοκες και ποικίλες ανάγκες υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα βασικά επίπεδα ανθεκτικότητας των νοσηλευτών να βελτιώνονται, να διαμορφώνονται και να ενισχύονται λόγω της ταχείας έκθεσης σε μια σειρά από νέες εμπειρίες που μπορεί να αμφισβητήσουν τις παλαιότερες αντιλήψεις και πεποιθήσεις τους, οδηγώντας σε σχεδόν συνεχή αυτο-προβληματισμό και αυτοκριτική και μπορούν να επιτρέψουν ιδιότητες όπως η ανθεκτικότητα, η ενσυναίσθηση και η συμπόνια που πρέπει να αναπτυχθούν. τέτοιες ιδιότητες συνεχίζουν να δοκιμάζονται και να ενισχύονται καθ' όλη τη διάρκεια της καριέρας του νοσηλευτή (Henshall, Davey και Jackson 2020).

Τα άγχη και οι πιέσεις που σχετίζονται με την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων μπορούν να μετριαστούν από την ικανοποίηση που δημιουργείται μέσω της οικειότητας της σχέσης επαγγελματία/ασθενούς (Williams, 2001). Ωστόσο, οι αυξανόμενες περιβαλλοντικές, οικονομικές, πολιτιστικές και κοινωνικές πιέσεις στο χώρο εργασίας που επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας σημαίνει ότι η ισορροπία

μεταξύ πρόκλησης και ανταμοιβής καθίσταται ολοένα και πιο δύσκολη. Όλο και περισσότερο, γίνονται θυσίες στην ποιότητα της φροντίδας που μπορούν να κάνουν οι πάροχοι υγείας στους ασθενείς, εξαιτίας των πιέσεων στο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό που σχετίζονται με το προσωπικό, τις κενές θέσεις και τις αυξημένες απαιτήσεις στην ώρα τους (Burmeister et al. 2019).

Οι νοσηλευτές για παράδειγμα, είναι κεντρικοί στην πορεία φροντίδας των ασθενών και απαιτείται να παρέχουν συναισθηματική, σωματική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους ανά πάσα στιγμή. Ωστόσο, ελάχιστη σημασία δίνεται ως προς τον αντίκτυπο της παροχής αυτής της υποστήριξης στη συναισθηματική ευημερία των νοσηλευτών ή στην ικανότητά τους να διατηρούν μια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ εργασίας και ζωής. Επιπλέον, υπάρχουν περιορισμένες διατάξεις για την παροχή αμοιβαίας συναισθηματικής, σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης στους νοσηλευτές (Henshall, Davey και Jackson 2020).

Σε απάντηση στις διεθνείς κρίσεις διατήρησης της εργασίας τους και πρόσληψης που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας, πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώνονται σε στρατηγικές για την ενίσχυση και διατήρηση της υγείας και της ευημερίας του κλινικού τους εργατικού δυναμικού (Buchan et al. 2019; Health Workforce Australia, 2014). Ένα παράδειγμα αυτού είναι η Εθνική Στρατηγική Διατήρησης NHS του Ηνωμένου Βασιλείου, που ξεκίνησε το 2017 για να μειώσει τα ποσοστά κύκλου εργασιών νοσηλευτικής σε όλα τα νοσοκομειακά καταπιστεύματα (NHS Improvement, 2019). Η στρατηγική συνηγορούσε για περισσότερες επενδύσεις σε παρεμβάσεις και κατάρτιση που βασίζονται στον χώρο εργασίας και για παροχή πρόσθετης καθοδηγητικής υποστήριξης για νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας (Henshall, Davey και Jackson 2020).

## 2. Ομαδικότητα στο υγειονομικό προσωπικό

### 2.1. Ορισμός

Γενικά, η ομαδικότητα μπορεί να χαρακτηρίσει μια «ομάδα ανθρώπων που εργάζονται μαζί». Πολλές φορές είναι συνώνυμη με την «Ομαδική εργασία». Όσο χρήσιμος κι αν είναι αυτός ο ορισμός, δε λέει κάτι για το τί απαιτείται για την πραγμάτωση της ομαδικής εργασίας (Kalisch και Lee 2011).

Η ανάλυση της έννοιας "ομαδικότητα" στη βιβλιογραφία ωστόσο, μπορεί να προσδιορίσει τα κύρια χαρακτηριστικά, τις υποκείμενες εκτιμήσεις της έννοιας, τα προαπαιτούμενα και τις συνέπειες της ομαδικής εργασίας, καθώς και τους παράγοντες που πρέπει να υπάρχουν ώστε η ομαδική εργασία να γίνει πραγματικότητα.

### 2.2. Ομάδες στην υγειονομική περίθαλψη

Οι ομάδες στις υπηρεσίες υγείας είναι πολυδιάστατες και συνεχώς μεταβαλλόμενες. Τη μια μέρα η ομάδα μπορεί να αποτελείται μόνο από νοσηλευτικό προσωπικό και την επόμενη ο φόρτος εργασίας θα μοιραστεί με συναδέλφους από διάφορες ειδικότητες στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας (Kalisch και Lee 2011).

Η NHS Leadership Academy (2013) προτείνει ότι η μόνη απαίτηση για να σχηματιστεί μια ομάδα είναι όταν ένα σύνολο ατόμων εργάζεται προς έναν κοινό στόχο.

Ο κοινός στόχος ή ο κοινός σκοπός είναι ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της ομαδικής εργασίας (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1988). Όταν τα μέλη μιας ομάδας εργάζονται για να ικανοποιήσουν τα προσωπικά τους συμφέροντα ή έχουν διαφορετικές αξίες μεταξύ τους, τότε η ομαδική εργασία σίγουρα θα είναι ελαττωματική (Moore, Prentice και McQuestion 2015). Ένα φαινόμενο γνωστό ως «Κοινό νοητικό μοντέλο» (shared mental model), όπου μια ομάδα μοιράζεται τις ίδιες ιδέες για το τί πρέπει να γίνει και πώς πρέπει να γίνει, είναι ζωτικής σημασίας για την ομαδική εργασία (Kalisch και Lee 2011).

Στην υγειονομική περίθαλψη, υπάρχει μια αυξανόμενη εξάρτηση από ομάδες από διάφορες ειδικότητες (π.χ. νοσηλευτική, διάφορες ειδικότητες ιατρών, φυσικοθεραπεία, κοινωνική εργασία) για τη φροντίδα των ασθενών. Ταυτόχρονα, το ιατρικό σφάλμα

εκτιμάται ότι είναι «η τρίτη πιο κοινή αιτία θανάτου στις ΗΠΑ» (Mao και Woolley 2016), και οι αποτυχίες της ομαδικής εργασίας (π.χ., αποτυχίες στην επικοινωνία) αντιπροσωπεύουν έως και το 70-80 τοις εκατό των σοβαρών ιατρικών λαθών (Christian et al. 2006). Η στροφή προς την παροχή φροντίδας στις ομάδες είναι θεμελιωμένη δεδομένης της δυνατότητας για βελτιωμένη απόδοση που χαρακτηρίζει την ομαδική εργασία (Larson 2013), αλλά, όπως αποδεικνύεται από αυτά τα στατιστικά, η ομαδική εργασία έχει και προκλήσεις. Κατά συνέπεια, υπάρχει μια κρίσιμη ανάγκη για τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως όσους έχουν ηγετικούς ρόλους, να εξετάσουν στρατηγικές για τη βελτίωση των προσεγγίσεων που βασίζονται στην ομάδα για την παροχή ποιοτικής φροντίδας των ασθενών (Mao και Woolley 2016).

Οι ομάδες προσφέρουν την υπόσχεση βελτίωσης της κλινικής περίθαλψης, επειδή μπορούν να συγκεντρώσουν, να τροποποιήσουν, να συνδυάσουν και να εφαρμόσουν μεγαλύτερη ποσότητα και ποικιλία γνώσεων για:

- τη λήψη αποφάσεων
- την επίλυση προβλημάτων
- τη δημιουργία ιδεών και

- την εκτέλεση εργασιών πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά από οποιοδήποτε άτομο που εργάζεται μόνο του (Larson, 2013). Λαμβάνοντας υπόψη αυτό το δυναμικό, μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσε ιδανικά να συνεργαστεί για:

- να καθορίσει διαγνώσεις
- να αναπτύξει σχέδια περίθαλψης
- να διεξάγει διαδικασίες
- να παρέχει κατάλληλη παρακολούθηση και γενικά
- να παρέχει ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς (Mao και Woolley 2016).

Ωστόσο, είναι γνωστό ότι οι ομάδες συχνά αποτυγχάνουν να χρησιμοποιήσουν το διαφορετικό σύνολο των γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων τους για να αποδώσουν όσο καλύτερα μπορούν (Larson, 2013). Οι δυνητικά επιβλαβείς συνέπειες για τους

ασθενείς δεν μπορούν να αγνοηθούν: η κακή ομαδική εργασία-όπως η ελλιπής επικοινωνία και η μη χρήση της διαθέσιμης εμπειρογνωμοσύνης, αυξάνει τον κίνδυνο ιατρικού λάθους και μειώνει την ποιότητα της περίθαλψης (Mao και Woolley 2016).

### **2.3. Ο ρόλος των ασθενών στην ομαδική εργασία**

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η ομαδική εργασία είναι μια ομάδα από άτομα που εργάζονται για έναν κοινό σκοπό, ένα από τα σημαντικότερα μέλη της ομάδας, σε πολλές περιπτώσεις είναι ο ασθενής. Αν σε μια ομάδα ο στόχος είναι να βελτιωθεί ένας ασθενής, κανείς πιθανότατα δεν θα επενδύσει περισσότερο σε αυτό από το ίδιο το άτομο. Οι νοσηλευτές πρέπει να:

- Συνεργάζονται μεταξύ τους και με τους άλλους για να είναι βέβαιο ότι παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα.

- Αναγνωρίζουν και να σέβονται τη συνεισφορά που μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι για την υγεία και την ευημερία τους.

- Ενθαρρύνουν και να ενισχύουν τους ανθρώπους να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία και τη φροντίδα τους.

- Σέβονται το οι άνθρωποι που λαμβάνουν τη φροντίδα θέλουν να συμμετέχουν σε αποφάσεις σχετικά με τη δική τους υγεία, ευημερία και φροντίδα.

Η παράμετρος του ρόλου των ασθενών είναι λοιπόν κεντρικός για να εξεταστεί η ομαδική εργασία. Οι ρόλοι των ασθενών μπορεί να είναι πολύπλευροι όπως αυτές των νοσηλευτών. Για παράδειγμα, μερικές φορές απλά πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες του υγειονομικού προσωπικού, ενώ άλλες φορές είναι να αμφισβητούν ή να κατευθύνουν τη λήψη αποφάσεων. Είναι ζωτικής σημασίας για τις ομάδες των οποίων η εστίαση είναι στην ατομική φροντίδα των ασθενών τους, να περιλαμβάνονται και οι ίδιοι οι ασθενείς στην ομαδική τους εργασία.

### **2.4. Ηγεσία**

Η ανάγκη ανάπτυξης καλής ηγεσίας στο σύστημα υγείας συζητείται συχνά. Η ηγεσία είναι συχνά το χαρακτηριστικό που συνήθως αναγνωρίζεται ως ζωτικής σημασίας

για την καλή ομαδική δουλειά. Μπορεί να οριστεί ως «η ικανότητα ενός ατόμου να επηρεάζει άλλους ανθρώπους» (Rosengarten, 2021).

Σε σχέση με την ομαδική εργασία, οι καλοί ηγέτες θα πρέπει να είναι σε θέση να:

- σκέφτονται κριτικά
- λύνουν προβλήματα
- σέβονται τους ανθρώπους
- επικοινωνούν επιδέξια
- θέτουν στόχους
- μοιράζονται οράματα και
- αναπτύξουν τον εαυτό τους και τους άλλους (Rosengarten, 2021).

Πρέπει επίσης να εκτιμούν τις δεξιότητες και ικανότητες κάθε μέλους της ομάδας, να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των άλλων μελών και να αναγνωρίζουν καταστάσεις όταν άλλοι μπορεί να είναι σε καλύτερη θέση να ηγηθούν της ομάδας (Dow et al. 2013).

Η NHS Leadership Academy (2013) δηλώνει ότι οι ηγέτες πρέπει να δείξουν προσοχή για το προσωπικό τους αντί να εστιάζουν σε στόχους και θα πρέπει να χτίσουν τη δέσμευση της ομάδας δημιουργώντας έναν «θετικό τόνο» στο χώρο εργασίας και να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή του προσωπικού όσον αφορά τους στόχους της ομάδας. Ενώ υπάρχει μια τάση αντίληψης της ηγεσίας ότι αυτή προέρχεται από ανώτερα μέλη του προσωπικού, είναι σημαντικό να εκτιμηθεί (όταν επιδιώκεται η προώθηση της ομαδικής εργασίας) ότι αυτό μπορεί να υπάρχει σε όλους τους νοσηλευτές ανεξάρτητα από το πόση εμπειρία έχουν (Rosengarten 2021).

Η έρευνα υποδηλώνει ότι είναι ένας μετασχηματιστικός τρόπος ηγεσίας δημιουργεί πιο θετικά αποτελέσματα για ομαδική αλληλεπίδραση και αποτελεσματικότητα (WukaiWang 2010). Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες βοηθούν τις ομάδες τους να αποδώσουν χρησιμοποιώντας κίνητρα και μεταβαλλόμενες προοπτικές, σε αντίθεση με τους ηγέτες συναλλαγών, οι οποίοι ανταλλάσσουν υψηλά επίπεδα απόδοσης για ανταμοιβές (Daly,SpeedyκαιJackson, 2003; Antonakis και House 2014).

## 2.5. Συλλογική Νοημοσύνη (collective intelligence)

Στην έρευνα και την πρακτική, μια κοινή πεποίθηση είναι ότι η ομαδικότητα είναι καλύτερη όταν η ομάδα έχει τους καλύτερους - δηλαδή τους πιο έξυπνους - ανθρώπους. Ωστόσο, η πρόσφατη έρευνα αμφισβητεί αυτήν την υπόθεση. Ακολουθώντας τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται στην ψυχολογία για τη μελέτη της ατομικής νοημοσύνης, οι Woolley et al. (2010) διερεύνησαν τη δυνατότητα ενός παράγοντα συλλογικής νοημοσύνης: ένας λανθάνων παράγοντας που περιγράφει τη γενική ικανότητα μιας ομάδας να εκτελεί σε μια μεγάλη ποικιλία εργασιών. Έφεραν ομάδες στο εργαστήριο, τους έβαλαν να εκτελέσουν μια μεγάλη ποικιλία εργασιών και διαπίστωσαν ότι η απόδοση μιας ομάδας σε έναν τύπο εργασιών ήταν στενά συνδεδεμένη με την απόδοσή της σε όλους τους τύπους. Όταν υπολόγισαν μια συλλογική βαθμολογία νοημοσύνης με βάση την απόδοση της ομάδας στο σύνολο των καθηκόντων, διαπίστωσαν ότι οι βαθμολογίες νοημοσύνης των μεμονωμένων μελών ήταν μέτριες (Woolley et al. 2010).

Μια σειρά μελετών αποκάλυψε παράγοντες που σχετίζονται με τη συλλογική νοημοσύνη, παρέχοντας μια εικόνα για το πώς να καλλιεργηθούν πιο έξυπνες ομάδες. Πρώτα είναι η κοινωνική αντίληψη των μελών της ομάδας ή η ικανότητά τους να συμπεράνουν τις ψυχικές καταστάσεις των άλλων, όπως πεποιθήσεις ή συναισθήματα που βασίζονται σε λεπτές υποδείξεις (Mao και Woolley 2016). Η μέση κοινωνική αντίληψη των μελών της ομάδας είναι προγνωστική της συλλογικής νοημοσύνης (Engel et al. 2014). Δεύτερον, τόσο σε εργαστηριακές όσο και σε επιτόπιες μελέτες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι μεγαλύτερα ποσοστά συμμετοχής και πιο ίση συμμετοχή σχετίζονται με υψηλότερη συλλογική νοημοσύνη (Woolley et al. 2010; Engel et al. 2014).

Κοινός παράγοντας είναι η ιδέα ότι αυτές οι δομές της ομάδας και οι διαδικασίες που σχετίζονται με τη συλλογική νοημοσύνη ενισχύουν την ποιότητα της ανταλλαγής πληροφοριών στην ομάδα (Woolley, Aggarwal και Malone, 2015). Η εικασία είναι ότι τα μέλη που λαμβάνουν μια ευρύτερη ποικιλία λεπτών υποδείξεων και οι ομάδες που λειτουργούν με τρόπο που ενσωματώνει πολλαπλές προοπτικές, θα λειτουργούν με περισσότερες και καλύτερες πληροφορίες από ό, τι αλλιώς. Αυτά τα πρότυπα αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της ομάδας επιτρέπουν στις ομάδες να κάνουν καλή χρήση της εμπειρίας των μελών - ένας βασικός λόγος που οι ομάδες θα μπορούσαν να είναι αποτελεσματικές στην υγειονομική περίθαλψη - αλλά η αξιοποίηση της συλλογικής εμπειρίας μιας ομάδας είναι αρκετά δύσκολη (Mao και Woolley 2016).

## 2.6. Χρήση εμπειρογνωμοσύνης

Η διαδικασία χρήσης της εμπειρογνωμοσύνης σε ομάδες είναι πολύπλευρη. Τα μέλη της ομάδας πρέπει πρώτα να μοιραστούν τις σχετικές γνώσεις (δηλαδή, γνώσεις σχετικά με το έργο) και δεύτερον, ότι η εκφρασμένη γνώση πρέπει να επηρεάσει το έργο της ομάδας. Οι διαδικασίες ομιλίας και του να επηρεάσει ένα μέλος της ομάδας κάποιον άλλο, έχει διάφορες προκλήσεις (Mao και Woolley 2016).

### *Ομιλία*

Η πρόκληση για αποτελεσματική ανταλλαγή πληροφοριών ξεκινά με τον προσδιορισμό του ποιος πρέπει να είναι στην ομάδα, κάτι που μπορεί να βοηθήσει στη διευκόλυνση της ανταλλαγής γνώσεων. Τα μέλη που γνωρίζουν τα όρια της ομάδας γνωρίζουν επίσης σε ποιον μπορούν να απευθυνθούν για πληροφορίες και με ποιον πρέπει να μοιραστούν τις πληροφορίες τους (Hackman 2011). Με αυτόν τον τρόπο, η σαφής κατανόηση της ιδιότητας ενός μέλους μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα να συμπεριληφθούν άτομα με σχετικές γνώσεις στις συζητήσεις, ένα απαραίτητο πρώτο βήμα για να διασφαλιστεί ότι αυτοί οι άνθρωποι έχουν ευκαιρίες να μιλήσουν. Για παράδειγμα, υπάρχουν στοιχεία από τη μελέτη της παιδιατρικής περίθαλψης ότι συμπεριλαμβανομένων των οικογενειών και των νοσηλευτών ασθενών παρέχει σημαντικά οφέλη με τη μορφή καλύτερων διαγνώσεων και ανάπτυξης σχεδίου φροντίδας, επειδή αυτά τα άτομα μπορούν να συνεισφέρουν πληροφορίες από άλλα μέλη της ομάδας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη λήψη αποφάσεων περίθαλψης (Muething et al. 2007; Rosen et al. 2009).

Εκτός από τη συγκέντρωση των κατάλληλων ατόμων σε μια ομάδα, όσοι έχουν σχετικές γνώσεις πρέπει να μιλήσουν για να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά η εμπειρία τους από την ομάδα. Ένα εμπόδιο είναι ότι τα μέλη μπορεί να μην συνειδητοποιήσουν ότι έχουν πληροφορίες που αξίζουν να μοιραστούν. Για παράδειγμα, η έρευνα σχετικά με το «φαινόμενο της κοινής γνώσης» υπογραμμίζει την τάση των μελών της ομάδας να επικεντρώνονται σε γνώσεις που ήδη μοιράζονται συνήθως στα μέλη της ομάδας. Αυτό είναι ένα αποτέλεσμα βασισμένο σε μια πιθανότητα: εάν όλα τα μέλη της ομάδας γνωρίζουν μια πληροφορία, αυτή η πληροφορία είναι πιο πιθανό να αναφερθεί κατά τη



διάρκεια μιας ομαδικής συζήτησης παρά πληροφορίες που γνωρίζει μόνο ένα μέλος (Mao και Woolley 2016).

Επιπλέον, ορισμένα στοιχεία υποδηλώνουν ότι τα στερεότυπα σχετικά με την τεχνογνωσία μιας κοινωνικής ομάδας μπορούν να οδηγήσουν τα μέλη της ομάδας να εκτιμήσουν εσφαλμένα τις δικές τους γνώσεις σε σχέση με αυτές των άλλων. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που έχουν βαθιά γνώση για τα αυτοκίνητα (που αντικατοπτρίζουν το στερεότυπο της γνώσης αυτού του φύλου) μπορεί λανθασμένα να υποθέσουν ότι δεν γνωρίζουν τόσο πολύ για τα αυτοκίνητα όσο ένας άνδρας, ενώ ένας άντρας μπορεί λανθασμένα να υποθέσει ότι γνωρίζει περισσότερα για τα αυτοκίνητα από μια γυναίκα που όντως γνωρίζει περισσότερα (Hollingshead και Fraidin 2003). Αυτό μπορεί να περιορίσει την πιθανότητα να εκφραστούν όλες οι σχετικές γνώσεις. Για παράδειγμα, ένας νοσηλευτής μπορεί να πιστεύει ότι οι γιατροί έχουν περισσότερες γνώσεις για μια συγκεκριμένη κλινική θεραπεία (επειδή οι γιατροί συνήθως γνωρίζουν για τις θεραπείες) και παραμένει σιωπηρός, ενώ στην πραγματικότητα ο νοσηλευτής έχει σημαντικές πληροφορίες για το πώς ανταποκρίθηκε ο ασθενής σε αυτήν τη θεραπεία. Με αυτόν τον τρόπο, οι γνωστικές προκαταλήψεις που προκαλούνται από τη σύνθεση μιας ομάδας καθώς και το φαινόμενο της κοινής γνώσης μπορούν να οδηγήσουν τους ανθρώπους να παρακρατήσουν τη γνώση επειδή δεν συνειδητοποιούν ότι έχουν σχετικές και μοναδικές γνώσεις για να συνεισφέρουν (Mao και Woolley 2016).

Η ψυχολογική ασφάλεια, η οποία υποδηλώνει «μια αίσθηση εμπιστοσύνης ότι η ομάδα δεν θα κριτικάρει, απορρίψει ή τιμωρήσει κάποιον που θα μιλήσει», είναι ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την πιθανότητα να μιλήσει (Edmondson 1999). Η έλλειψη ψυχολογικής ασφάλειας, η οποία συχνά προέρχεται από τη θέση σε χαμηλότερους ρόλους ή επαγγέλματα, μπορεί να οδηγήσει τα μέλη της ομάδας να αποφύγουν να μιλήσουν ακόμη και όταν γνωρίζουν ότι έχουν κάτι να συνεισφέρουν (Nembhard και Edmondson 2006).

Παρά τις προκλήσεις αυτές, υπάρχουν ορισμένες μέθοδοι για τη διευκόλυνση της αποτελεσματικής ανταλλαγής πληροφοριών. Στην αρχή της εργασίας μιας ομάδας, ο συνεργατικός σχεδιασμός, στον οποίο τα μέλη λαμβάνουν υπόψη τη γνώση όλων των μελών της ομάδας, θα μπορούσε να διευκολύνει την αναγνώριση της γνώσης των μελών της ομάδας. Έχει αποδειχθεί ότι αυτό ενισχύει την ικανότητα της ομάδας να χρησιμοποιεί τη γνώση (Woolley et al. 2008). Επιπλέον, η καθιέρωση ομαδικών κανόνων για κριτική

σκέψη και όχι κανόνων για σφυρηλάτηση συναίνεσης οδηγεί τις ομάδες να συμμετάσχουν σε πιο αποτελεσματική ανταλλαγή πληροφοριών (Postmes, Spears και Cihangir 2001).

Μόλις ξεκινήσει η εργασία, οι ομάδες επωφελούνται από τα μέλη, ιδιαίτερα τα μέλη υψηλού επιπέδου, που συμμετέχουν σε συμπεριφορές χωρίς αποκλεισμούς. Τέτοιες συμπεριφορές περιλαμβάνουν ενεργητική εξαγωγή πληροφοριών από άλλα μέλη της ομάδας - δηλαδή, θέτοντας ερωτήσεις ρητά και προληπτικά σχετικά με το αν κάποιος έχει αντικρουόμενες πληροφορίες (Edmondson 2003). Οι συμπεριφορές περιλαμβάνουν επίσης την εκτίμηση για τις συνεισφορές των μελών, για παράδειγμα, τονίζοντας τη σημασία της χρήσης όλων των πληροφοριών (συμπεριλαμβανομένων των λαθών) ως μέσου για την ενίσχυση της εργασίας και της μάθησης της ομάδας και αντίδραση στις συνεισφορές των άλλων με εποικοδομητικές απαντήσεις (Nembhard και Edmondson 2006).

Σε μελέτες σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ομάδων νοσηλευτικής, ιατρών καρδιοχειρουργικής και μονάδων εντατικής θεραπείας νεογνών, οι ερευνητές διαπίστωσαν με συνέπεια ότι όταν τα μέλη επιδεικνύουν συμπεριφορά χωρίς αποκλεισμούς, τα άλλα μέλη της ομάδας αισθάνονται πιο ψυχολογικά ασφαλή και είναι πιο πιθανό να μιλήσουν για πληροφορίες που σχετίζονται με το έργο της ομάδας (Edmondson 2003).

### ***Επηρεάζοντας ένα άλλο μέλος της ομάδας***

Εάν οι γνώσεις των μελών της ομάδας πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την ενίσχυση της απόδοσης της ομάδας, μόλις εκφραστεί αυτή η γνώση, πρέπει να ενσωματωθεί στο έργο της ομάδας και να μην αγνοηθεί ή απορριφθεί. Όταν οι πληροφορίες παραβλέπονται, ένας ένοχος θα μπορούσε να είναι το κοινό φαινόμενο γνώσης. Έρευνες δείχνουν ότι οι ασυνήθιστες πληροφορίες, ή οι πληροφορίες που διατηρούνται ανάμεσα σε λίγα μέλη της ομάδας, όχι μόνο είναι λιγότερο πιθανό να εκφραστούν, αλλά επίσης είναι πιο πιθανό να αγνοηθούν (Mao και Woolley 2016).

Ένας λόγος που τα μέλη της ομάδας είναι απίθανο να εξετάζουν ασυνήθιστες πληροφορίες είναι ότι δεν μπορούν να επιβεβαιωθούν από άλλα μέλη της ομάδας και, ως εκ τούτου, τείνει να θεωρούνται ως λιγότερο αξιόπιστες, ακριβείς ή σχετικές. Αυτή η

εκτίμηση των ασυνήθιστων πληροφοριών είναι προβληματική επειδή οι μοναδικές πληροφορίες, αν συγκεντρωθούν, μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερες αποφάσεις, επειδή βασίζονται σε έναν ευρύτερο δείκτη εμπειρογνωμοσύνης. Πράγματι, η ικανότητα συγκέντρωσης τέτοιων πληροφοριών είναι μια σημαντική πηγή της δυνατότητας μιας ομάδας υγειονομικής περίθαλψης να προσφέρει ανώτερη φροντίδα σε έναν ασθενή από οποιοδήποτε άτομο που εργάζεται μόνο του (Mao και Woolley 2016).

Επιπλέον, τα χαρακτηριστικά των μεμονωμένων μελών της ομάδας μπορούν να καθορίσουν την ικανότητά τους να επηρεάζουν την ομάδα. Τα μέλη της ομάδας είναι πιθανό να έχουν μεγαλύτερη επιρροή όταν κατέχουν υψηλή θέση - ακόμη και αν αυτή η κατάσταση προέρχεται από χαρακτηριστικά που ενδεχομένως δεν σχετίζονται με την πραγματική εξειδίκευση, όπως το φύλο ή η ηλικία (Bunderson 2003). Οι κοινωνικές ή επαγγελματικές κατηγορίες των μελών της ομάδας μπορούν επίσης να επηρεάσουν την επιρροή τους. Για παράδειγμα, η έρευνα για την ποικιλομορφία των ομάδων υποδηλώνει ότι η διαφορετική εμφάνιση από άλλες σε μια ομάδα μπορεί να αυξήσει την επιρροή ενός μέλους. Όταν ένα άτομο είναι διαφορετικό από τους άλλους, αναμένεται να έχει διαφορετικές γνώσεις ή προοπτικές για να προσθέσει στην ομάδα και, αν αυτό το άτομο μιλήσει, οι άλλοι είναι πιο δεκτικοί από ό, τι σε ένα παρόμοιο μέλος της ομάδας (Sommers 2006; Phillips 2003).

Για να διασφαλιστεί ότι η διαθέσιμη εμπειρογνωμοσύνη επηρεάζει το έργο της ομάδας, τα μέλη της ομάδας, και ιδιαίτερα οι ηγέτες της ομάδας, μπορούν να εφαρμόσουν συγκεκριμένες στρατηγικές:

- Πρώτον, η προσπάθεια να επαναληφθεί και να επιστραφεί η προσοχή σε μοναδικά αποθηκευμένες πληροφορίες μπορεί να δώσει στις πληροφορίες αυτές μια καλύτερη ευκαιρία να ενσωματωθούν στο έργο της ομάδας, κάτι που τελικά θα βελτιώσει το ίδιο το έργο. Σε μια μελέτη ομάδων γιατρών που έλαβαν διαγνωστικές αποφάσεις, οι ομάδες που έκαναν επανειλημμένα ερωτήσεις για την εμφάνιση μη κοινοποιημένων πληροφοριών (τις οποίες μόνο ένα άτομο γνώριζε αρχικά) σε αντίθεση με τις κοινές πληροφορίες (που όλα τα μέλη γνώριζαν) έκαναν ακριβέστερες διαγνώσεις (Larsonetal. 1996).

- Δεύτερον, για την καταπολέμηση της υποτίμησης της γνώσης που βασίζεται στις διαφορές στην κοινωνική ή επαγγελματική ομάδα, τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να προωθήσουν την πεποίθηση στην αξία της πληροφοριακής ποικιλομορφίας, η οποία

μπορεί να βελτιώσει τις ανταλλαγές επικοινωνίας και την επεξεργασία και ενσωμάτωση των πληροφοριών (Homan et al. 2007). Η έρευνα δείχνει ότι όταν οι ομάδες έχουν μεγαλύτερη προσδοκία ότι θα συναντήσουν διαφορετικές απόψεις - και εκτιμούν τις διαφορετικές απόψεις - ανεξάρτητα από την πηγή, εκπλήσσονται λιγότερο από τις διαφορετικές απόψεις, τις λαμβάνουν υπόψη πιο συχνά και είναι σε γενικές γραμμές καλύτερα σε θέση να αξιοποιήσουν τις εναλλακτικές ιδέες (Phillips και Thomas-Hunt 2007). Η εκτίμηση διαφορετικών απόψεων είναι χρήσιμη ακόμη και αν η ιδέα που συζητείται είναι λανθασμένη, καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει τα μέλη της ομάδας να σκεφτούν βαθύτερα το θέμα, το οποίο βελτιώνει τη δημιουργικότητα, τη λήψη αποφάσεων και την επίλυση προβλημάτων (Nemeth και Goncalo 2011).

### 3. Εξουθένωση (burnout) στους επαγγελματίες υγείας

Η εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο στρες που σχετίζεται με την εργασία που προκύπτει από τη χρόνια έκθεση στο εργασιακό άγχος. Ο όρος εισήχθη στις αρχές της δεκαετίας του 1970 από τον ψυχαναλυτή Freudenberger και στη συνέχεια ορίστηκε από τους Maslach και τους συνεργάτες του (1997) ως η συναισθηματική εξάντληση, η μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα και τα προσωπικά επιτεύγματα. Η εξάντληση μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε επάγγελμα.

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, και ιδιαίτερα οι κλινικοί γιατροί και οι νοσηλευτές φαίνεται να διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο για εξουθένωση, μειωμένη ποιότητα περίθαλψης, ακόμη και ιατρικά λάθη, ενδεχομένως καταλήγοντας σε κακή πρακτική με σημαντικό κόστος για τους φροντιστές και τα νοσοκομεία (DeHert 2020).

Ως εκ τούτου, η εγρήγορση για το φαινόμενο με άμεση αναγνώριση μαζί με την ανάπτυξη επαρκών προσωπικών και οργανωτικών στρατηγικών αντιμετώπισης είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση αυτού του σημαντικού προβλήματος στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη. Τα τελευταία 10 χρόνια παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για το θέμα με μια εκθετική αύξηση του αριθμού των δημοσιεύσεων σχετικά με το θέμα (DeHert 2020).

#### 3.1. Συμπτώματα εξουθένωσης

Η εξουθένωση φαίνεται να εμφανίζεται κυρίως σε επαγγέλματα που περιλαμβάνουν αλληλεπίδραση με ανθρώπους, όπως γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και δασκάλους αλλά εν τω μεταξύ, το σύνδρομο έχει περιγραφεί και σε άλλα επαγγέλματα (Kaschka, Korczak και Broich 2011).

Η συμπτωματολογία της εξουθένωσης φαίνεται να είναι μάλλον πολύπλοκη καθώς το σύνδρομο φαίνεται να αναπτύσσεται σε αρκετά διαδοχικά στάδια. Αρχικά, ο Freudenberger (1982) περιέγραψε την ανάπτυξή του σε ένα μοντέλο 12 σταδίων. Αργότερα, αυτό το μοντέλο απλοποιήθηκε και επί του παρόντος, χρησιμοποιείται πιο συχνά ένα μοντέλο 5 σταδίων. Αυτό το μοντέλο 5 σταδίων ξεκινά με τη φάση του μέλιτος και χαρακτηρίζεται από ενθουσιασμό. Ωστόσο, αναπόφευκτα, μετά από καιρό αυτό συνδέεται με την εμπειρία του άγχους της εργασίας. Εάν σε αυτό το στάδιο, δεν

εφαρμοστούν θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, η διαδικασία της εξουθένωσης θα ξεκινήσει (DeHert 2020).

Ακολουθεί ένα στάδιο στασιμότητας που χαρακτηρίζεται από την έναρξη του στρες. Αυτό το δεύτερο στάδιο ξεκινά με την επίγνωση ότι κάποιες μέρες είναι πιο δύσκολες από άλλες. Η ζωή περιορίζεται στην εργασία και τη φροντίδα των επιχειρήσεων, ενώ η οικογενειακή, η κοινωνική ζωή και οι προσωπικές προτεραιότητες παραμελούνται και υποφέρουν και εμφανίζονται κοινά συμπτώματα στρες, που επηρεάζουν το άτομο συναισθηματικά, αλλά και σωματικά (Pavelková και Bužgová 2015).

Στη συνέχεια αναπτύσσεται ένα στάδιο χρόνιου στρες που οδηγεί σε απογοήτευση. Τα άτομα έχουν την αίσθηση της αποτυχίας και την αίσθηση της αδυναμίας. Οι προσπάθειες δεν αποδίδουν εμφανώς και η εντύπωση ή το γεγονός ότι δεν λαμβάνετε αρκετή αναγνώριση οδηγεί σε αίσθημα αναξιοκρατίας και ανεπαρκούς. Αυτό στη συνέχεια οδηγεί στο στάδιο της απάθειας, όπου εμφανίζεται απόγνωση και απογοήτευση. Οι άνθρωποι δεν βλέπουν διέξοδο από την κατάσταση και γίνονται παραιτημένοι και αδιάφοροι. Το τελικό στάδιο είναι η συνηθισμένη εξουθένωση. Τα συμπτώματα της εξουθένωσης προκαλούν ένα σημαντικό σωματικό ή συναισθηματικό πρόβλημα και τελικά αυτά μπορεί να ωθήσουν κάποιον να αναζητήσει βοήθεια και παρέμβαση (DeHert 2020).

Ο κατάλογος των συμπτωμάτων είναι μακρύς και τα περισσότερα από αυτά δεν είναι πολύ συγκεκριμένα. Τα συμπτώματα σχετίζονται με τα διαφορετικά στάδια του συνδρόμου και έχουν χωριστεί σε διαφορετικές ομάδες (Kaschka, Korczak και Broich 2011). Αυτά περιλαμβάνουν προειδοποιητικά συμπτώματα στην πρώιμη φάση (αυξημένη δέσμευση για στόχους και εξάντληση), ακολουθούμενη από μια φάση μειωμένης δέσμευσης (προς ασθενείς και πελάτες, προς άλλους γενικά, προς την εργασία, προς αυξημένες απαιτήσεις), συναισθηματικές αντιδράσεις και κατηγορίες (κατάθλιψη, επιθετικότητα), που τελικά οδηγούν σε μείωση της γνωστικής απόδοσης, των κινήτρων, της δημιουργικότητας και της κρίσης, ισοπέδωση της συναισθηματικής, κοινωνικής και πνευματικής ζωής, ψυχοσωματικές αντιδράσεις και απελπισία (DeHert 2020).

### 3.2. Συνέπειες

Οι συνέπειες της εξουθένωσης είναι η μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, απουσίες, μετακινήσεις προσωπικού και ο κυνισμός (Pavelková και Bužgová 2015). Αυτές οι επιδράσεις στην εργασία έχουν συχνά επιπτώσεις στην προσωπική ζωή, όπως αίσθημα δυστυχίας, άγχος, κατάθλιψη, απομόνωση, κατάχρηση ουσιών, τριβές και διαλυμένες σχέσεις και διαζύγιο (DeHert 2020). Η εξουθένωση στους γιατρούς μπορεί να έχει σοβαρότερες επαγγελματικές επιπτώσεις από ό, τι σε άλλα επαγγέλματα. Πράγματι, η επαγγελματική εξουθένωση έχει συνδεθεί με τη μη βέλτιστη φροντίδα του ασθενούς με αποτέλεσμα τη χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών, μειωμένη ποιότητα φροντίδας, με σημαντικό κόστος για τους φροντιστές και τα νοσοκομεία ως συνέπεια (Schaufeli 2018).

### 3.3. Στρατηγικές αντιμετώπισης

Διάφορες στρατηγικές ευεξίας μπορούν να εφαρμοστούν από τους γιατρούς για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της εξουθένωσης. Μια πρώτη στρατηγική επικεντρώνεται στις σχέσεις. Αναφέρεται στην κατανόηση της σημασίας του να περνά το άτομο ποιοτικό χρόνο με την οικογένεια, τους φίλους και άλλους σημαντικούς ανθρώπους. Αυτή η στρατηγική περιλαμβάνει επίσης την ενεργό ανάπτυξη σχέσεων με συναδέλφους, την ανταλλαγή και τον προβληματισμό μαζί τους για συναισθηματικές και υπαρξιακές πτυχές του να είσαι γιατρός (Weiner et al. 2001).

Ένα δεύτερο στοιχείο που φαίνεται να προάγει την ευημερία σε μερικούς ανθρώπους είναι η θρησκευτική πίστη και/ή η πνευματική πρακτική. Αυτό αναφέρεται σε μια προσωπική προσοχή στην καλλιέργεια των πνευματικών πτυχών (Weiner et al. 2001). Έχει αναφερθεί ότι έως και το 34% των ατόμων ανέφεραν ότι αυτή η πτυχή είναι σημαντική και μάλιστα ουσιαστική (DeHert 2020).

Ένα τρίτο στοιχείο αφορά τις εργασιακές συμπεριφορές. Αυτό έχει δύο συστατικά. Το πρώτο αναφέρεται στην εύρεση νοήματος και εκπλήρωσης στην εργασία, το δεύτερο στην ενεργό επιλογή και περιορισμό του είδους της ιατρικής πρακτικής, όπως η μερική απασχόληση, η συμμετοχή στην εκπαίδευση και/ή η έρευνα, η διαχείριση του προγράμματος και η διακοπή των ανεκπλήρωτων πτυχών της πρακτικής (DeHert 2020).

Μια τέταρτη στρατηγική αποτελείται από πρακτικές αυτοφροντίδας, στις οποίες ένα άτομο καλλιεργεί ενεργά προσωπικά ενδιαφέροντα και αυτογνωσία, επιπλέον των

επαγγελματικών και οικογενειακών ευθυνών. Αυτό συνεπάγεται επίσης ενεργή αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας σε περίπτωση προσωπικών σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων ή ασθενειών. Παραδείγματα τέτοιων πρακτικών είναι, μεταξύ άλλων, η άσκηση, οι δραστηριότητες έκφρασης, η επαρκής διατροφή και ο ύπνος, η τακτική ιατρική περίθαλψη, η επαγγελματική συμβουλευτική κ.λπ. (Shanafelt et al. 2002).

Τέλος, το πέμπτο συστατικό είναι η προσαρμογή μιας συγκεκριμένης φιλοσοφίας ζωής. Αυτό αναπτύσσει μια φιλοσοφική προσέγγιση στη ζωή που βασίζεται σε μια θετική προοπτική όπου κάποιος προσδιορίζει τις δικές του αξίες και ενεργεί ανάλογα με έμφαση στην ισορροπία μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής. Είναι πιθανό ότι τέτοιες στρατηγικές είναι επίσης τα καθορισμένα εργαλεία που θα εφαρμοστούν στην πρόληψη της εξουθένωσης (DeHert 2020).



## 4. Θεραπευτική σχέση (συμμαχία) παρόχου υγείας - ασθενή

### 4.1. Ορισμός

Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας έχει εξελιχθεί δυναμικά ως απάντηση στις συνεχιζόμενες εξελίξεις στην ηθική, τον πολιτισμό και την έρευνα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Θεμέλια για την έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας καθιερώθηκαν μέσα στην ψυχαναλυτική παράδοση, με το έγγραφο του Freud (1958) για τη δυναμική της μεταφοράς το 1912. Μετά από τον όρο «θεραπευτική συμμαχία», η εννοιολογική ανάπτυξη του όρου εισήχθη από τον Zetzel (1956). Ο Edward Bordin (1979) διευκρίνισε περαιτέρω την ιδέα της συμμαχίας με την καθιέρωση των τριών βασικών χαρακτηριστικών του: μια αμοιβαία συμφωνία για τους στόχους, μια αμοιβαία δέσμευση σε καθήκοντα για την επίτευξη στόχων και τη δημιουργία διαπροσωπικού δεσμού.

### 4.2. Η σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας στην υγειονομική περίθαλψη

Στην υγειονομική περίθαλψη, η θεραπευτική συμμαχία παραμένει αναπόσπαστο και θετικό στοιχείο των θεραπευτικών λειτουργιών και των αποτελεσμάτων (Meissner 2007; Priebe και McCabe 2008). Αν και πρωτοπορήθηκε από θεωρητικούς σε άλλους κλάδους, η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας έχει σημαντική συνάφεια με τη νοσηλευτική, καθώς οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι αγωγός αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η σημασία της αλληλεπίδρασης έχει καθιερωθεί σε όλη την ιστορία σε κείμενα νοσηλευτικής όπως αυτά των Nightingale το 1860 (Nightingale, 1946), Replauto 1952 (Replau, 1991) και Travelbeeto 1966 (Travelbee, 1971). Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας έχει εξελιχθεί για να αγκαλιάσει τις αρχές της θεραπευτικής συμμαχίας, όπως αποδεικνύεται από την τρέχουσα βιβλιογραφία νοσηλευτικής ψυχικής υγείας (Elder, Evans και Nizette, 2013; Stein-Parbury, 2014).

Είναι τεκμηριωμένο ότι αναπτύσσονται θεραπευτικές συμμαχίες σε διαφορετικά πλαίσια ανάμεσα σε νοσηλευτές και άτομα που έχουν διαφορετικές ανάγκες, για παράδειγμα, άτομα με παραλλαγές στο πολιτιστικό υπόβαθρο, παραλλαγές στην ψυχική ευεξία (Hewitt και Coffey 2005) ή σωματική ευεξία, και άτομα που βιώνουν μεταβάσεις ζωής, όπως π.χ. εφηβεία και εγκυμοσύνη και γέννηση (Zugai, Stein-Parbury και Roche 2015).

## 5. Ενσυναίσθηση στους επαγγελματίες υγείας

### 5.1. Ορισμός

Η ενσυναίσθηση έχει συζητηθεί ευρέως στο πλαίσιο των ιατρικών, νοσηλευτικών και άλλων επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με το ρόλο της στις θεραπευτικές σχέσεις και την ποιότητα της φροντίδας (Brockhouse et al. 2011). Θεωρητικά και εννοιολογικά, η ενσυναίσθηση έχει δώσει μεγάλη προσοχή στη φιλοσοφική, ψυχολογική και πιο πρόσφατα, τη γνωστική νευροεπιστημονική βιβλιογραφία, με διαφορετικούς ορισμούς και εννοιολογικές αντιλήψεις (Decety και Lamm, 2006).

Ο Rogers (1957) χαρακτήρισε την ενσυναίσθηση ως την ικανότητα του κλινικού ιατρού να αντιλαμβάνεται τον ιδιωτικό κόσμο του χρήστη της υπηρεσίας σαν να ήταν ο δικός του, χωρίς να χάνει την υποθετική ποιότητα «σαν να». Αυτή η αίσθηση αποστασιοποίησης ή κατάλληλου επιπέδου αποσύνδεσης από το συναίσθημα του χρήστη της υπηρεσίας, υποστηρίζεται σε μεταγενέστερους ορισμούς που προσφέρουν οι Hojat και οι συνεργάτες του (2002) και Mercer και Reynolds (2002). Ο κοινός παράγοντας μεταξύ αυτών των ορισμών είναι η πρόταση ότι η ενσυναίσθηση γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ της εμπειρίας του εαυτού και αυτής των άλλων (Hodges και Klein, 2001). Αυτό μπορεί να είναι σημαντικό για τους κλινικούς γιατρούς οι οποίοι, μέσω των θεραπευτικών τους σχέσεων, καλούνται να ενσυναίσθησαν για μεγάλες περιόδους με τους χρήστες των υπηρεσιών να βιώνουν έντονα και συχνά αρνητικά συναισθήματα.

### 5.2. Διαστάσεις της ενσυναίσθησης

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο η ενσυναίσθηση έχει τέσσερις βασικές διαστάσεις: συναισθηματική, γνωστική, συμπεριφορική και ηθική (Morse et al., 1992). Τα συναισθηματικά και γνωστικά συστατικά σχετίζονται με τις ικανότητες των κλινικών ιατρών να βιώνουν και να μοιράζονται τα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου και διανοητικά προσδιορίζουν και κατανοούν τα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου από μια αντικειμενική στάση. Η συμπεριφορική διάσταση αναφέρεται στην ικανότητα ενός κλινικού ιατρού να επικοινωνεί με την κατανόησή του για την οπτική γωνία ενός άλλου ατόμου. Η τέταρτη, η ηθική διάσταση, αναφέρθηκε από τους Morse et al. (1992) ως

εσωτερικό αλτρουιστικό κίνητρο για ενσυναίσθηση απέναντι στους άλλους. Αυτή όμως η διάσταση δεν υποστηρίχθηκε από μια μεταγενέστερη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Παρά την έλλειψη υποστήριξης, η ηθική συνιστώσα θα μπορούσε να θεωρηθεί σχετική όταν εξετάζεται η πρόσφατη έκθεση των αποτυχημένων νοσοκομειακών οργανώσεων στο Ηνωμένο Βασίλειο (Mid Staffordshire, Southern Health). Μεταγενέστερες εκθέσεις (π.χ. Francis 2013) συνέστησαν την ανάγκη αλλαγής της κουλτούρας στο NHS, ενσωματώνοντας φροντίδα με επίκεντρο και ασθενή που βασίζεται στο σύνταγμα και τις αξίες του NHS. Αυτές οι αξίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν ότι αντικατοπτρίζουν την ηθική υποχρέωση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης να συνεργάζεται με ενσυναίσθηση με τους χρήστες των υπηρεσιών (Wilkinson et al. 2017).

### **5.3. Ενσυναίσθηση και θεραπευτική σχέση**

Η κλινική συνάφεια των συναισθηματικών, γνωστικών και συμπεριφορικών διαστάσεων έχει αποδειχθεί εμπειρικά με ποικίλη έμφαση (Eisenberg και Eggum, 2009). Οι Stepien και Baernstein (2006) συζήτησαν πώς η εμπλοκή σε ένα μόνο γνωστικό επίπεδο θα μπορούσε να οδηγήσει σε ενσυναίσθητες δηλώσεις να φαίνονται επιφανειακές, επομένως η συναισθηματική δέσμευση είναι απαραίτητη για την ενίσχυση της αλληλεπίδρασης, χτίζοντας εμπιστοσύνη στη θεραπευτική σχέση.

Αντιστρόφως, οι χρήστες των υπηρεσιών έχουν αναφέρει ότι η ικανότητα ενός κλινικού ιατρού να κατανοεί πρώτα τους (γνωστική διάσταση) και δεύτερον, να εκφράζει αυτήν την κατανόηση (συμπεριφορική διάσταση), αποτελεί βασική πτυχή της θεραπευτικής σχέσης (Shattell, Starr και Thomas 2007). Αυτή η έμφαση στην κατανόηση και οι σύνδεσμοι με την ανάπτυξη μιας ουσιαστικής σχέσης, υποστηρίζονται από τους Hojat et al. (2002) που υπογραμμίζουν πώς η ανάπτυξη μιας ουσιαστικής σχέσης με τους χρήστες υπηρεσιών εξαρτάται από την κατανόηση των γνωστικών και συναισθηματικών τους καταστάσεων. Οι Mercer και Reynolds (2002) θεώρησαν επίσης ότι η «κατανόηση» είναι μια σημαντική πτυχή στην ανταπόκριση με ενσυναίσθηση.

Τα βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα έχουν επίσης συνδεθεί με την αυξημένη ενσυναίσθηση των κλινικών ιατρών και μια καλή θεραπευτική σχέση. Συνεπώς, η ενσυναίσθηση, ανεξάρτητα από τη συγκεκριμένη διάσταση ή ορισμό, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένα σημαντικό συστατικό της σχέσης χρήστη - προσωπικού υπηρεσίας και,

στη συνέχεια, ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της παροχής ποιοτικής φροντίδας (Yu&Kirk, 2009).

## 6. Οργανωσιακή ευημερία

### 6.1. Παράγοντες που την επηρεάζουν

Από τότε που εμφανίστηκε η θετική ψυχολογία, η ευημερία του ατόμου έχει μελετηθεί συχνά. Η ευημερία των επαγγελματιών υγείας γίνεται ένα σημείο ενδιαφέροντος λόγω του ότι πολλοί από αυτούς αισθάνονται αγχωμένοι και εξουθενωμένοι από την εργασία τους. Αυτό οδήγησε σε έλλειψη υγειονομικού (και ιδιαίτερα νοσηλευτικού προσωπικού) και υψηλό κύκλο εργασιών (Li et al. 2013).

Η εργασιακή ευημερία επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως:

- η ικανοποίηση από την εργασία
- τα κίνητρα
- η αυτοεκτίμηση
- τα επιτεύγματα
- η σωματική και η ψυχολογική κόπωση
- το περιβάλλον και
- τον οργανισμό (Lietal. 2013).

Όταν αυτοί οι παράγοντες επηρεάζονται αρνητικά, οι νοσηλευτές παραιτούνται συχνά από τις θέσεις τους στα νοσοκομεία (Mollart et al. 2013). Υπάρχει υψηλή επικράτηση επαγγελματικής εξουθένωσης και εναλλαγής θέσεων εργασίας στον νοσηλευτικό τομέα, κάτι το οποίο έχει σοβαρό αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών. Έχει προταθεί έντονα ότι η βελτίωση της ευημερίας του προσωπικού θα μπορούσε να ενισχύσει την εμπειρία του ασθενούς (Maben et al. 2012). Αν και έχουν ληφθεί μέτρα για την αύξηση της εργασιακής ευημερίας των επαγγελματιών υγείας, η έλλειψη και ο κύκλος εργασιών των νοσηλευτών εξακολουθούν να είναι το δύσκολο ζήτημα σε πολλά νοσοκομεία (Li et al. 2013).

### 6.2. Οργανωσιακή ευημερία στους επαγγελματίες υγείας

Το εργασιακό περιβάλλον, ο φόρτος εργασίας και οι υπερωρίες, η αρνητική ανατροφοδότηση σχετικά με την υπηρεσία ενός επαγγελματία υγείας, η αντιμετώπιση

ανεπιθύμητων ασθενών, η μειωμένη συναισθηματική ευεξία, η ηθική δυσφορία και οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι μερικοί από τους παράγοντες που συμβάλλουν στο ποσοστό της οργανωσιακής ικανοποίησης για τους επαγγελματίες υγείας.

Σύμφωνα με τους Viotti & Converso (2016), ο υπερβολικός φόρτος εργασίας μπορεί να οδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν σκέψεις ακόμα και για εγκατάλειψη της εργασίας τους διότι καθίσταται αδύνατο να αφιερώσουν αρκετό χρόνο στην οικογένειά τους. Η εργασία και η οικογένεια συμβολίζουν δύο σημαντικούς ρόλους στη ζωή των περισσότερων εργαζομένων. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες στην εργασία επηρεάζουν ιδιαίτερα τη λειτουργία της οικογένειας και η δυσαρμονία αυτή μπορεί να αποτελέσει έναν αρνητικό προγνωστικό παράγοντα για την εργασιακή ικανοποίηση.

Οι εργασιακές υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας μπορεί να αποτελέσουν εμπόδιο στην εκπλήρωση των οικογενειακών τους ευθυνών. Οι Al Azzam και συν. (2017) υποστηρίζουν ότι οι συγκρούσεις των εργασιακών απαιτήσεων και οι οικογενειακές ευθύνες είναι πιο έντονες σε εργαζόμενους με παιδιά, και ιδιαίτερα μικρά παιδιά, διότι πρέπει να ανταπεξέλθουν σε αυξημένα αιτήματα, ευθύνες και απαιτήσεις ενώ παράλληλα έχουν υπερωρίες, βραδινές βάρδιες, αυξημένο φόρτο εργασίας και άλλα.

Ακόμα ένας στρεσογόνος παράγοντας στον υγειονομικό κλάδο είναι η διαρκής ανάγκη για ενημέρωση των γνώσεων ώστε να εκπληρώνονται οι εργασιακές απαιτήσεις. Αυτή η ανάγκη γίνεται πιο επιτακτική εξαιτίας των αυξημένων προσδοκιών των ασθενών και των συγγενών τους οι οποίοι είναι όλο και περισσότερο ενημερωμένοι, κυρίως από μη έμπιστες πηγές όπως το διαδίκτυο, και που είναι πρόθυμοι να αμφισβητήσουν το σκεπτικό και τις πράξεις των επαγγελματιών υγείας. Αυτή η ενδεχόμενη αμφισβήτηση τους προκαλεί άγχος διότι τους επιβάλλει να ενημερώνονται πιο τακτικά και να είναι έτοιμοι να απαντήσουν σε όλες τις πιθανές ερωτήσεις. Τέλος, πηγή άγχους και στρες για τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί το διοικητικό προσωπικό χωρίς κλινικό υπόβαθρο που κατά συνέπεια δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τις κλινικές απαιτήσεις και ανάγκες του υγειονομικού προσωπικού και χρησιμοποιεί τη μέθοδο του εκφοβισμού για να βγει η δουλειά (Mishra, 2015).

## 7. Αυτογνωσία στους επαγγελματίες υγείας

Η αυτογνωσία έχει περιγραφεί ως κεντρικό συστατικό της θεραπευτικής σχέσης επαγγελματιών υγείας και ασθενών και είναι ένα μια από τις βασικές δεξιότητες τους (Rasheed, Younas και Sundus 2019). Η έλλειψη αυτογνωσίας εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας θα μπορούσε να εμποδίσει την ανάπτυξη μιας θετικής θεραπευτικής σχέσης (Varcarolis, 2018).

Η αυτογνωσία είναι μια εξελισσόμενη διαδικασία αυτο-ανακάλυψης, το οποίο σημαίνει ότι η αυτογνωσία είναι δυναμική και συνεχώς μεταβαλλόμενη και δεν επιτυγχάνει ποτέ κορεσμό (Eckroth-Bucher, 2010). Λόγω της εξελισσόμενης φύσης της, η αυτογνωσία επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να αναπτύξουν μια διαπροσωπική σχέση και να συμμετέχουν σε θεραπευτική επικοινωνία με τους ασθενείς και να βελτιώνουν συνεχώς τη σχέση τους και την επικοινωνία (Rasheed, Younas και Sundus 2019).

Η επίγνωση του εαυτού δεν βοηθά μόνο στην ανάπτυξη της θεραπευτικής και διαπροσωπικής σχέσης, αλλά επιτρέπει επίσης τη βελτίωση της κριτικής σκέψης και των δεξιοτήτων λήψης κλινικών αποφάσεων (Han και Kim, 2016). Βοηθά επίσης τους επαγγελματίες υγείας να προσδιορίσουν το δικό τους ρόλο και ευθύνες σε μια δεδομένη κατάσταση και διακρίνουν κατάλληλα ορισμένες απαραίτητες δράσεις. Ως εκ τούτου, κάποιοι νοσηλευτικοί σύλλογοι προσδιόρισαν την αυτογνωσία ως μια σημαντική νοσηλευτική ικανότητα (American Psychiatric Nurses Association 2014) που θα έπρεπε να αναπτυχθεί με την πάροδο του χρόνου για την ενίσχυση των αλληλεπιδράσεων νοσηλευτών - ασθενών.

Η αυτογνωσία είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη έννοια στην ψυχολογία και θεωρείται ότι έχει τόσο γνωστική όσο και νευροανατομική βάση. Η διαδικασία της αυτογνωσίας ξεκινά από τη βρεφική ηλικία και συνεχίζεται μέχρι την ενηλικίωση (Rasheed, Younas και Sundus 2019). Η αυτογνωσία αναπτύσσεται με τα παρακάτω:

- την έκθεση σε σωματικά και συναισθηματικά ερεθίσματα
- τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις
- τις λεκτικές και μη λεκτικές επικοινωνίες
- τις προσωπικές εκτιμήσεις και προβληματισμούς

- την ανάκληση των γεγονότων του παρελθόντος και
- τις συνεχείς γνωστικές διαδικασίες (Rasheed, Younas και Sundus 2019).

Η χρήση καθοδηγούμενων εικόνων, ο στοχασμός, η προσωπική και η κοινωνική ανατροφοδότηση είναι βασικά στοιχεία αυτής της διαδικασίας ανάπτυξης. Σε όλη αυτή τη διαδικασία, τα άτομα γίνονται αυτοσυγκεντρωμένα και αυτορυθμιζόμενα και αναπτύσσουν την ικανότητα να βγάζουν συμπεράσματα για τα συναισθήματα και τις ψυχικές καταστάσεις των άλλων, κάτι το οποίο θα τους βοηθήσουν να κατανοήσουν καλύτερα τον εαυτό τους και τους άλλους (Vargcarolis, 2018).

Στη νοσηλευτική, η αυτογνωσία έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό εργαλείο για την προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη των παρόχων υγείας (Rasheed, Younas και Sundus 2019). Έχει επίσης αναγνωριστεί ως σημαντικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών που τους βοηθά να βελτιώσουν την ευαισθησία τους απέναντι στους άλλους και τις ικανότητες φροντίδας τους. Η αυτογνωσία επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να:

- αναγνωρίζουν τις συναισθηματικές τους καταστάσεις
- σκέψεις
- συναισθήματα
- προκαταλήψεις
- δυνάμεις και
- περιορισμούς (Rasheed, Younas και Sundus 2019).

Με βάση αυτήν την προσωπική αναγνώριση, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να καταλάβουν τα ελλείμματα και τις ανάγκες των ασθενών τους και να τους βοηθήσουν να αναγνωρίσουν τις προσωπικές τους δυνάμεις προκειμένου να επιτευχθεί μια αίσθηση ευεξίας (Eckroth-Bucher, 2010).

Η αυτογνωσία αποτρέπει τους επαγγελματίες υγείας να προβάλλουν τις προσωπικές τους προκαταλήψεις και αξίες στους ασθενείς τους και τους άλλους (Eckroth-Bucher, 2010). Η αυτογνωσία δεν έχει να κάνει μόνο με την εξέταση των χαρακτηριστικών και των συναισθημάτων κάποιου, αλλά περιλαμβάνει επίσης την



εξέταση των περιβαλλοντικών και συμφραζόμενων παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας και των ασθενών (Rasheed, Younas και Sundus 2019).

Ως εκ τούτου, η αυτογνωσία είναι ιδιαίτερα απαραίτητη για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να διαχειριστούν τον γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό εαυτό τους, ο οποίος βοηθά στη βελτίωση της συμπεριφοράς φροντίδας τους. Παρά τη σημασία της αυτογνωσίας για τις σχέσεις νοσηλευτών και νοσηλευτών-ασθενών και την εξελισσόμενη φύση της, το σύνολο των νοσηλευτικών γνώσεων σχετικά με την αυτογνωσία παραμένει υπό εξέταση (Rasheed, Younas και Sundus 2019).

## **B' ΜΕΡΟΣ**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **Ερευνητικές υποθέσεις και πρωτοτυπία του θέματος**

Η υπόθεση της παρούσας εργασίας είναι ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες ή δεξιότητες στον επαγγελματία υγείας, οι οποίες ελαχιστοποιούν την εμφάνιση της εξουθένωσης και εξασφαλίζουν την εργασιακή του ευημερία. Στοιχεία όπως η ψυχική ανθεκτικότητα, η αυτογνωσία, η ομαδικότητα και η ενσυναίσθηση, έχουν διερευνηθεί και ακόμα αποτελούν αντικείμενα μελέτης. Δεν έχει όμως εξεταστεί ο συνδυασμός όλων αυτών των παραγόντων για την αποφυγή της εξουθένωσης και την εξασφάλιση της εργασιακής ευημερίας.

#### **Ερευνητικά ερωτήματα**

Συνεπώς, τα ερευνητικά ερωτήματα που διαμορφώνονται είναι το εξής: Σε τί βαθμό επιδρούν η ψυχική ανθεκτικότητα, η αυτογνωσία, η ομαδικότητα και η ενσυναίσθηση στην αποφυγή της εξουθένωσης και την εξασφάλιση της εργασιακής ευημερίας;

#### **Σκοπός και στόχοι μελέτης**

Σύμφωνα λοιπόν με την ερευνητική υπόθεση, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει ποιες δεξιότητες πρέπει να κατέχει ένας επαγγελματίας υγείας για να μην υποπέσει σε εξουθένωση και να κατακτήσει την εργασιακή ευημερία. Στόχος της μελέτης είναι να συμβάλλει στο πλήρωμα του κενού που υπάρχει στη βιβλιογραφία όσον αφορά το θέμα αυτό.

#### **Μεθοδολογία προσέγγισης**

Για την πραγματοποίηση του γενικού μέρους της διπλωματικής εργασίας πραγματοποιήθηκε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι μια έρευνα ακαδημαϊκών πηγών για ένα συγκεκριμένο θέμα. Παρέχει μια

επισκόπηση της τρέχουσας γνώσης, επιτρέποντας στο μελετητή να προσδιορίσει σχετικές θεωρίες, μεθόδους και κενά στην υπάρχουσα έρευνα.

Η συγγραφή μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης περιλαμβάνει την εύρεση σχετικών δημοσιεύσεων (όπως βιβλία και άρθρα περιοδικών), την κριτική τους ανάλυση και την εξήγηση αυτών (Knopf 2006).

Στο ειδικό μέρος έγινε μια συστηματική ανασκόπηση. Σε αυτό το μέρος αναλύθηκε η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε σε 10 άρθρα τα οποία αφορούν στο θέμα της διπλωματικής εργασίας.

Για την πραγματοποίηση της διπλωματικής εργασίας πραγματοποιήθηκε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η έρευνα για την εύρεση του υλικού έγινε κυρίως στο διαδίκτυο, σε πολύ γνωστές και έγκυρες βάσεις δεδομένων όπως είναι το PubMed, GoogleScholar, CINAHL, MEDLINE και PsycINFO. Επιλέχθηκαν πρόσφατα άρθρα, γραμμένα στην αγγλική γλώσσα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν περιελάμβαναν τους όρους "resilience", "healthcare", "nursing", "awareness", "empathy", "burnout", "teamwork", "therapeutic alliance". Σε πολλές περιπτώσεις έγινε και συνδυασμός των όρων αυτών. Η αναζήτηση απέδωσε 253 άρθρα. Από αυτά, ύστερα από την ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης, αποκλείστηκαν τα 152. Έπειτα, διαβάζοντας την εισαγωγή και τη μεθοδολογία των άρθρων, αποκλείστηκαν άλλα 91 άρθρα. Για τη διπλωματική λοιπόν χρησιμοποιήθηκαν τελικά 10 άρθρα, τα οποία πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης, τα οποία ήταν: άρθρα στα αγγλικά, παράθεση βιβλιογραφίας, επιστημονική μεθοδολογία.

## Μελετητικές ενότητες

Η παρούσα εργασία διερευνά κάποιες δεξιότητες οι οποίες είναι απαραίτητες να υπάρχουν σε έναν επαγγελματία υγείας έτσι ώστε να μην υποστεί αυτό που είναι γνωστό ως επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Αυτές οι δεξιότητες περιλαμβάνουν τις εξής:

- Η **ψυχική ανθεκτικότητα** είναι η ικανότητα να αντιμετωπίζει το άτομο με επιτυχία τις αντίξοες συνθήκες που εμφανίζονται. Ο όρος «ανθεκτικότητα» περιλαμβάνει τόσο φυσιολογικές όσο και ψυχολογικές πτυχές. Οι ψυχολογικές πτυχές όπως και οι

σωματικές, διαφέρουν από άτομο σε άτομο και περιλαμβάνουν ορισμένες ανεπτυγμένες στρατηγικές (Henshall, Davey και Jackson 2020).

- Η **ομαδικότητα** μπορεί να χαρακτηρίσει μια «ομάδα ανθρώπων που εργάζονται μαζί». Πολλές φορές είναι συνώνυμη με την «Ομαδική εργασία» (Kalisch και Lee 2011). Οι ομάδες στις υπηρεσίες υγείας είναι πολυδιάστατες και συνεχώς μεταβαλλόμενες (Kalisch και Lee 2011). Η NHS Leadership Academy (2013) προτείνει ότι η μόνη απαίτηση για να σχηματιστεί μια ομάδα είναι όταν ένα σύνολο ατόμων εργάζεται προς έναν κοινό στόχο. Ο κοινός στόχος ή ο κοινός σκοπός είναι ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της ομαδικής εργασίας (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1988).

- Η **αυτογνωσία** έχει περιγραφεί ως κεντρικό συστατικό της θεραπευτικής σχέσης επαγγελματιών υγείας και ασθενών και είναι ένα από τις βασικές δεξιότητές τους (Rasheed, Younas και Sundus 2019). Η έλλειψη αυτογνωσίας εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας θα μπορούσε να εμποδίσει την ανάπτυξη μιας θετικής θεραπευτικής σχέσης (Varcarolis, 2018).

- Η **ενσυναίσθηση** έχει οριστεί ως η ικανότητα του κλινικού ιατρού να αντιλαμβάνεται τον ιδιωτικό κόσμο του χρήστη της υπηρεσίας σαν να ήταν ο δικός του, χωρίς να χάνει την υποθετική ποιότητα «σαν να» (Rogers, 1957). Αυτή η αίσθηση αποστασιοποίησης ή κατάλληλου επιπέδου αποσύνδεσης από το συναίσθημα του χρήστη της υπηρεσίας, υποστηρίζεται σε μεταγενέστερους ορισμούς που προσφέρουν οι Hojat και οι συνεργάτες του (2002) και Mercer και Reynolds (2002).

Η απουσία αυτών των δεξιοτήτων από την πλευρά του επαγγελματία της υγείας μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση της **εξουθένωσης**. Οι συνέπειες της εξουθένωσης είναι η μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, απουσίες, μετακινήσεις προσωπικού και ο κυνισμός (Pavelková και Bužgová 2015). Αυτές οι επιδράσεις στην εργασία έχουν συχνά επιπτώσεις στην προσωπική ζωή, όπως αίσθημα δυστυχίας, άγχος, κατάθλιψη, απομόνωση, κατάχρηση ουσιών, τριβές και διαλυμένες σχέσεις και διαζύγιο (DeHert 2020).

Με την ύπαρξη των παραπάνω δεξιοτήτων οι οποίες είναι αναγκαίες για την αποφυγή της εξουθένωσης, ένας επαγγελματίας υγείας κατακτά την **εργασιακή ευημερία**. Έχει προταθεί έντονα ότι η βελτίωση της ευημερίας του προσωπικού θα μπορούσε να

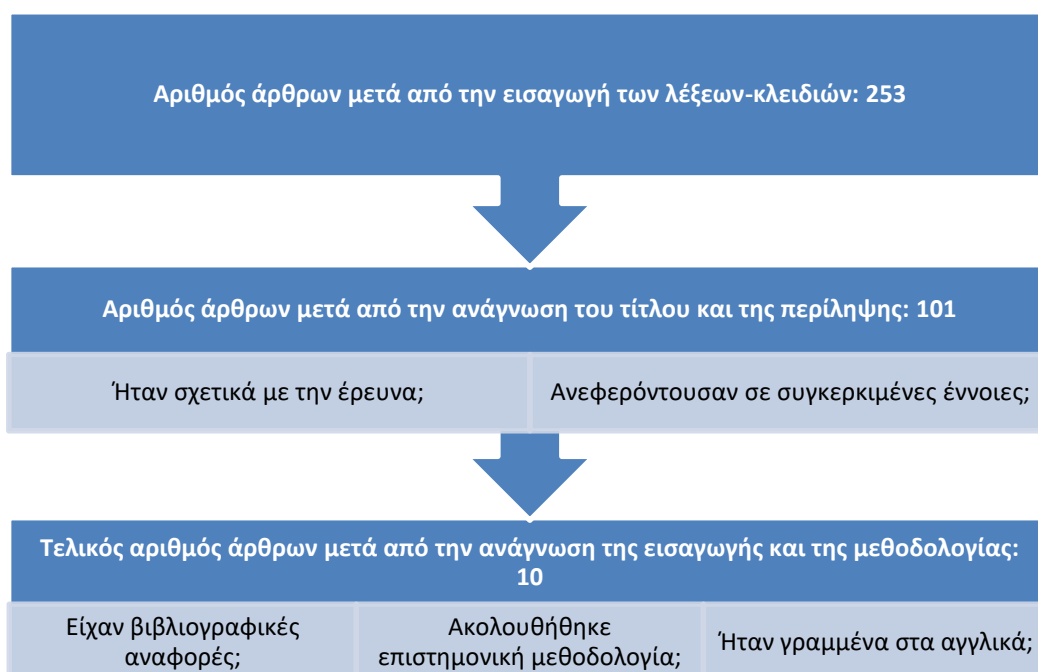
ενισχύσει την εμπειρία του ασθενούς (Mabenetal. 2012). Δεν είναι όμως μόνο αυτό, η εργασιακή ευημερία επιφέρει γενικά θετικά αποτελέσματα σε ολόκληρο τον οργανισμό, γι' αυτό και η εξασφάλισή της είναι απαραίτητη.

Αυτά που αναφέρθηκαν στην παρούσα ενότητα, περιλαμβάνουν και τις μελετητικές ενότητες οι οποίες εμπεριέχονται και στην παρούσα εργασία.

### Διάγραμμα ροής

Το παρακάτω διάγραμμα ροής περιγράφει σχηματικά το σκεπτικό που ακολούθησε η ερευνήτρια για τη συλλογή των δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα, τα στάδια ήταν τα εξής:

- 1) Εντοπισμός
- 2) Εξέταση και επιλεξιμότητα
- 3) Συμπερίληψη



## Ανασκόπηση άρθρων

### 1. Leadership for health and well-being (Wallo και Lundqvist 2020)

Ο σκοπός της μελέτης των Wallo και Lundqvist (2020) ήταν να συγκεντρώσει πληροφορίες που βασίζονται σε έρευνες σχετικά με το πώς μπορεί να συμβάλει η ηγεσία στην υγεία και την ευημερία στο χώρο εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα των συγγραφέων ήταν:

- 1) Ποιες θεωρητικές αφετηρίες όσον αφορά την ηγεσία και/ή τη διαχείριση υπάρχουν σε εμπειρικές μελέτες σχετικά με την ηγεσία για την υγεία και την ευημερία;
- 2) Πώς έχει η ηγεσία για την υγεία και την ευημερία μελετηθεί μεθοδολογικά και σε ποια πλαίσια;
- 3) Ποιες άμεσες και έμμεσες συμπεριφορές ηγεσίας που προάγουν την υγεία μπορούν να προσδιοριστούν σε προηγούμενες έρευνες;

#### *Μεθοδολογία και περιορισμοί*

Η συστηματική ανασκόπηση για την επανεξέταση της βιβλιογραφίας ακολούθησε αυτό που είναι γνωστό ως μοντέλο SAWEE. Πρώτον, το περιεχόμενο, η εστίαση και οι περιορισμοί της ανασκόπησης διευκρινίστηκαν σύμφωνα με το σκοπό και τις ερωτήσεις της μελέτης. Στη συνέχεια, διατυπώθηκαν τα κριτήρια για τα οποία οι μελέτες πρέπει να συμπεριληφθούν και να αποκλειστούν κατά τη διαδικασία αναζήτησης και επανεξέτασης. Τα κριτήρια ένταξης για τις μελέτες ήταν τα εξής:

- έπρεπε να επικεντρώνονται στην εργασιακή ζωή και στο περιβάλλον εργασίας.
- έπρεπε να πραγματοποιούνται σε σκανδιναβικό πλαίσιο.
- έπρεπε να διερευνούν την ηγεσία όσον αφορά τα στυλ, τις συμπεριφορές, τους ρόλους και παρόμοιες έννοιες ή συνώνυμα.
- έπρεπε να επικεντρώνονται στη σχέση μεταξύ της ηγεσίας και της υγείας και της ευημερίας των εργαζομένων στον χώρο εργασίας (παράγοντες υγείας).

Άλλα κριτήρια ένταξης για τις μελέτες ήταν επίσης:

- έπρεπε να είναι επιστημονικά άρθρα σε διεθνή, ακαδημαϊκά περιοδικά
- έπρεπε να είναι αξιολογημένα από ομοτίμους
- έπρεπε να είναι δημοσιευμένες μεταξύ του 2009 και 2019
- έπρεπε να είναι γραμμένες στα αγγλικά
- έπρεπε να περιέχουν εμπειρικό υλικό.

Παραλείφθηκαν μελέτες που πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια αποκλεισμού:

- μελέτες που επικεντρώθηκαν αποκλειστικά σε άλλα πλαίσια εκτός της επαγγελματικής ζωής, για παράδειγμα σχολείο και εκπαίδευση (όπως μελέτες σχέσεων μεταξύ εκπαιδευτικών και μαθητών).
- μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε μη σκανδιναβικό πλαίσιο.
- μελέτες που επικεντρώθηκαν μόνο στην έμμεση ηγεσία.
- μελέτες που εστίασαν μόνο στην καταστροφική ηγεσία.
- μελέτες που επικεντρώθηκαν μόνο στην κακή υγεία.
- μελέτες που δεν βασίζονταν σε εμπειρικό υλικό (όπως βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις, εννοιολογικά άρθρα, «απόψεις» ή ισοδύναμα).
- μελέτες που δεν δημοσιεύθηκαν σε επιστημονικά, ακαδημαϊκά περιοδικά (όπως εκθέσεις, βιβλία και κεφάλαια βιβλίων).
- μελέτες που γράφτηκαν σε γλώσσα διαφορετική από την αγγλική.

Οι αναζητήσεις πραγματοποιήθηκαν στις βάσεις δεδομένων Scopus και Web of Science και παρήγαγαν 2.859 μοναδικές μελέτες. Οι μελέτες ελέγχθηκαν με βάση τον τίτλο και την περίληψη, μετά τις οποίες επιλέχθηκαν 491 για ανασκόπηση της συνάφειας με βάση τα κριτήρια ένταξης για την επανεξέταση της βιβλιογραφίας. Τριάντα επτά μελέτες πληρούσαν όλα τα κριτήρια αξιολόγησης για τη συνάφεια. Αυτές οι μελέτες υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση ποιότητας βασισμένη σε αναγνωρισμένα πρωτόκολλα για ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες. Από συνολικά 31 ποσοτικές μελέτες που

αναθεωρήθηκαν για την ποιότητα, οι 28 αξιολογήθηκαν ως υψηλής ή μεσαίας-υψηλής ποιότητας. Από συνολικά έξι ποιοτικές μελέτες που ελέγχθηκαν ως προς την ποιότητα, έχουν αξιολογηθεί ως υψηλές ή μεσαίες-υψηλές ιδιότητες. Έτσι, συνολικά 33 μελέτες περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Οι περιεχόμενες ποσοτικές μελέτες αναλύθηκαν με βάση τη λεγόμενη μέθοδο σύνθεσης αφηγηματικής και οι ποιοτικές μελέτες αναλύθηκαν με βάση μια συμβατική ανάλυση συμπερασμάτων.

Η συνολική εικόνα αυτών των μελετών δείχνει ότι η ηγεσία επηρεάζει την υγεία και την ευημερία των εργαζομένων και αυτό λαμβάνει χώρα κυρίως μέσω άλλων παραγόντων στο εργασιακό περιβάλλον. Οι ηγετικές συμπεριφορές όπως το να είναι κανείς πρότυπο, να εμπνέει, να παρακινεί, να τονώνει και να υποστηρίζει ταυτόχρονα κάθε εργαζόμενο (μετασχηματιστική ηγεσία) έχουν τονιστεί ως ουσιαστικές, όπως και ο ισχυρισμός ότι οι ηγέτες πρέπει να είναι διαθέσιμοι ενώ ταυτόχρονα δείχνουν εμπιστοσύνη στους εργαζόμενους και δίνοντάς τους χώρο και εντολή. Οι ηγέτες πρέπει να είναι «ανεξάρτητοι» και να προσαρμόζουν το στυλ ηγεσίας τους στην κατάσταση και στις ανάγκες των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η έμμεση ηγεσία είναι ενεργή μέσω διαφόρων διαφορετικών παραγόντων στο εργασιακό περιβάλλον, όπως τα εργασιακά καθήκοντα και οι προϋποθέσεις για την ολοκλήρωσή τους, πώς φαίνεται το κοινωνικό κλίμα στον οργανισμό ή στο χώρο εργασίας, και η στάση και η αυτοσυγκράτηση του ατόμου, καθώς και συμμετοχή σε δραστηριότητες και πρωτοβουλίες που προάγουν την υγεία. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση καταδεικνύει επίσης την ανάγκη για περισσότερη έρευνα στην περιοχή. Για την καλύτερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ ηγεσίας και υγείας και ευημερίας και πώς πρέπει να ασκείται στην πράξη, πρέπει να μελετηθεί περισσότερο η σημασία του πλαισίου και να συγκριθούν διαφορετικά είδη ειδικών συμπεριφορών ηγεσίας.

## **2. Burnout in nursing (Dall'Ora et al. 2020)**

Στόχος των συγγραφέων ήταν να παρέχουν μια ολοκληρωμένη περίληψη της έρευνας που εξετάζει τις θεωρητικές σχέσεις μεταξύ της εξουθένωσης και άλλων μεταβλητών, προκειμένου να καθορίσουν τι είναι γνωστό (και τί δεν είναι γνωστό) για τις αιτίες και τις συνέπειες της εξουθένωσης στη νοσηλευτική, και πώς αυτό σχετίζεται με τις θεωρίες της εξουθένωσης.



Οι θεωρητικές κριτικές βασίζονται σε εμπειρικές μελέτες για την κατανόηση μιας έννοιας από θεωρητική σκοπιά και την ανάδειξη των κενών στη βιβλιογραφία. Οι θεωρητικές ανασκοπήσεις είναι συστηματικές ως προς την αναζήτηση και τα κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού και δεν περιλαμβάνουν επίσημη αξιολόγηση της ποιότητας. Έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν στη νοσηλευτική, αλλά δεν ήταν επικεντρωμένες στην εξουθένωση (Lavoieetal. 2018). Ενώ δεν υφίσταται επί του παρόντος οδηγός αναφοράς για θεωρητικές ανασκοπήσεις, το PRISMA-SCR κρίθηκε κατάλληλο από τους συγγραφείς, με ορισμένες τροποποιήσεις, για την ενίσχυση της διαφάνειας των αναφορών για τους σκοπούς της ανασκόπησης.

### ***Μεθοδολογία και περιορισμοί***

Η Dall'Ora και οι συνεργάτες της (2020) πραγματοποίησαν μια συστηματική αναζήτηση εμπειρικών μελετών που εξετάζουν εξουθένωση στη νοσηλευτική που δημοσιεύθηκαν σε άρθρα περιοδικών από το 1975, χρησιμοποιώντας το MEDLINE, CINAHL και PsycINFO. Οι κύριοι όροι αναζήτησης ήταν «Εξουθένωση» και «νοσηλευτική», χρησιμοποιώντας τόσο όρους δωρεάν αναζήτησης όσο και συνώνυμα και συντμήσεις.

Οι συγγραφείς συμπεριέλαβαν μελέτες γραμμένες στα αγγλικά που μετρούσαν τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης και των παραγόντων ή αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την εργασία σε όλους τους τύπους νοσηλευτών ή βοηθών νοσηλευτικής που εργάζονται σε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων:

- των νοσοκομείων
- μονάδων φροντίδας
- της πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- κοινοτικής περίθαλψης και
- υπηρεσίες ασθενοφόρων.

Επειδή υπάρχουν διαφορετικές θεωρίες για την εξουθένωση, οι συγγραφείς δεν περιόρισαν τον ορισμό της εξουθένωσης σύμφωνα με κάποια συγκεκριμένη θεωρία. Η εξουθένωση είναι ένα φαινόμενο το οποίο σχετίζεται με την εργασία (Leiter, Maslach και

Frame 2014), οπότε η Dall'Ora και οι συνεργάτες της (2020) αποκλείσανε μελέτες που εστιάζουν αποκλειστικά σε προσωπικούς παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία). Ο στόχος των συγγραφέων ήταν να εντοπίσουν τις θεωρητικοποιημένες σχέσεις. Ως εκ τούτου, αποκλείσανε μελέτες που συγκρίνουν μόνο τα επίπεδα της εξουθένωσης μεταξύ των διαφορετικών ρυθμίσεων (π.χ. σε υπηρεσίες καρκίνου έναντι τμημάτων έκτακτης ανάγκης). Οι συγγραφείς εξαιρέσανε επίσης βιβλιογραφικές κριτικές και σχόλια.

Η θεωρητική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είχε ως στόχο να συνοψίσει πληροφορίες από μεγάλο αριθμό μελετών. Αυτό σήμαινε ότι οι συγγραφείς έπρεπε να αναφέρουν μελέτες χωρίς να περιγράφουν το περιεχόμενό τους και επίσης χωρίς να παρέχουν εκτιμήσεις. Στην εκτίμηση των μελετών, οι συγγραφείς δεν εφάρμοσαν ένα επίσημο μέσο αξιολόγησης της ποιότητας, αν και σημειώσανε βασικές παραλείψεις σημαντικών λεπτομερειών. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της ανασκόπησης χρησιμεύουν για να απεικονίσουν την ποικιλία των παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν/προκύψουν από την εξουθένωση και απέδειξαν τα σημεία όπου λείπουν οι πληροφορίες. Δεν λάβανε επίσης υπόψη την προσωπικότητα και άλλες επιμέρους μεταβλητές όταν έγινε η εξαγωγή των δεδομένων.

Λόγω του εύρους των στοιχείων, οι συγγραφείς συνοψίσανε την εξαγωγή δεδομένων με τον προσδιορισμό κοινών κατηγοριών μέσω ενός πλαισίου κωδικοποίησης. Το σημείο εκκίνησης του πλαισίου κωδικοποίησης ήταν η πολυδιάστατη θεωρία εξουθένωσης που περιγράφεται από τον Maslach (1998). Στη συνέχεια, η Dall'Ora και οι συνεργάτες της εξετάσανε αν οι μεταβλητές των μελετών ταιριάζουν στην κατηγοριοποίηση του Maslach και όπου δεν ταιριάζουν, δημιούργησαν νέες κατηγορίες. Εντοπίσανε εννέα ευρείες κατηγορίες:

- 1) Τομείς της εργασιακής ζωής
- 2) Επίπεδα φόρτου εργασίας και προσωπικού
- 3) Έλεγχος εργασίας, ανταμοιβή, αξίες, δικαιοσύνη και κοινότητα
- 4) Μοτίβα Εργασίας και Εργασίας
- 5) Ψυχολογικές απαιτήσεις και πολυπλοκότητα εργασίας
- 6) Παράγοντες υποστήριξης: Σχέσεις εργασίας και ηγεσία

7) Περιβάλλον εργασίας και χαρακτηριστικά του νοσοκομείου

8) Αποτελέσματα προσωπικού και επιδόσεις στην εργασία και

9) Φροντίδα ασθενών και αποτελέσματα

Στη βιβλιογραφία, οι κατηγορίες 1–7 αντιμετωπίστηκαν ως προγνωστικά της εξουθένωσης και οι κατηγορίες 8 και 9 ως αποτελέσματα, με εξαίρεση τη χαμένη φροντίδα και την εργασιακή ικανοποίηση που αντιμετωπίστηκαν τόσο ως προγνωστικά όσο και ως αποτελέσματα.

### **3. Impact of COVID-19 pandemic on utilization of healthcare services (Moynihan et al. 2021)**

Ο Moynihan και οι συνεργάτες του (2021) πραγματοποίησαν από τις πρώτες συστηματικές ανασκοπήσεις για τον προσδιορισμό της έκτασης και της φύσης των αλλαγών στη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.

#### ***Μεθοδολογία και περιορισμοί***

Οι συγγραφείς ψάξαν στο PubMed, Embase, το Cochrane COVID-19 Study Register και διακομιστών μέσω του European PMC από την αρχή έως τις 10 Αυγούστου 2020, με λέξεις κλειδιά που περιελάμβαναν τις ακόλουθες ευρείες έννοιες: COVID-19, υπηρεσίες υγείας, εισαγωγές και αντίκτυπο. Δεν επιβλήθηκαν περιορισμοί ως προς τη γλώσσα. Μετά τον έλεγχο των άρθρων για συμπερίληψη, οι συγγραφείς πραγματοποίησαν μια ανάλυση παραπομπής στο Scopus/Web of Science σε όλες τις συμπεριλαμβανόμενες μελέτες και επιπλέον άρθρα ελέγχθηκαν για συμπερίληψη. Επίσης, συμβουλευτήκανε ειδικούς για άλλες δημόσιες εκθέσεις.

Ο Moynihan και οι συνεργάτες του (2021) συμπεριέλαβε μελέτες που συνέκριναν τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η χρήση υπηρεσιών υγείας περιλάμβανε αλλά δεν περιοριζόταν σε:

- επισκέψεις ή παρουσιάσεις

- εισαγωγές ή νοσηλείες
- διαγνωστικές υπηρεσίες και
- θεραπευτικές ή προληπτικές παρεμβάσεις.

Αποκλείστηκαν τα παρακάτω:

- έρευνες επαγγελματιών
- μελέτες που αναφέρουν μόνο τη χρήση από ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με COVID-19
- μελέτες που αναφέρουν δεδομένα χρήσης για λιγότερο από 1 εβδομάδα
- μελέτες μοντελοποίησης που προέβλεπαν επιπτώσεις σχετικά με τη χρήση.

Η σημαντική κλινική και στατιστική ετερογένεια σε περιβάλλοντα, μέτρα έκβασης και μεθόδους απέκλεισε μια επίσημη ποσοτική μετα-ανάλυση. Ως εκ τούτου, οι συγγραφείς συνοψίσανε τα αποτελέσματα χρησιμοποιώντας περιγραφικές στατιστικές (ποσοστιαία μεταβολή που εκφράζεται ως διάμεσος και IQR), γραφικά σχήματα και αφηγηματική σύνθεση. Συνοψίσανε επίσης τα ευρήματα για το κύριο αποτέλεσμα ομαδοποιημένα κατά τέσσερις τύπους υπηρεσιών:

- 1) επισκέψεις ή παρουσιάσεις
- 2) εισαγωγές ή νοσηλείες
- 3) διαγνωστικές ή απεικονιστικές έρευνες και
- 4) θεραπευτικές ή προληπτικές παρεμβάσεις

Για το δευτερογενές αποτέλεσμα, δεδομένης της μεγάλης διακύμανσης στον τρόπο αναφοράς της σοβαρότητας στις πρωτογενείς μελέτες, ο Moynihan και οι συνεργάτες του (2021) αναπτύξανε και αναφέρανε τρεις κατηγορίες που βασίστηκαν στους δείκτες σοβαρότητας της νόσου που χρησιμοποιήθηκαν από τους συγγραφείς της κύριας μελέτης: μεγαλύτερη ή μικρότερη μείωση μεταξύ εκείνων με πιο ήπιες μορφές ασθένεια, σε σύγκριση με άτομα με πιο σοβαρές μορφές ασθένειας, και καμία διαφορά.

Οι συγγραφείς σχεδιάσανε να πραγματοποιήσουμε μια περιορισμένη ανάλυση μετα-ανάλυσης και ευαισθησίας σε καταστάσεις όπου υπήρχε επαρκής αριθμός κλινικών

και στατιστικά ομοιογενών μελετών. Επίσης, περιορίσανε την ανάλυσή τους σε δεδομένα των πρωτογενών μελετών, αντί να συσχετίσουνε τα ευρήματα με εξωτερικές πληροφορίες, όπως στάδια κλειδώματος.

Οι συγγραφείς εντοπίσανε 4817 εγγραφές μέσω της ηλεκτρονικής αναζήτησης στις βάσεις δεδομένων, 323 ακόμη μέσω ανάλυσης παραπομπών προς τα πίσω και 1 από άλλες πηγές, για συνολικά 3097 μοναδικά αρχεία. Μετά την προβολή τίτλων και περιλήψεων, αποκλείσαμε 2929 εγγραφές και επιλέξαμε 179 εγγραφές για προβολή πλήρους κειμένου, εκ των οποίων 98 εξαιρέθηκαν με καταγεγραμμένους λόγους. Αυτό άφησε 81 μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

Ο Moynihan και οι συνεργάτες του (2021) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι χρήση της υγειονομικής περιθάλψης μειώθηκε κατά περίπου το ένα τρίτο κατά τη διάρκεια της πανδημίας, με σημαντικές διαφορές και με μεγαλύτερες μειώσεις μεταξύ των ατόμων με λιγότερο σοβαρές ασθένειες. Παρόλο που η αντιμετώπιση της ανεκπλήρωτης ανάγκης παραμένει προτεραιότητα, οι μελέτες για τις επιπτώσεις της μείωσης στην υγεία μπορεί να βοηθήσουν τα συστήματα υγείας να μειώσουν την περιττή φροντίδα κατά τη μετα - πανδημική ανάρρωση. Τα αποτελέσματα αυτά λοιπόν καθιστούν τη μελέτη τους επιτυχημένη.

#### **4. Self-awarenessinnursing (RasheedYounas και Sundus 2019)**

Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της εργασίας είναι να σκιαγραφήσει και να εξετάσει τη βιβλιογραφία σχετικά με την αυτογνωσία στη νοσηλευτική και τον προσδιορισμό τομέων για μελλοντική έρευνα και νοσηλευτική πρακτική. Ο δευτερεύων στόχος ήταν η επέκταση της βάσης γνώσεων σχετικά με την αυτογνωσία για μια μελλοντική μελέτη μεικτών μεθόδων σχετικά με τη θεωρία της αυτογνωσίας.

##### ***Μεθοδολογία και περιορισμοί***

Οι RasheedYounas και Sundus (2019) χρησιμοποίησαν μια προσέγγιση πέντε βημάτων:

- 1) προσδιορισμός του ερευνητικού ερωτήματος

2) προσδιορισμός σχετικών μελετών χρησιμοποιώντας αναζήτηση βιβλιογραφίας τριών βημάτων: αναζήτηση βιβλιογραφίας στο PubMed και το CINAHL για τον προσδιορισμό λέξεων -κλειδιών και φράσεων, αναζήτηση βιβλιογραφίας σε άλλες επιλεγμένες βάσεις δεδομένων και αναζήτηση βιβλιογραφίας των καταλόγων αναφορών

3) επιλογή μελετών

4) εξαγωγή δεδομένων και χαρτογράφηση

5) συλλογή δεδομένων, περίληψη και αναφορά.

Πραγματοποιήθηκε μια προκαταρκτική έρευνα στο CINAHL και το PubMed για να προσδιοριστούν οι ευρετηριασμένοι όροι. Οι συγγραφείς εντόπισαν τρεις ευρετηριασμένους όρους: self-knowledge, self-awareness και self-knowing. Με τη χρήση των όρων self-knowledge και self-knowing, δεν βρέθηκαν σχετικά άρθρα. Ως εκ τούτου, οι συγγραφείς αποφασίσανε να χρησιμοποιήσουν τον ευρύ όρο αυτογνωσία (self-awareness). Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε μέσα σε έξι βάσεις δεδομένων: PubMed, CINAHL, Eric, PsycINFO, ScienceDirect και GoogleScholar χρησιμοποιώντας δύο βασικούς όρους αναζήτησης: (α) αυτογνωσία νοσηλευτών και (β) αυτογνωσία στο/και νοσηλευτικό προσωπικό. Οι περισσότερες επιτυχίες αντιστοιχούσαν στις λέξεις -κλειδιά "νοσηλευτική", «Εαυτός», «νοσηλευτές» και δεν είχαν καμία σχέση με την αυτογνωσία των νοσηλευτών.

Στη συνέχεια, οι τίτλοι των πηγών αναθεωρήθηκαν. Τα αποτελέσματα με βιβλία αποκλείστηκαν. Αυτή η αρχική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε από δύο συγγραφείς ανεξάρτητα. Επίσης αποκλείστηκαν τυχόν πηγές από τους κλάδους της ψυχολογίας και των κοινωνικών επιστημών επειδή η γνώση αυτών των κλάδων είναι θεωρητικά και εννοιολογικά διαφορετική από τη νοσηλευτική και ο σκοπός ήταν η αποκλειστική εστίαση στη νοσηλευτική. Αυτή η διαλογή κατέληξε σε 1.531 αναφορές σε όλες τις βάσεις δεδομένων. Τα άσχετα αποτελέσματα αφαιρέθηκαν και ένα δείγμα 241 άρθρων ελέγχθηκαν περαιτέρω με την ανάγνωση των τίτλων και των περιλήψεων. Τελικά διαβάστηκαν 76 άρθρα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό εννέα άρθρων που δημοσιεύθηκαν σε άλλες γλώσσες πέρα από τα αγγλικά.

Συμπεριλήφθηκαν άρθρα που γράφτηκαν για νοσηλευτές και περιλάμβαναν ασκούμενους νοσηλευτές και φοιτητές νοσηλευτικής ως τον πληθυσμό - στόχο. Επίσης συμπεριλήφθηκαν οι πηγές της βιβλιογραφίας που γράφτηκαν για οποιονδήποτε τομέα

νοσηλευτικής όπως νοσηλευτές ψυχικής υγείας, εντατική φροντίδα, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κοινοτικοί νοσηλευτές, παιδιατρικοί νοσηλευτές και νοσηλευτές έκτακτης ανάγκης.

Έχουν αναγνωριστεί αρκετοί περιορισμοί αυτής της αναθεώρησης:

- Πρώτον, λόγω της χρήσης της μεθοδολογίας του πεδίου εφαρμογής, δεν έγινε ποιοτική αξιολόγηση των αναθεωρημένων πηγών που θα μπορούσαν να έχουν προκύψει σε μια συμπερίληψη μελετών με περιεχόμενη ποιότητα έρευνας και ελλιπή σύνθεση.

- Δεύτερον, το 96,5% των αναθεωρημένων μελετών προήλθε από Δυτικές χώρες που περιορίζει τα ευρήματα στον δυτικό κόσμο. Αυτός ο περιορισμός θα μπορούσε να οφείλεται στον αποκλεισμό των μη αγγλικών γλωσσικών σπουδών.

- Τρίτον, ο αποκλεισμός των διπλωματικών εργασιών θα μπορούσε να είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια πιθανών τομέων έρευνας. Ωστόσο, οι διατριβές αποκλείστηκαν για να διασφαλιστεί η σκοπιμότητα της αναθεώρησης.

- Τέλος, οι περισσότερες από τις αναθεωρημένες πηγές ήταν έγγραφα συζήτησης των απόψεων των ερευνητών. Ως εκ τούτου, συνιστάται τα ευρήματα να χρησιμοποιούνται με προσοχή και να εφαρμόζονται στην έρευνα και την πρακτική μετά από προσεκτικό έλεγχο.

Γενικότερα, η μελέτη των RasheedYounas και Sundus (2019) συμβάλλει σημαντικά στη βιβλιογραφία και μπορούν να εξαχθούν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Η σημασία και η αξία της αυτογνωσίας στη νοσηλευτική περιγράφονται συχνά στη βιβλιογραφία τα τελευταία 35 χρόνια, αλλά έχει λάβει περιορισμένη εμπειρική προσοχή τα τελευταία 15-20 χρόνια.

- Υπάρχει ένα εκτεταμένο εννοιολογικό και θεωρητικό πλαίσιο όπου περιγράφονται οι νοσηλευτικές γνώσεις σχετικά με την αυτογνωσία και πολλά οφέλη της αυτογνωσίας. Ωστόσο, αυτή η γνώση δεν έχει τεθεί σε λειτουργία για χρήση στην κλινική πρακτική και έρευνα.

- Υπάρχει μια τρομερή ανάγκη εφαρμοσμένης εμπειρικής έρευνας για αξιολόγηση και δοκιμή των διαθέσιμων θεωρητικών γνώσεων για την αυτογνωσία.

- Η ανασκόπηση έδωσε έναν νέο επιχειρησιακό ορισμό της αυτογνωσίας, δηλαδή είναι μια συνεχής, σκόπιμη, ενδοπροσωπική, σχεσιακή, εξωπροσωπική και συμφραζόμενη διαδικασία (RasheedYounas και Sundus 2019).

## **5. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals (Wilkinson et al. 2017).**

Οι στόχοι αυτής της ανασκόπησης ήταν ο συστηματικός προσδιορισμός, η εκτίμηση και η σύνοψη των εμπειρικών στοιχείων σχετικά με τη σχέση μεταξύ εξουθένωσης και ενσυναίσθησης μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, ο Wilkinson και οι συνεργάτες του (2017) εξέτασε τις ακόλουθες ερωτήσεις:

- 1) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ εξουθένωσης και ενσυναίσθησης;
- 2) Ποια είναι η σχέση μεταξύ εξουθένωσης και ενσυναίσθησης;
- 3) Με ποιο μεθοδολογικό πρότυπο έχει διεξαχθεί η τρέχουσα έρευνα και πώς αυτό επηρεάζει την ικανότητα εξαγωγής συμπερασμάτων;

### ***Μεθοδολογία και περιορισμοί***

Αυτή η κριτική ακολούθησε τα προτιμώμενα στοιχεία αναφοράς για συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις (PRISMA).

Οι δημοσιεύσεις ανακτήθηκαν με αναζητήσεις σε πέντε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: MEDLINE, PsycINFO, CINAHLPlus, PubMed και SCOPUS. Η αναζήτηση επεκτάθηκε με αναζήτηση κατάλληλων άρθρων και επιλεγμένων μελετών στο WebofScience. Οι βάσεις δεδομένων αναζητήθηκαν για μελέτες στην αγγλική γλώσσα.

Τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού δημιουργήθηκαν από τον κύριο ερευνητή μέσω προκαταρκτικών αναζητήσεων της βιβλιογραφίας και επαληθεύτηκαν από επόπτες. Σε αυτήν την ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν ποσοτικές μελέτες μη παρέμβασης. Εάν πληρούνταν όλα τα άλλα κριτήρια ένταξης, οι μελέτες παρέμβασης που αφορούν παράγοντες που αφορούν στην εξουθένωση συμπεριλήφθηκαν όπου υπήρχαν διαθέσιμα



δεδομένα μεταξύ εξουθένωσης και ενσυναίσθησης. Συμπεριλήφθηκαν μόνο μελέτες που ήταν διαθέσιμες ως πλήρες κείμενο στα αγγλικά λόγω περιορισμών χρόνου και προϋπολογισμού. Δεν εφαρμόστηκαν περιορισμοί στη μορφή δημοσίευσης (π.χ. άρθρο περιοδικού, διατριβή κ.λπ.). Μελέτες που δεν παρείχαν αρκετές λεπτομέρειες για να εξακριβωθεί εάν πληρούσαν ή όχι τα κριτήρια ένταξης εξαιρέθηκαν από τη μελέτη.

Οι μελέτες ήταν επιλέξιμες εάν αναφέρονταν σε συμμετέχοντες που είχαν νοσηλευτική (υγεία ή ψυχική υγεία) ή ιατρικό επαγγελματικό υπόβαθρο, ανεξάρτητα από την ηλικία των συμμετεχόντων ή την εθνικότητα. Οι μαθητές ή οι εκπαιδευόμενοι αποκλείστηκαν καθώς ο ρόλος τους και οι πιέσεις τους είναι πιθανό να διαφέρουν από αυτόν ενός ειδικευμένου επαγγελματία, για παράδειγμα, λόγω των απαιτήσεων που τους τίθενται για την ολοκλήρωση των ακαδημαϊκών πτυχών της κατάρτισής τους.

Παρόλο που η εξουθένωση έχει τεκμηριωθεί ότι επηρεάζει πολλές ανθρώπινες υπηρεσίες, μελέτες που προσλάμβαναν επαγγελματίες εκτός της υγείας (π.χ. δάσκαλοι, κτηνίατροι) αποκλείστηκαν καθώς η ανασκόπηση αποσκοπούσε στην αντιμετώπιση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με την υγειονομική περίθαλψη.

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί συχνά αναμένεται να δουν μεγάλο όγκο ασθενών για πιο περιορισμένα χρονικά διαστήματα, σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα, όπως η ψυχολογία, που συνήθως θα συμμετείχαν σε θεραπευτική σχέση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Συνεπώς, η φύση της σχέσης μεταξύ αυτών των επαγγελματιών μπορεί να διαφέρει, με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές να υιοθετούν μια πιο συντακτική διδακτική στάση που καθοδηγεί τους χρήστες των υπηρεσιών μέσω ιατρικής κυριαρχούμενης διαδικασίας (Wilkinsonetal. 2017). Σε αυτή τη βάση, οι επαγγελματίες υγείας (π.χ. ψυχολόγοι, θεραπευτές και κοινωνικοί λειτουργοί) αποκλείστηκαν επειδή οι ρόλοι και οι σχέσεις τους με τους ασθενείς είναι διαφορετικές από αυτές ενός νοσηλευτή ή ιατρού. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες που πραγματοποιήθηκαν τόσο σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης ενηλίκων όσο και σε παιδιά, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Παρατηρήθηκε ότι η συγκεκριμένη μελέτη έχει έναν αριθμό περιορισμών που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των συμπερασμάτων. Η ανασκόπηση απέκλεισε μελέτες που δεν ήταν διαθέσιμες στα αγγλικά λόγω χρονικών και δημοσιονομικών περιορισμών, οι οποίες δεν θα επέτρεπαν τη μετάφραση άρθρων. Δεδομένου ότι επτά από τις δέκα μελέτες διεξήχθησαν σε χώρες όπου η πρώτη γλώσσα

δεν ήταν η αγγλική, θα μπορούσε εύλογα να θεωρηθεί ότι μπορεί να υπάρχουν άλλες σχετικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί και δημοσιεύονται σε γλώσσες διαφορετικές από την αγγλική. Οι επιπτώσεις αυτού στην ανασκόπηση είναι ότι μπορεί να μην έχει καταγράψει όλη την τρέχουσα έρευνα εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και εξουθένωσης. Επομένως, η αξιοπιστία των συμπερασμάτων μπορεί να επηρεαστεί (Wilkinsonetal. 2017).

Επιπλέον, αυτή η ανασκόπηση εξαιρούσε έγγραφα που χρησιμοποιούσαν ποιοτική ή μικτή μεθοδολογία, καθώς θεωρήθηκε ότι η σύγκριση μεταξύ μελετών που χρησιμοποίησαν τυποποιημένες ψυχομετρικές εκτιμήσεις για τη μέτρηση των κατασκευών θα ήταν πιο αξιόπιστη. Ωστόσο, οι ποιοτικές μελέτες παρέχουν έναν πλούτο δεδομένων που χάνεται στις αριθμητικές τιμές που εκχωρούνται σε τυποποιημένα μέτρα. Αυτά τα πιο περιγραφικά δεδομένα θα μπορούσαν να παρέχουν μεγαλύτερη εικόνα για τις εμπειρίες του προσωπικού που σχετίζονται με την εξουθένωση και ανταποκρίνονται με ενσυναίσθηση, και στη συνέχεια τη σχέση μεταξύ αυτών των δύο κατασκευών (Wilkinsonetal. 2017).

## **6. An evidence based framework for the temporal observational analysis of teamwork in healthcare settings (Lavelle et al. 2020)**

Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να αναπτύξει ένα έγκυρο και αξιόπιστο πλαίσιο συμπεριφοράς ομαδικής εργασίας παρατήρησης, το οποίο βασίζεται στην πρακτική υγειονομικής περίθαλψης, εφαρμόσιμο σε διάφορα πλαίσια υγειονομικής περίθαλψης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να συλλάβει τη δυναμική μιας επιστημονικής ομάδας.

### ***Μεθοδολογία και περιορισμοί***

Ο προσδιορισμός των συμπεριφορών της ομάδας περιελάμβανε επαναληπτική, λεπτομερή ανάλυση των καταγραφών προσομοιωμένων κλινικών σεναρίων. Τα προσομοιωμένα σενάρια καταγράφηκαν οπτικά ως μέρος της ρουτίνας διεπαγγελματικής εκπαίδευσης προσομοίωσης που διεξάγεται σε δύο μεγάλα κέντρα προσομοίωσης σε τριτοβάθμια νοσοκομεία σε αστικό περιβάλλον: ένα εξειδικευμένο στην εκπαίδευση

προσωπικού που εργάζεται σε περιβάλλοντα οξείας φροντίδας και ένα δεύτερο που ειδικεύεται στην εκπαίδευση προσωπικού σε οξεία και κοινότητα ψυχική υγεία.

Όλοι οι συμμετέχοντες στο σενάριο ήταν όλοι οι υπάλληλοι του NHS που παρακολουθούσαν τακτική εκπαίδευση. Οι συμμετέχοντες περιελάμβαναν:

- συμβούλους
- ανώτερους εκπαιδευόμενους και γιατρούς ειδικού προσωπικού σε όλες τις ειδικότητες οξείας περίθαλψης
- ψυχιάτρους και εκπαιδευόμενους ψυχιάτρους
- νοσηλευτές οξείας περίθαλψης
- μαίες
- νοσηλευτές ψυχικής υγείας
- βοηθούς νοσηλευτικής και συναφείς επαγγελματίες υγείας.

Για να εξοικειωθεί με τη μορφή προσομοιωμένου σεναρίου και την ομαδική επικοινωνία που προκύπτει κατά τη διάρκεια ενός σεναρίου, ο επικεφαλής ερευνητής παρακολούθησε πολλαπλές ημέρες προπόνησης ζωντανής προσομοίωσης σε δύο κέντρα (σωματική και ψυχική υγεία). Εκεί αναπτύχθηκαν οι αρχικές ιδέες για το πλαίσιο. Ωστόσο, κανένα από αυτά τα ζωντανά σενάρια δεν συμπεριλήφθηκε στο σώμα των σεναρίων για ανάλυση.

Οι εξέχουσες θεωρίες ομαδικής εργασίας στην υγειονομική περίθαλψη, συγκεκριμένα η θεωρία του Salas (Salas et al., 2005) και η Co-ACT (Kolbe et al., 2013) παρείχαν τη θεωρητική βάση για τους σκοπούς της ανάλυσης. Χρησιμοποιώντας τις θεωρίες αυτές ως βάση των αρχικών παρατηρήσεων και ανάλυσης των κλινικών προσομοιώσεων, η επαγωγική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό πτυχών της αλληλεπίδρασης ομάδας που δεν είχαν ακόμη διατυπωθεί από αυτά τα θεωρητικά πλαίσια. Έτσι, η προσέγγιση του Levelle και των συνεργατών του (2020) συνδυάζει επαγωγική ανάλυση προσομοιωμένης κλινικής ομάδας που εργάζεται με μια επαγωγική προσέγγιση που βασίζεται σε θεωρητικές προσεγγίσεις για ομαδική εργασία.

Τα ευρήματα έδειξαν είκοσι τρεις συγκεκριμένες λεκτικές και μη λεκτικές συμπεριφορές που μπορούν να εντοπιστούν κατά τη διάρκεια των παρατηρήσεων. Οι συμπεριφορές ομαδοποιήθηκαν εννοιολογικά με βάση τη λειτουργία τους, με αποτέλεσμα δεκατρείς συμπεριφορικές λειτουργίες, οι οποίες συγκεντρώνονται σε πέντε βασικούς τομείς ομαδικής εργασίας. Η συμφωνία μεταξύ των βαθμολογητών ήταν εξαιρετική.

Συνολικά, οι συγγραφείς παρουσίασαν ένα έγκυρο και αξιόπιστο πλαίσιο συμπεριφοράς, βασισμένο στη θεωρία της ομαδικής εργασίας και εμπειρικές παρατηρήσεις της συμπεριφοράς της κλινικής ομάδας. Αυτό το πλαίσιο επιτρέπει την ανάλυση των αποχρώσεων και των χρονικών χαρακτηριστικών της κλινικής πρακτικής σε βάθος και σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών πλαισίων και ρυθμίσεων. Η χρήση αυτού του πλαισίου θα προωθήσει την κατανόησή μας για την ομαδική εργασία στην υγειονομική περίθαλψη.

## **7. The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia (Halcomb et al. 2020)**

Ενώ έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και στις ΜΕΘ, οι νοσηλευτές που εργάζονται εκτός των νοσοκομείων επηρεάζονται επίσης σημαντικά (Halcomb et al. 2020). Αυτή η μελέτη προσπάθησε να διερευνήσει την εμπειρία των νοσηλευτών που εργάζονται στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη της Αυστραλίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Συγκεκριμένα, προσπάθησε να κατανοήσει τις επιπτώσεις στο καθεστώς απασχόλησης, τον ρόλο και την πρόσβαση σε ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό.

### ***Μεθοδολογία και περιορισμοί***

Το ερευνητικό εργαλείο έρευνας (ερωτηματολόγιο) συγκέντρωσε πληροφορίες σχετικά με τις προσωπικές και εργασιακές εμπειρίες των ερωτηθέντων από την έναρξη της πανδημίας του COVID-19. Τα στοιχεία της έρευνας περιελάμβαναν αντικείμενα πολλαπλής επιλογής και σύντομης απόκρισης για να εξερευνηθούν:

- τα δημογραφικά στοιχεία

- οι συνθήκες απασχόλησης
- η τρέχουσα παροχή υπηρεσιών
- ο έλεγχος COVID-19
- ο εξοπλισμός ατομικής προστασίας
- οι γνώσεις
- οι στάσεις και
- οι απαραίτητες υποστηρίξεις

Το σχέδιο εργαλείου έρευνας εξετάστηκε από έξι εμπειρογνώμονες, συμπεριλαμβανομένων ακαδημαϊκών νοσηλευτών, εμπειρογνομόνων πολιτικής και βιομηχανίας και άτομα με νοσηλευτική εμπειρία πριν από την έρευνα.

Τα άτομα ήταν επιλέξιμα να συμμετάσχουν εάν ήταν εγγεγραμμένοι νοσηλευτές ή νοσηλευτές που κατείχαν μεταπτυχιακό και εργάζονταν σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα σε όλη την Αυστραλία. Δεδομένης της απουσίας εθνικού μητρώου αυτών των νοσηλευτών (Halcomb et al., 2014), η πρόσληψη πραγματοποιήθηκε μέσω κοινωνικών μέσων και οργανισμών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι πληροφορίες σχετικά με τη μελέτη και ένας ηλεκτρονικός σύνδεσμος για την έρευνα κυκλοφόρησαν μέσω Facebook, Twitter και LinkedIn, καθώς και μέσω επαγγελματικών οργανώσεων, συμπεριλαμβανομένης της Australian Primary HealthCare Nurses Association, Australian College of Nursing και Primary Health Networks. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο απόγειο της πανδημίας στην Αυστραλία. Αυτό το σύντομο χρονικό διάστημα επιλέχθηκε για να αποτυπώσει ένα στιγμιότυπο απαντήσεων και να επιτρέψει στα δεδομένα να ενημερώσουν την αναδυόμενη πολιτική και πρακτική.

Αυτή η μελέτη είναι η πρώτη προσπάθεια διερεύνησης συγκεκριμένα των εμπειριών των νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας του COVID-19. Τα ευρήματα τονίζουν τον σημαντικό αντίκτυπο που είχε η πανδημία στην απασχόληση των νοσηλευτών, τον ρόλο τους και τον φόρτο των περιπτώσεων, καθώς και τον πιθανό αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Αποκάλυψε επίσης τη σημαντική έλλειψη εξοπλισμού στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Αυστραλία. Η κατανόηση αυτών των εμπειριών είναι

ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της υποστήριξης του εργατικού δυναμικού κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία για τη βελτιστοποίηση της διατήρησης, της βιωσιμότητας και της ποιότητας της φροντίδας του εργατικού δυναμικού.

Ένα βασικό εύρημα της μελέτης ήταν ότι οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είχαν σημαντικές ανησυχίες για την ασφάλεια της εργασίας τους και πολλοί ανέφεραν ότι χάθηκαν ώρες εργασίας. Αυτό φαίνεται κάπως παράδοξο δεδομένης των αυξημένων αναγκών υγείας της κοινότητας, όσον αφορά τον έλεγχο και τη διαχείριση της πανδημίας και τη συνεχή υγειονομική περίθαλψη. Ενώ τα επείγοντα περιστατικά υγείας απαιτούν ανταποκρινόμενο εργατικό δυναμικό (Hope et al. 2011), η τρέχουσα χρηματοδότηση της Αυστραλιανής πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν υποστηρίζει την ευελιξία του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού για προσαρμογή στις μεταβαλλόμενες συνθήκες (Australian College of Nursing, 2020; Halcomb et al., 2018).

Παρά τη χρηματοδότηση κατά κατηγορίες, και τις ρυθμίσεις χρεώσεων και ιδιωτικών χρεώσεων (Υπηρεσίες Αυστραλιανής Κυβέρνησης Αυστραλία, Κυβέρνηση της Πολιτείας της Βικτώριας), υπάρχουν ευπάθειες στην ασφάλεια της εργασίας για νοσηλευτές που εργάζονται εκτός οξείας περίθαλψης. Οι αλλαγές στη χρηματοδότηση που πραγματοποίησε η Αυστραλιανή Κυβέρνηση ως απάντηση στον COVID-19 που επέτρεπε στους γιατρούς να παρέχουν υπηρεσίες μέσω τηλεϊατρικής δεν επεκτάθηκαν αρχικά σε νοσηλευτές. Αυτό είχε αρνητική επίδραση μειώνοντας την ικανότητα του νοσηλευτή να αποζημιωθεί για τις υπηρεσίες, καθώς μειώθηκαν οι προσωπικές διαβουλεύσεις και οι νοσηλευτές δεν συμπεριλήφθηκαν στους μηχανισμούς χρηματοδότησης για την παροχή τηλεϊατρικής. Ο αντίκτυπος των μοντέλων χρηματοδότησης στους νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχουν υπηρεσίες στο βαθμό του πεδίου άσκησης τους έχει ήδη επισημανθεί (Halcomb et al., 2008). Αυτό αναδεικνύει την πολυπλοκότητα του πολιτικού περιβάλλοντος της υγειονομικής περίθαλψης εκτός του συστήματος οξείας φροντίδας και την ιατρική κυριαρχία αυτού του τοπίου (Mills και Hallinan, 2009).

## **8. Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance (Hartley et al. 2020)**

Η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί βασικό μέρος του νοσηλευτικού ρόλου και κλειδί για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων για άτομα που χρησιμοποιούν υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας. Ωστόσο, αυτές οι σχέσεις είναι μερικές φορές δύσκολο να αναπτυχθούν και να διατηρηθούν και το νοσηλευτικό προσωπικό θα μπορούσε αναμφισβήτητα να επωφεληθεί από την τεκμηριωμένη υποστήριξη για την προώθηση πιο θετικών σχέσεων (Hartleyetal. 2020).

Στόχος λοιπόν του Hartley και των συνεργατών του (2020) ήταν να συγκεντρώσουν και να επικρίνουν έγγραφα που αναφέρουν παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της θεραπευτικής συμμαχίας νοσηλευτή - ασθενή σε περιβάλλοντα φροντίδας ψυχικής υγείας.

### ***Μεθοδολογία και περιορισμοί***

Οι συγγραφείς διεξήγαγαν μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Πιο συγκεκριμένα, η τρέχουσα ανασκόπηση διεξήχθη σύμφωνα με τις οδηγίες προτιμώμενων στοιχείων αναφοράς για συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις (PRISMA analysis).

Μια συστηματική αναζήτηση στη βάση δεδομένων Excerpta Medica (Embase), PsycINFO, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) και Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

Η εξαγωγή δεδομένων καθοδηγήθηκε από ένα προκαθορισμένο φύλλο εξαγωγής δεδομένων που περιγράφει λεπτομερώς τα βασικά χαρακτηριστικά της μελέτης: δείγμα, ρύθμιση, σχεδιασμός, παρέμβαση, μέτρηση αποτελέσματος, ανάλυση, μέγεθος εφέ, περιορισμοί. Οι συγγραφείς ήρθαν σε επαφή όταν τα δεδομένα μεγέθους εφέ δεν ήταν διαθέσιμα στο πρωτότυπο έγγραφο. Η ανασκόπηση χρησιμοποίησε μια προσέγγιση αφηγηματικής σύνθεσης, κατά την οποία έγινε μια προσπάθεια να προχωρήσουμε πέρα από μια περιγραφή των μελετών για να διερευνήσουμε τις σχέσεις μέσα και μεταξύ τους (Popayetal., 2006).

Προκειμένου να αξιολογηθεί η μεθοδολογική αυστηρότητα των μελετών που περιλαμβάνονται και ως εκ τούτου να ενημερωθεί η κριτική σύνθεση των ευρημάτων που προέκυψαν και οι επακόλουθες συστάσεις, τα έγγραφα αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας ένα τυποποιημένο εργαλείο ποιότητας. Υπάρχει σαφής έλλειψη εργαλείων αξιολόγησης που ικανοποιούν τόσο την ανάγκη να είναι αποδεδειγμένα αξιόπιστα και έγκυρα όσο και κατάλληλα για χρήση με μια σειρά σχεδίων μελέτης. Γι' αυτό οι συγγραφείς έχοντας υπόψη μια προηγούμενη ανασκόπηση των εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας (Deeksetal., 2003), επέλεξαν το εργαλείο EffectivePublicHealthPracticeProject για να προσφέρει έγκυρη, αξιόπιστη και ευέλικτη εκτίμηση διαφορετικών σχεδίων μελέτης (Armijo-Olivoetal. 2012). Όλα τα επιλέξιμα έγγραφα αξιολογήθηκαν ως προς την ποιότητα από τον πρώτο συγγραφέα και τυφλά με δεύτερη βαθμολογία, με αποδεδειγμένη συμφωνία 86%. Οι αρχικές βαθμολογίες από τον πρώτο συγγραφέα αναθεωρήθηκαν σε συνεργασία με τον δεύτερο βαθμολογητή και αποφασίστηκε να διατηρηθούν αυτές οι βαθμολογίες.

Οι εργασίες θεωρήθηκαν επιλέξιμες για συμπερίληψη εάν:

- δημοσιεύθηκαν ως πρωτότυπες σε έγκριτο περιοδικό
- ήταν γραμμένο στα αγγλικά
- περιλάμβαναν μια παρέμβαση που στοχεύει στη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και χρηστών ψυχιατρικών υπηρεσιών ή υπηρεσιών ψυχικής υγείας
- περιελάμβαναν ανάλυση του αντίκτυπου της παρέμβασης χρησιμοποιώντας ένα τυποποιημένο μέτρο θεραπευτικής συμμαχίας.

Η ανασκόπηση περιλαμβάνει μελέτες από οποιοδήποτε πλαίσιο υπηρεσιών ψυχικής υγείας (όπως κοινότητα, νοσοκομεία), ομάδες πελατών οποιασδήποτε ηλικίας, με οποιαδήποτε διάγνωση ή ανάγκη ψυχικής υγείας και παρεμβάσεις που στοχεύουν στη σχέση είτε με ειδικευμένο είτε μη ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο συστηματικός, εμπειρισταωμένος χαρακτήρας της ανασκόπησης προσφέρει μια συμβολή σε έναν σημαντικό τομέα της βιβλιογραφίας που μέχρι τώρα δεν είχε αναφερθεί. Το μικρό δείγμα μελετών αντανακλά το πεδίο ως έχει και περιορίζει επίσης τη χρησιμότητα της ανασκόπησης και θα είναι σημαντικό να επαναληφθεί η διαδικασία



καθώς αναπτύσσονται τα αποδεικτικά στοιχεία, ενσωματώνοντας πιο λεπτή ανάλυση των ευρημάτων και μεθόδων και ισχυρή μετα-ανάλυση ή μετασύνθεση, όπου η φύση των παρεμβάσεων που παρέχονται και ο ποιοτικός αντίκτυπός τους θα μπορούσαν να διερευνηθούν πλήρως.

Η απόφαση των συγγραφέων να συμπεριλάβουν τόσο ειδικευμένες όσο και μη εξειδικευμένες παρεμβάσεις προσωπικού και να συμπεριλάβουν μελέτες των οποίων το δείγμα περιλαμβάνει νοσηλευτές μαζί με άλλες ομάδες προσωπικού ήταν ρεαλιστικής φύσης για να διασφαλιστεί το ότι επισημάνθηκε οποιαδήποτε σχετική παρέμβαση, ιδιαίτερα σε περιορισμένη βάση τεκμηρίων.

Ωστόσο, μελλοντικές εργασίες μπορεί να επιθυμούν να εξετάσουν πώς να οριοθετήσουν τα δείγματα με μεγαλύτερη ακρίβεια και, συνεπώς, να προσφέρουν στοιχεία που ταιριάζουν καλύτερα στην πειθαρχία-στόχο. Αυτή η ανασκόπηση επικεντρώθηκε σε παρεμβάσεις που στοχεύουν συγκεκριμένα τη θεραπευτική συμμαχία ως βασική πτυχή της αποτελεσματικής φροντίδας ψυχικής υγείας. Αναγνωρίζεται ότι η συμμαχία αποτελεί μέρος της προσέγγισης άλλων θεραπειών που αφορούν τη μέθοδο, όπως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς ή η γνωστική αναλυτική θεραπεία (Bedics et al., 2015). Ως εκ τούτου, η σύνθεση ευρημάτων από τη συγκεκριμένη μέθοδο έρευνας παρέμβασης, όπου η συμμαχία μπορεί να αξιολογηθεί ως μηχανισμός αλλαγής, με την τρέχουσα είναι δικαιολογημένη.

## **9. Impact of organizational culture and capabilities on employee commitment to ethical behavior in the healthcare sector (Lee 2020)**

Αυτή η μελέτη πρότεινε ένα ερευνητικό μοντέλο για τις οργανωτικές ικανότητες με σκοπό την πρόληψη ηθικών αδικημάτων και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης, στο οποίο το ιατρικό προσωπικό μπορεί να ανταποκριθεί στις κοινωνικές του ευθύνες εύκολα και άμεσα. Με μια εκτενής ανασκόπηση προηγούμενων μελετών σχετικά με την οργανωτική κουλτούρα, τις οργανωτικές ικανότητες και την ηθική δέσμευση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η μελέτη αυτή υπέθεσε ότι η οργανωτική κουλτούρα επηρεάζει θετικά τις οργανωτικές ικανότητες και αυτό με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει θετικά τη δέσμευση ηθικής ευθύνης.

### *Μεθοδολογία και περιορισμοί*

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τα μέλη της ομάδας φροντίδας των συμμετεχόντων νοσοκομείων μέσω επισκέψεων ή/και διαδικτυακών επαφών με περισσότερα από 100 κρεβάτια στη Νότια Κορέα. Όλα τα άτομα συμμετείχαν σε αυτήν την έρευνα εθελοντικά. Ένα ερωτηματολόγιο έρευνας αναπτύχθηκε χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο διπλής μετάφρασης (Harkness 2011) καθώς τα περισσότερα στοιχεία μέτρησης προέρχονταν από προηγούμενες μελέτες. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε στο Αγγλικά πρώτα και στη συνέχεια μεταφράστηκε στα Κορεατικά από δύο δίγλωσσες σχολές διαχείρισης λειτουργιών στην Κορέα. Η κορεατική έκδοση μεταφράστηκε ξανά στα αγγλικά από δύο δίγλωσσους Αμερικανούς εμπειρογνώμονες διαχείρισης επιχειρήσεων. Οι δύο αγγλικές εκδόσεις του ερωτηματολογίου δεν είχαν σημαντική διαφορά.

Το προκαταρκτικό ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε σε μια πιλοτική έρευνα που περιελάμβανε δέκα διευθυντές ή/και ιατρικό προσωπικό σε νοσοκομείο της Κορέας. Τα πλεονεκτήματα αυτού του πιλοτικού τεστ ήταν οι υπάλληλοι να έχουν την ευκαιρία να ελέγξουν εάν τα στοιχεία του ερωτηματολογίου περιγράφηκαν με ακρίβεια και πλήρη για να διερευνήσουν τις ερευνητικές ερωτήσεις μας.

Η ηθική κουλτούρα είναι μέρος της δομής οργανωτικού επιπέδου που μετριέται από την αντίληψη των εργαζομένων για το ηθικό περιβάλλον που παρέχει το νοσοκομείο, ενώ η δέσμευση ηθικής ευθύνης μετριέται με βάση τις συμπεριφορές των εργαζομένων και δραστηριότητες στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας.

Από τα συνολικά 700 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν σε μέλη της ομάδας φροντίδας σε νοσοκομεία της Κορέας με περισσότερα από 100 κρεβάτια, λήφθηκαν 236 (33,71%) απαντήσεις.

Τα αποτελέσματα προτείνουν εφικτές προσεγγίσεις που μπορούν να παρακινήσουν το προσωπικό του νοσοκομείου για ηθικές επιδόσεις μέσω οργανωτικών ικανοτήτων. Για να εμπλακούν οι εργαζόμενοι στην ηθική δέσμευση, θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιληφθούν την πλήρη υποστήριξη του νοσοκομείου και δέσμευση για ηθική φροντίδα ασθενών υψηλής ποιότητας. Επιπλέον, τα νοσοκομεία που σχεδιάζουν να οικοδομήσουν ηθική κουλτούρα θα πρέπει να εστιάσουν σε κοινωνικά αποδεκτές ηθικές αξίες.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης, είναι προφανές ότι η οργανωτική κουλτούρα παίζει βασικό ρόλο στην επίτευξη της αποστολής του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τις συμπεριφορές των εργαζομένων στη διαδικασία παροχής φροντίδας. Ως εκ τούτου, ένα επιτυχημένο νοσοκομείο με κοινωνική αποστολή θα πρέπει να επικεντρωθεί στην κοινωνική αξία ως τον βασικό πόρο για όλους τους εργαζόμενους στις περιόδους τους για να εξασφαλίσουν την ευημερία της κοινότητας.

Αυτή η έρευνα συνεισφέρει τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης. Θεωρητικά, αυτή η μελέτη παρέχει μια νέα κατεύθυνση ηθικής διαχείρισης στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης μέσω της οργανωτικής κουλτούρας, των οργανωτικών ικανοτήτων και της ηθικής ευθύνης.

Όσον αφορά την πρακτική συμβολή, τα αποτελέσματα αυτής της εμπειρικής μελέτης παρέχουν πληροφορίες στους διαχειριστές του νοσοκομείου σχετικά με τη σημασία των ηγετικών τους ρόλων στην ανάπτυξη αποτελεσματικής οργανωτικής κουλτούρας, τις ικανότητες και την υποστήριξη των εργαζομένων για δέσμευση ηθικής ευθύνης.

Η μελέτη συμβάλλει στη βιβλιογραφία δοκιμάζοντας εμπειρικά τις επιπτώσεις της οργανωτικής κουλτούρας και των οργανωτικών ικανοτήτων σχετικά με την ηθική ευθύνη στα νοσοκομεία. Η ηθική δέσμευση βοηθά τα νοσοκομεία να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τις προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένης της καινοτομίας με προηγμένες ψηφιακές τεχνολογίες (Lee and Lim 2018).

Υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί αυτής της μελέτης. Πρώτον, αυτή η μελέτη δεν διέκρινε τον τύπο των μελών της ομάδας φροντίδας (π.χ. γιατροί, νοσηλευτές και τεχνικοί) και τον τύπο των νοσοκομείων (π.χ. ιδιωτικά και δημόσια), αν και έχουν την ίδια υποχρέωση να τηρούν την ηθική δέσμευση στην υπηρεσία περίθαλψης ασθενών. Επίσης, το ποσοστό ανταπόκρισης (32%) που αναφέρεται για στη συλλογή δεδομένων ήταν σχετικά χαμηλό, αν και δεν είναι κάτι ασυνήθιστο για τους απασχολημένους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας ως δείγμα - στόχο. Δεύτερον, τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη συλλέχθηκαν μόνο από νοσοκομεία με περισσότερα από 100 κρεβάτια στη Νότια Κορέα. Τρίτον, η μελέτη δεν εξέτασε εάν τα επιλεγμένα νοσοκομεία ασκούν πράγματι ηθική δέσμευση στις υπηρεσίες φροντίδας και θεραπείας.

Έτσι, η γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων αυτής της μελέτης μπορεί να είναι κάπως περιορισμένη. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να λάβει υπόψη τους περιορισμούς που συζητήθηκαν παραπάνω, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για διαπολιτισμική ανάλυση και διαχρονική μελέτη των οργανωτικών ικανοτήτων σχετικά με την ηθική δέσμευση, το μέγεθος των νοσοκομείων και τα παρόμοια. Κάθε η χώρα έχει τη δική της μοναδική κουλτούρα, κυβερνητικούς κανονισμούς και πρότυπα υγειονομικής περίθαλψης (He et al. 2011). Έτσι, οι διαπολιτισμικές μελέτες μπορεί να αποδώσουν πολύτιμες νέες γνώσεις.

## **10. Factors influencing the quality of healthcare services in Indian hospitals (Kamalasanan, Gurumoorthy και Subbarayalu 2019)**

Η κουλτούρα διαχείρισης ποιότητας εξακολουθεί να είναι μια νέα ιδέα που ενσωματώνεται αργά στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης σε όλη την Ινδία. Προκειμένου να προκληθεί διαχείριση ποιότητας στην Ινδία, το συμβούλιο ποιότητας δημιούργησε το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης για Νοσοκομειακούς και Παροχές Υγείας (NABH). Όσοι ασχολούνται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να γνωρίζουν καλά τις πτυχές της ποιότητας και τη σημασία της για να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την καλύτερη ποιότητα περίθαλψης με οικονομικό και αποτελεσματικό τρόπο. Είναι ζωτικής σημασίας η παρακολούθηση των αυξανόμενων αναγκών και απαιτήσεων όσον αφορά τη διαχείριση της ποιότητας και την ασφάλεια των ασθενών (Kamalasanan, Gurumoorthy και Subbarayalu 2019)

Λαμβάνοντας τα παραπάνω υπόψη, η μελέτη στοχεύει στην ανασκόπηση και ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαχείριση της ποιότητας στους ινδικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και να εντοπίσει το ερευνητικό κενό στη βιβλιογραφία.

### ***Μεθοδολογία και περιορισμοί***

Η βιβλιογραφία για την ανασκόπηση ελήφθη από το "PubMed". Η βάση δεδομένων έχει πρόσβαση κυρίως στις αναφορές MEDLINE. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε τον Δεκέμβριο του 2018 με λέξεις - κλειδιά όπως «υγειονομική

περίθαλψη» υπό ιατρικούς τίτλους (όροι πλέγματος), «ποιότητα» ως λέξη τίτλου και «Ινδία» ως ένταξη.

Η εστίαση των Kamalasanan, Gurumoorthy και Subbarayalu (2019) έγινε στη διαχείριση της ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ινδία. Ο προσεκτικός έλεγχος των άρθρων (82) μείωσε περαιτέρω τον αριθμό των μελετών διαχείρισης ποιότητας σε 42, καθώς μόνο αυτά τα άρθρα πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Εκτός από τα 42 άρθρα που προσδιορίστηκαν από το PubMed, οι συγγραφείς έψαξαν και στο Google Scholar για βιβλιογραφία που δεν περιλαμβάνεται στο PubMed και εντόπισαν 17 περισσότερα άρθρα διαχείρισης ποιότητας με φυσικό έλεγχο, τα οποία ενσωματώθηκαν στην ανασκόπηση, και απέδωσαν συνολικά 59 διαχείριση ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης σπουδές.

Όλα τα σχέδια μελέτης, συμπεριλαμβανομένων ανασκοπήσεων, διατομής, ελέγχου περιπτώσεων, περιγραφικών μελετών και επεμβατικών μελετών εξετάστηκαν για την ανασκόπηση με ιδιαίτερη έμφαση στους παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των πρακτικών διαχείρισης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης στα ινδικά νοσοκομεία. Ωστόσο, οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν εκτός της χώρας εξαιρούνται από την ανασκόπηση.

Οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν ένα σύστημα αξιολόγησης τριών φάσεων για την επιλογή των αναφερόμενων άρθρων. Ο πρώτος συγγραφέας πραγματοποίησε την αναζήτηση και τον αρχικό έλεγχο των άρθρων και ο δεύτερος συγγραφέας αξιολόγησε ανεξάρτητα τα άρθρα ως προς την καταλληλότητα και τη σημασία για τη συστηματική ανασκόπηση. Οι διαφωνίες μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου συγγραφέα επιλύθηκαν με συζήτηση σχετικά με τη συνάφεια των αμφισβητούμενων άρθρων με τον τρίτο συγγραφέα.

Όλες οι μελέτες παρατίθενται με λεπτομέρειες όπως το όνομα του περιοδικού, η περίοδος μελέτης, ο τίτλος, οι πληροφορίες του συγγραφέα, η συνάφεια της μελέτης με αυτήν την ανασκόπηση, ο στόχος, ο σχεδιασμός ή η μεθοδολογία, τα ευρήματά της και το συμπέρασμα της μελέτης.

Παρόλο που υπάρχουν μελέτες για διαφορετικές πτυχές της διαχείρισης ποιότητας, οι διάφοροι παράγοντες της διαχείρισης ποιότητας δεν αντιμετωπίστηκαν πλήρως. Το σημαντικό ερευνητικό κενό εντοπίστηκε στους εξής τομείς:

- σχεδιασμός και τεκμηρίωση
- συμμετοχή των εργαζομένων σε δραστηριότητες διαχείρισης ποιότητας, πολιτικών και διαδικασιών
- διαχείριση της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών
- αξιολόγηση της διαδικασίας ποιότητας και των αποτελεσμάτων της
- αντιληπτή επίδραση στη βελτίωση της ποιότητας, όπως η ικανοποίηση των εργαζομένων και η γνώμη τους για ευκαιρίες κατάρτισης και ανάπτυξης και τα μελλοντικά σχέδια διαχείρισης ποιότητας.

Αυτό το ερευνητικό κενό δείχνει ότι υπάρχει έλλειψη στη βιβλιογραφία, το οποίο πρέπει να συμπληρωθεί με περαιτέρω μελέτες, εστιάζοντας στις διαφορετικές πτυχές ποιότητας της διαχείρισης.

Παρόλο που οι συγγραφείς έκαναν προσεκτική και λεπτομερή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η έρευνα περιορίζεται σε νοσοκομεία της Ινδίας. Κάτι τέτοιο δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

### Συνοπτικός πίνακας άρθρων

Τίτλος/Συγγραφέας	Σκοπός	Μεθοδολογία	Περιορισμοί	Αποτελέσματα	Συμπεράσματα
Leadership for health and well-being (Walloo και Lundqvist 2020)	Συγκέντρωση πληροφοριών που βασίζονται σε έρευνες σχετικά με το πώς μπορεί να συμβάλει	Συστηματική ανασκόπηση	Άρθρα μόνο στην αγγλική γλώσσα	Η έμμεση ηγεσία είναι ενεργή μέσω διαφόρων διαφορετικών παραγόντων στο εργασιακό περιβάλλον	Για την καλύτερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ ηγεσίας και υγείας και ευημερίας και πώς πρέπει να ασκείται στην πράξη, πρέπει να μελετηθεί περισσότερο η

	η ηγεσία στην υγεία και την ευημερία στο χώρο εργασίας				σημασία του πλαισίου και να συγκριθούν διαφορετικά είδη ειδικών συμπεριφορών ηγεσίας
Burnout in nursing (Dall'Ora et al. 2020)	Π ερίληψη της έρευνας που εξετάζει τις θεωρητικές σχέσεις μεταξύ της εξουθένωσης και άλλων μεταβλητών, προκειμένου να καθοριστούν τι είναι γνωστό (και τί δεν είναι γνωστό) για τις αιτίες και τις	Συστηματική ανασκόπηση (PRISMA-SCR)	Απουσία μέσου αξιολόγησης της ποιότητας/Δεν λάβανε επίσης υπόψη την προσωπικότητα και άλλες επιμέρους μεταβλητές όταν έγινε η εξαγωγή των δεδομένων	Εντοπίστηκαν 9 ευρείες κατηγορίες της εξουθένωσης	Απαιτείται περισσότερη έρευνα στον τομέα

	<p>συνέπειες της εξουθένωσης στην νοσηλευτική, και πώς αυτό σχετίζεται με τις θεωρίες της εξουθένωσης</p>				
<p>Impact of COVID-19 pandemic on utilization of healthcare services (Moynihan et al. 2021)</p>	<p>Προσδιορισμός της έκτασης και της φύσης των αλλαγών στη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-</p>	<p>Συστηματική ανασκόπηση</p>	<p>Περιόρισαν την ανάλυσή τους σε δεδομένα των πρωτογενών μελετών, αντί να συσχετίσουν ετα ευρήματα με εξωτερικές πληροφορίες</p>	<p>Η υγειονομική περίθαλψη μειώθηκε κατά περίπου το ένα τρίτο κατά τη διάρκεια της πανδημίας</p>	<p>Οι μελέτες για τις επιπτώσεις της μείωσης στην υγεία μπορεί να βοηθήσουν τα συστήματα υγείας να μειώσουν την περιττή φροντίδα κατά τη μετα-πανδημική ανάρρωση</p>



	19				
Self-awareness in nursing (Rasheed Younas και Sundus 2019)	Εξέταση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αυτογνωσία στη νοσηλευτική και τον προσδιορισμό τομέων για μελλοντική έρευνα και νοσηλευτική πρακτική	Συστηματική ανασκόπηση	Αποκλεισμός βιβλίων/Δεν έγινε ποιοτική αξιολόγηση των αναθεωρημένων πηγών/Το 96,5% των αναθεωρημένων μελετών προήλθε από Δυτικές χώρες/Αποκλεισμός των διπλωματικών εργασιών	Η ανασκόπηση έδωσε έναν νέο επιχειρησιακό ορισμό της αυτογνωσίας, δηλαδή είναι μια συνεχής, σκόπιμη, ενδοπροσωπική, σχεσιακή, εξωπροσωπική και συμφραζόμενη διαδικασία	Η σημασία και η αξία της αυτογνωσίας στη νοσηλευτική περιγράφονται συχνά στη βιβλιογραφία τα τελευταία 35 χρόνια, αλλά έχει λάβει περιορισμένη εμπειρική προσοχή τα τελευταία 15-20 χρόνια
Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals (Wilkinson et al. 2017)	Συστηματικός προσδιορισμός, η εκτίμηση και η σύνοψη των εμπειρικών στοιχείων	Συστηματική ανασκόπηση (PRISMA)	Συμπεριλήφθηκαν μόνο μελέτες που ήταν διαθέσιμες ως πλήρες κείμενο στα αγγλικά	Η εξουθένωση σχετίζεται άμεσα με την ενσυναίσθηση	Υπάρχει ανάγκη για περισσότερη έρευνα στον τομέα

	σχετικά με τη σχέση μεταξύ εξουθένω σης και ενσυναίσ θησης μεταξύ των εργαζομέ νων στον τομέα της υγειονομι κής περίθαλψ ης				
An evidence based framework for the temporal observational analysis of teamwork in healthcare settings (Lavelle et al. 2020)	A νάπτυξη ενός έγκυρου και αξιόπιστο υ πλαισίου συμπεριφ οράς ομαδικής εργασίας παρατήρη σης, το οποίο βασίζεται στην πρακτική υγειονομι	Πρωτ ογενής έρευνα: Εμπειρική παρατήρηση	Απο υσία σταθμισμέν ων εργαλείων	Τα ευρήματα έδειξαν είκοσι τρεις συγκεκριμένες λεκτικές και μη λεκτικές συμπεριφορές που μπορούν να εντοπιστούν κατά τη διάρκεια των παρατηρήσεων	Αυτό το πλαίσιο επιτρέπει την ανάλυση των αποχρώσεων και των χρονικών χαρακτηριστικ ών της κλινικής πρακτικής σε βάθος και σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών πλαισίων και ρυθμίσεων

	κής περίθαλψ ης, εφαρμοσί μο σε διάφορα πλαίσια υγειονομι κής περίθαλψ ης και μπορεί να χρησιμοπ οιηθεί για να συλλάβει τη δυναμική μιας επιστημο νικής ομάδας				
The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia (Halcomb et al. 2020)	Δ ιερεύνησ η της εμπειρίας των νοσηλευτ ών που εργάζοντ αι στην πρωτοβά θμια υγειονομι κή περίθαλψ	Ποσο τική έρευνα (ερωτηματολ όγιο)	Τα άτομα ήταν επιλέξιμα να συμμετάσχο υν εάν ήταν εγγεγραμμέν οι νοσηλευτές ή νοσηλευτές που κατείχαν μεταπτυχιακ ό και	Οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είχαν σημαντικές ανησυχίες για την ασφάλεια της εργασίας τους και πολλοί ανέφεραν ότι χάθηκαν ώρες	Ο αντίκτυπος των μοντέλων χρηματοδότησ ης στους νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παίζει σημαντικό ρόλο

	η της Αυστραλί ας κατά τη διάρκεια της πανδημία ς COVID- 19		εργάζονταν σε νοσοκομεια κά περιβάλλοντ α σε όλη την Αυστραλία	εργασίας	
Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance (Hartley et al. 2020)	Σ υγκέντρω ση στοιχείων που αναφέρου ν παρεμβά σεις που στοχεύου ν στη βελτίωση της θεραπευτι κής συμμαχία ς νοσηλευτ ή - ασθενή σε περιβάλλ οντα φροντίδα ς ψυχικής υγείας	Συστ ηματική ανασκόπηση (PRISMA)	Έργ α που δημοσιεύθη καν ως πρωτότυπασ ε έγκριτο περιοδικό/ ήταν γραμμένα στα αγγλικά/ περιλάμβαν αν μια παρέμβαση που στοχεύει στη βελτίωση της θεραπευτική ς σχέσης μεταξύ νοσηλευτικο ύ προσωπικού και χρηστών ψυχιατρικών	Η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί μέρος της προσέγγισης άλλων θεραπειών που αφορούν τη μέθοδο, όπως η γνωστική συμπεριφορικ ή θεραπεία, η διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς ή η γνωστική αναλυτική θεραπεία	Απαιτε ίται περισσότερη έρευνα στον τομέα

			υπηρεσιών ή υπηρεσιών ψυχικής υγείας/περιελάμβαναν ανάλυση του αντίκτυπου της παρέμβασης χρησιμοποιώντας ένα τυποποιημένο μέτρο θεραπευτικής συμμαχίας.		
Impact of organizational culture and capabilities on employee commitment to ethical behavior in the healthcare sector (Lee 2020)	Διερεύνηση του ρόλου της οργανωτικής κουλτούρας στην επίτευξη της αποστολής του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης	Βιβλιογραφική ανασκόπηση/ Ποσοτική έρευνα (ερωτηματολόγιο)	Η μελέτη δεν διέκρινε τον τύπο των μελών της ομάδας φροντίδας/Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη συλλέχθηκαν μόνο από νοσοκομεία με περισσότερα από 100 κρεβάτια	Η οργανωτική κουλτούρα παίζει βασικό ρόλο στην επίτευξη της αποστολής του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης	Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη συλλέχθηκαν μόνο από νοσοκομεία με περισσότερα από 100 κρεβάτια στη Νότια Κορέα

			κρεβάτια στη Νότια Κορέα		
Factors influencing the quality of healthcare services in Indian hospitals (Kamalasanan, Gurumoorthy και Subbarayalu 2019)	A νασκόπη ση και ανάλυση των παραγόντ ων που επηρεάζο υν τη διαχείρισ η της ποιότητα ς στους ινδικούς οργανισμ ούς υγειονομι κής περίθαλψ ης και να εντοπίσει το ερευνητικ ό κενό στη βιβλιογρα φία	Βιβλι ογραφική ανασκόπηση	Η έρευνα περιορίζεται σε νοσοκομεία της Ινδίας	Εντοπί στηκε ερευνητικό κενό σε πολλούς τομείς	Υπάρχ ει έλλειψη στη βιβλιογραφία, το οποίο πρέπει να συμπληρωθεί με περαιτέρω μελέτες, εστιάζοντας στις διαφορετικές πτυχές ποιότητας της διαχείρισης

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ψυχική ανθεκτικότητα στη νοσηλευτική πρέπει να θεωρείται και να αναγνωρίζεται ως μια δυναμική, ρευστή διαδικασία που απαιτεί συνεχή φροντίδα και δέσμευση, καθώς και προσαρμοστικότητα και ευελιξία απέναντι στις μεταβαλλόμενες επαγγελματικές και προσωπικές απαιτήσεις (Henshall, Davey και Jackson 2020). Για να είναι επιτυχημένες οι παρεμβάσεις ενίσχυσης της ανθεκτικότητας απαιτείται αλλαγή σε επίπεδο συστήματος σε οργανωτικό, πολιτιστικό, ομαδικό και διοικητικό επίπεδο. Τα προγράμματα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας θα πρέπει να ενσωματωθούν στις γενικές στρατηγικές ευημερίας των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης ως μέρος μιας μεγαλύτερης, πιο ολοκληρωμένης στρατηγικής υποστήριξης του προσωπικού. Αυτά τα προγράμματα θα πρέπει να αξιολογηθούν για να μετρηθούν οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις και τα αποτελέσματά τους (Burmeister et al. 2019). Η προληπτική αντιμετώπιση της ανάγκης των νοσηλευτών να διατηρήσουν και να ενισχύσουν την ανθεκτικότητά τους, μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση ορισμένων από τις προκλήσεις διατήρησης και πρόσληψης που αντιμετωπίζει η νοσηλευτική. Επιπλέον, η καλύτερη φροντίδα του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού έχει σημαντικές επιπτώσεις όσον αφορά την αύξηση της αποτελεσματικότητας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και την όφελος της ποιότητας και της ασφάλειας της περίθαλψης των ασθενών (Eley, Eley και Rogers 2010).

Η αποτελεσματική συνεργασία απαιτεί κάτι περισσότερο από την απλή διασφάλιση ότι τα μέλη της ομάδας είναι έξυπνοι άνθρωποι. Τα μέλη της ομάδας, ειδικά εκείνα σε ηγετικές θέσεις ή με υψηλότερη θέση, θα πρέπει να προσκαλούν ενεργά για να διασφαλίσουν ότι τα μέλη της ομάδας εκφράζουν όλες τις πληροφορίες τους. Θα πρέπει επίσης να αποτελούν πρότυπα για την εκτίμηση της ποικίλης γνώσης από όλες τις πηγές για να διασφαλιστεί ότι η συμβολή των μελών της ομάδας - ανεξάρτητα από το ποιο είναι το μέλος της ομάδας - θα ληφθεί υπόψη και θα χρησιμοποιηθεί στη δουλειά της ομάδας. Τέτοιες ομάδες θα είναι κατάλληλες για να αξιοποιήσουν την εμπειρία τους, να αποφύγουν σφάλματα και να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών (Phillips και Thomas-Hunt 2007; Nemeth και Goncalo 2011).

Αν και κάθε άτομο είναι τελικά υπεύθυνο για τη δική του ευεξία, η οργανωτική και θεσμική ευαισθησία, η προσοχή και η αναγνώριση του προβλήματος μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή της ευημερίας των γιατρών (DeHert

2020). Χαρακτηριστικά εργασίας και θεσμικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ευημερία περιλαμβάνεται η προώθηση της αυτονομίας, η παροχή επαρκών πόρων γραφείου και βοηθητικού προσωπικού, και η διευκόλυνση ενός συλλογικού εργασιακού περιβάλλοντος. και να έχουν περισσότερο έλεγχο επί των χρονοδιαγραμμάτων τους φαίνεται να έχουν ουσιαστική θετική επίδραση ανεξάρτητα από τον τύπο της πρακτικής (Pavelková και Bužgová 2015).

Η σύγχρονη εστίαση στην αποκατάσταση οδήγησε σε νέες προσδοκίες και παραδείγματα υγειονομικής περίθαλψης, ενισχύοντας έτσι τη νοσηλευτική ψυχικής υγείας να διατηρήσει τη θεραπευτική συμμαχία ως κεντρική έννοια στην πράξη. Η έμφαση στην ανάκαμψη με οδηγό τον καταναλωτή είναι ένα σημαντικό εξελικτικό αποτέλεσμα. Οι καταναλωτές δεν αναμένεται πλέον να δεχτούν παθητικά τη θεραπεία που παρέχεται από την ιατρική αρχή. Στη σύγχρονη πρακτική, οι νοσηλευτές βοηθούν τώρα τους καταναλωτές να πραγματοποιήσουν τη δική τους εξιδανικευμένη έννοια της ανάκαμψης (Zugai, Stein-Parbury και Roche 2015).

Η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα στοιχείο απαραίτητο για επιτυχημένη και ποιοτική παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Έχει αποδειχθεί επίσης ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί σημαντικό συστατικό για μια καλή θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον πάροχο υγείας και τον ασθενή.

Η σημασία και η αξία της αυτογνωσίας στη νοσηλευτική περιγράφονται συχνά στη βιβλιογραφία τα τελευταία 35 χρόνια, αλλά έχει λάβει περιορισμένη εμπειρική προσοχή τα τελευταία 15-20 χρόνια. Υπάρχει μια εκτεταμένη εννοιολογική και θεωρητική βάση γνώσεων της αυτογνωσίας και πολυάριθμα οφέλη της αυτογνωσίας αποδεικνύονται συνεχώς. Ωστόσο, αυτή η γνώση δεν έχει τεθεί σε λειτουργία για χρήση στην κλινική πρακτική και έρευνα. Ως εκ τούτου, υπάρχει τεράστια ανάγκη ισχυρής ποσοτικής, ποιοτικής και μικτής έρευνας για την αξιολόγηση και τον έλεγχο των διαθέσιμων θεωρητικών γνώσεων σχετικά με την αυτογνωσία.

Το πιο σημαντικό, η υπάρχουσα βάση γνώσεων πρέπει να αξιοποιηθεί για περισσότερο εφαρμοσμένη έρευνα στην υγεία, διερευνώντας τα οφέλη της για τους ασθενείς και το προσωπικό υγείας. Υπάρχει επίσης περιορισμένη έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών και προσωπικών στρατηγικών για την αύξηση της αυτογνωσίας κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, η οποία πρέπει να διερευνηθεί.



Η παρούσα διπλωματική εργασία πέτυχε στο να τονίσει τη σημασία που έχουν παράγοντες όπως η ψυχική ανθεκτικότητα, η ομαδικότητα, η ενσυναίσθηση, η εξουθένωση και η θεραπευτική συμμαχία. Τα στοιχεία αυτά βοηθούν το υγειονομικό προσωπικό στο να ανταπεξέλθουν στις αντιξοότητες του επαγγέλματός τους και να αυξήσουν την εργασιακή τους ευημερία.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Nurses Association, 2015. Psychiatric-mental health nurse essential competencies for assessment and management of individuals at risk for suicide.

Antonakis, J. and House, R.J., 2014. Instrumental leadership: Measurement and extension of transformational–transactional leadership theory. *The Leadership Quarterly*, 25(4), pp.746-771.

Armijo-Olivo, S., Stiles, C.R., Hagen, N.A., Biondo, P.D. and Cummings, G.G., 2012. Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *Journal of evaluation in clinical practice*, 18(1), pp.12-18.

Australia, H., 2014. Australia's future health workforce-Nurses overview report. *Canberra: Commonwealth of Australia*.

Bedics, J.D., Atkins, D.C., Harned, M.S. and Linehan, M.M., 2015. The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 52(1), p.67.

Brockhouse, R., Msetfi, R.M., Cohen, K. and Joseph, S., 2011. Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *Journal of traumatic stress*, 24(6), pp.735-742.

Buchan, J., Charlesworth, A., Gershlick, B. and Seccombe, I., 2019. A critical moment: NHS staffing trends, retention and attrition. *London: Health Foundation*.

Bunderson, J.S., 2003. Recognizing and utilizing expertise in work groups: A status characteristics perspective. *Administrative science quarterly*, 48(4), pp.557-591.

Burmeister, E.A., Kalisch, B.J., Xie, B., Doumit, M.A., Lee, E., Ferraresion, A., Terzioglu, F. and Bragadóttir, H., 2019. Determinants of nurse absenteeism and intent to leave: An international study. *Journal of nursing management*, 27(1), pp.143-153.

Cartwright, S., & Cooper, C.L., 2009. *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford: Oxford University Press.

Christian, C.K., Gustafson, M.L., Roth, E.M., Sheridan, T.B., Gandhi, T.K., Dwyer, K., Zinner, M.J. and Dierks, M.M., 2006. A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*, 139(2), pp.159-173.

Cooper, C.L., Flint-Taylor, J., & Pearn, M. 2013. *Building resilience for success: A resource for managers and organizations*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

Coutu, D.L. (2002). How resilience works. *Harvard Business Review*, 80(5), 46–56.

Craigie, M., Slatyer, S., Hegney, D., Osseiran-Moisson, R., Gentry, E., Davis, S., Dolan, T. and Rees, C., 2016. A pilot evaluation of a mindful self-care and resiliency (MSCR) intervention for nurses. *Mindfulness*, 7(3), pp.764-774.

Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M. and Griffiths, P., 2020. Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18, pp.1-17.

Daly, J., Speedy, S. and Jackson, D., 2003. *Nursing leadership*. Elsevier Australia.

De Hert, S., 2020. Burnout in healthcare workers: prevalence, impact and preventative strategies. *Local and regional anaesthesia*, 13, p.171.

Decety, J. and Lamm, C., 2006. Human empathy through the lens of social neuroscience. *TheScientificWorldJOURNAL*, 6, pp.1146-1163.

Dow, A.W., DiazGranados, D., Mazmanian, P.E. and Retchin, S.M., 2013. Applying organizational science to health care: A framework for collaborative practice. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(7), p.952.

Eckroth-Bucher, M., 2010. Self-awareness: A review and analysis of a basic nursing concept. *Advances in Nursing Science*, 33(4), pp.297-309.

Edmondson, A., 1999. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative science quarterly*, 44(2), pp.350-383.

Eisenberg, N. and Eggum, N.D., 2009. Empathic responding: Sympathy and personal distress. *The social neuroscience of empathy*, 6(2009), pp.71-830.

Elder, R., Evans, K., Nizette, D. and Trenoweth, S., 2013. *Mental Health Nursing E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Engel, D., Woolley, A.W., Jing, L.X., Chabris, C.F. and Malone, T.W., 2014. Reading the mind in the eyes or reading between the lines? Theory of mind predicts collective intelligence equally well online and face-to-face. *PloS one*, 9(12), p.e115212.

Fiksel, J., Polyviou, M., Croxton, K.L., & Pettit, T.J. 2015. From risk to resilience: Learning to deal with disruption. *MIT Sloan Management Review*, 56, 79–86.

Foster, K., Roche, M., Delgado, C., Cuzzillo, C., Giandinoto, J.A. and Furness, T., 2019. Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *International journal of mental health nursing*, 28(1), pp.71-85.

Frances, R., 2013. Report of the mid-staffordshire foundation trust public enquiry: Executive summary. *London: The Stationary Office*.

Freudenberger, H.J., 1982. Counseling and dynamics: Treating the end-stage person. *Job stress and burnout*, pp.173-186.

Hackman, J.R., 2011. *Collaborative intelligence: Using teams to solve hard problems*. Berrett-Koehler Publishers.

Halcomb, E., Ashley, C., James, S. and Smyth, E., 2018. Employment conditions of Australian primary health care nurses. *Collegian*, 25(1), pp.65-71.

Halcomb, E., McInnes, S., Williams, A., Ashley, C., James, S., Fernandez, R., Stephen, C. and Calma, K., 2020. The experiences of primary healthcare nurses during the COVID-19 pandemic in Australia. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(5), pp.553-563.

Halcomb, E.J., Salamonson, Y., Davidson, P.M., Kaur, R. and Young, S.A., 2014. The evolution of nursing in Australian general practice: a comparative analysis of workforce surveys ten years on. *BMC Family Practice*, 15(1), pp.1-10.

Han, S. and Kim, S., 2016. An integrative literature review on self-awareness education/training programs in the nursing area. *Perspectives in Nursing Science*, 13(2), pp.59-69.

Harkness, J.A., 2011. Translation. *Guidelines for best practice in cross-cultural surveys*, pp.1-35.

Harms, P. D., Brady, L., Wood, D., and Silard, A., 2018. Resilience and well-being. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.

Hart, P.L., Brannan, J.D. and De Chesnay, M., 2014. Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of nursing management*, 22(6), pp.720-734.

Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K. and Berry, K., 2020. Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102, p.103490.

He, Z., Hill, J., Wang, P. and Yue, G., 2011. Validation of the theoretical model underlying the Baldrige criteria: Evidence from China. *Total Quality Management*, 22(2), pp.243-263.

Henshall, C., Davey, Z. and Jackson, D., 2020. Nursing resilience interventions—A way forward in challenging healthcare territories. *Journal of clinical nursing*.

Hewitt, J. and Coffey, M., 2005. Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: Literature review. *Journal of advanced nursing*, 52(5), pp.561-570.

Hodges, S.D. and Klein, K.J., 2001. Regulating the costs of empathy: the price of being human. *The Journal of socio-economics*, 30(5), pp.437-452.

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J., Cohen, M.J., Gonnella, J.S., Erdmann, J.B., Veloski, J. and Magee, M., 2001. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and psychological measurement*, 61(2), pp.349-365.

Hollingshead, A.B. and Fraidin, S.N., 2003. Gender stereotypes and assumptions about expertise in transactive memory. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(4), pp.355-363.

Homan, A.C., Van Knippenberg, D., Van Kleef, G.A. and De Dreu, C.K., 2007. Bridging faultlines by valuing diversity: diversity beliefs, information elaboration, and performance in diverse work groups. *Journal of applied psychology*, 92(5), p.1189.

Hope, K., Massey, P.D., Osbourn, M., Durrheim, D.N., Kewley, C.D. and Turner, C., 2011. Senior clinical nurses effectively contribute to the pandemic influenza public health response. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 28(3), pp.47-53.

Hope, K., Massey, P.D., Osbourn, M., Durrheim, D.N., Kewley, C.D. and Turner, C., 2011. Senior clinical nurses effectively contribute to the pandemic influenza public health response. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 28(3), pp.47-53.

Jackson, D., Firtko, A. and Edenborough, M., 2007. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of advanced nursing*, 60(1), pp.1-9.

Jennings, B.M., 2008. Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*.

Kalisch, B.J. and Lee, K.H., 2011. Nurse staffing levels and teamwork: A cross-sectional study of patient care units in acute care hospitals. *Journal of nursing scholarship*, 43(1), pp.82-88.

Kamalasanan, A., Gurumoorthy, S. and Subbarayalu, A.V., 2019. Factors influencing the quality of healthcare services in Indian hospitals: A systematic review. *Journal of Management Research and Analysis*, 6(2), pp.71-80.

Kaschka, W.P., Korczak, D. and Broich, K., 2011. Burnout: a fashionable diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(46), p.781.

Kolbe, M., Burtscher, M.J. and Manser, T., 2013. Co-ACT—a framework for observing coordination behaviour in acute care teams. *BMJ Quality & Safety*, 22(7), pp.596-605.

Larson Jr, J.R., 2013. *In search of synergy in small group performance*. Psychology Press.

Larson, J.R., Christensen, C., Abbott, A.S. and Franz, T.M., 1996. Diagnosing groups: charting the flow of information in medical decision-making teams. *Journal of personality and social psychology*, 71(2), p.315.

Lavelle, M., Reedy, G.B., Cross, S., Jaye, P., Simpson, T. and Anderson, J.E., 2020. An evidence based framework for the temporal observational analysis of teamwork in healthcare settings. *Applied ergonomics*, 82, p.102915.

Lavoie, P., Michaud, C., Belisle, M., Boyer, L., Gosselin, E., Grondin, M., Larue, C., Lavoie, S. and Pepin, J., 2018. Learning theories and tools for the assessment of core nursing competencies in simulation: A theoretical review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), pp.239-250.

Lee, D., 2020. Impact of organizational culture and capabilities on employee commitment to ethical behavior in the healthcare sector. *Service Business*, 14(1), pp.47-72.

Lee, S.M. and Lim, S., 2018. *Living innovation: from value creation to the greater good*. Emerald Group Publishing.

Leiter, M.P., Maslach, C. and Frame, K., 2014. Burnout. *The encyclopedia of clinical psychology*, pp.1-7.

Li, J., Shang, L.I., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B.H., Hasselhorn, H.M. and NEXT Study Group, 2013. Psychosocial work environment and intention to leave the nursing profession: a cross-national prospective study of eight countries. *International Journal of Health Services*, 43(3), pp.519-536.

Linnenluecke, M.K., 2017. Resilience in business and management research: A review of influential publications and a research agenda. *International Journal of Management Reviews*, 19(1), 4–30.

Maben, J., Peccei, R., Adams, M., Robert, G., Richardson, A., Murrells, T. and Morrow, E., 2012. Exploring the relationship between patients' experiences of care and the influence of staff motivation, affect and wellbeing. *Final report. Southampton: NIHR service delivery and organization programme*.

Mao, A.T. and Woolley, A.W., 2016. Teamwork in health care: maximizing collective intelligence via inclusive collaboration and open communication. *AMA journal of ethics*, 18(9), pp.933-940.

Maslach, C., 1998. A multidimensional theory of burnout. *Theories of organizational stress*, 68, p.85.

Maslach, C., Jackson, S.E. and Leiter, M.P., 1997. *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education.

McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L. and Vickers, M.H., 2012. A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse education today*, 32(4), pp.378-384.

Meissner, W.W., 2007. Therapeutic alliance: Theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), p.231.

Mercer, S.W. and Reynolds, W.J., 2002. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(Suppl), pp.S9-12.

Mills, J. and Hallinan, C., 2009. The social world of Australian practice nurses and the influence of medical dominance: An analysis of the literature. *International journal of nursing practice*, 15(6), pp.489-494.

Mollart, L., Skinner, V.M., Newing, C. and Foureur, M., 2013. Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and birth*, 26(1), pp.26-32.

Moore, J., Prentice, D. and McQuestion, M., 2015. Social interaction and collaboration among oncology nurses. *Nursing research and practice*, 2015.

Morse, J.M., Anderson, G., Bottorff, J.L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S.M. and McIlveen, K.H., 1992. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice?. *Image: The journal of nursing scholarship*, 24(4), pp.273-280.

Moynihan, R., Sanders, S., Michaleff, Z.A., Scott, A.M., Clark, J., To, E.J., Jones, M., Kitchener, E., Fox, M., Johansson, M. and Lang, E., 2021. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ open*, 11(3), p.e045343.

Muething, S.E., Kotagal, U.R., Schoettker, P.J., del Rey, J.G. and DeWitt, T.G., 2007. Family-centered bedside rounds: a new approach to patient care and teaching. *Pediatrics*, 119(4), pp.829-832.



Nembhard, I.M. and Edmondson, A.C., 2006. Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 27(7), pp.941-966.

Nemeth, C.J. and Goncalo, J.A., 2011. Rogues and heroes: Finding value in dissent. *Rebels in groups: Dissent, deviance, difference, and defiance*, pp.17-35.

NHS Leadership Academy, 2013. Introduction to Team Development. NHS Leadership Academy, Leeds.

Pavelková, H. and Bužgová, R., 2015. Burnout among healthcare workers in hospice care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6(1), pp.218-223.

Phillips, K.W. and Thomas-Hunt, M.C., 2007. Garnering the benefits of conflict: The role of diversity and status distance in groups. *Conflict in organizational teams: New directions in theory and practice*, pp.37-56.

Phillips, K.W., 2003. The effects of categorically based expectations on minority influence: The importance of congruence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(1), pp.3-13.

Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K. and Duffy, S., 2006. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. *A product from the ESRC methods programme Version, 1*, p.b92.

Postmes, T., Spears, R. and Cihangir, S., 2001. Quality of decision making and group norms. *Journal of personality and social psychology*, 80(6), p.918.

Priebe, S. and McCabe, R., 2008. Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself?. *International Review of Psychiatry*, 20(6), pp.521-526.

Rasheed, S.P., Younas, A. and Sundus, A., 2019. Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), pp.762-774.

Rosen, P., Stenger, E., Bochkoris, M., Hannon, M.J. and Kwoh, C.K., 2009. Family-centered multidisciplinary rounds enhance the team approach in pediatrics. *Pediatrics*, 123(4), pp.e603-e608.

Rosengarten, L., 2021. Teamwork in nursing: essential elements for practice. *Nursing management*, 28(3).

Salas, E., Sims, D.E. and Burke, C.S., 2005. Is there a “big five” in teamwork?. *Small group research*, 36(5), pp.555-599.

Schaufeli, W.B., 2018. Burnout in Europe: Relations with national economy, governance, and culture. *Research Unit Occupational & Organizational Psychology and Professional Learning (internal report)*. KU Leuven, Belgium.

Shanafelt, T.D., Bradley, K.A., Wipf, J.E. and Back, A.L., 2002. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine*, 136(5), pp.358-367.

Shattell, M.M., Starr, S.S. and Thomas, S.P., 2007. ‘Take my hand, help me out’: Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International journal of mental health nursing*, 16(4), pp.274-284.

Sommers, S.R., 2006. On racial diversity and group decision making: identifying multiple effects of racial composition on jury deliberations. *Journal of personality and social psychology*, 90(4), p.597.

Stein-Parbury, J., 2013. *Patient and person: Interpersonal skills in nursing*. Elsevier Health Sciences.

Stepien, K.A. and Baernstein, A., 2006. Educating for empathy. *Journal of general internal medicine*, 21(5), pp.524-530.

Sutcliffe, K.M., & Vogus, T.J., 2003. Organizing for resilience. In K.S. Cameron, J.E. Dutton, & R.E. Quinn (Eds) *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler.

Varcarolis, MJ, H., 2018. ‘Foundations of psychiatric mental health nursing. *A clinical Approach*.

Wallo, A. and Lundqvist, D., 2020. Leadership for health and well-being: A systematic review.

Weiner, E.L., Swain, G.R., Wolf, B. and Gottlieb, M., 2001. A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. *Western Journal of Medicine*, 174(1), p.19.

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L. and Eames, C., 2017. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout research*, 6, pp.18-29.

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L. and Eames, C., 2017. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout research*, 6, pp.18-29.

Williams, A., 2001. A study of practising nurses' perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), pp.188-196.

Woolley, A.W., Aggarwal, I. and Malone, T.W., 2015. Collective intelligence and group performance. *Current Directions in Psychological Science*, 24(6), pp.420-424.

Woolley, A.W., Chabris, C.F., Pentland, A., Hashmi, N. and Malone, T.W., 2010. Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups. *science*, 330(6004), pp.686-688.

Woolley, A.W., Gerbasi, M.E., Chabris, C.F., Kosslyn, S.M. and Hackman, J.R., 2008. Bringing in the experts: How team composition and collaborative planning jointly shape analytic effectiveness. *Small Group Research*, 39(3), pp.352-371.

Wu, C.S. and Wang, P.W., 2010. The effect of organizational culture on team interaction and team effectiveness: Team leadership as a medium.

Yu, J. and Kirk, M., 2009. Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 65(9), pp.1790-1806.

Zugai, J.S., Stein-Parbury, J. and Roche, M., 2015. Therapeutic alliance in mental health nursing: An evolutionary concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), pp.249-257.