

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΙΩΑΝΝΗΣ Κ. ΘΕΟΥΛΗΣ

Α.Μ: 21071

Επιβλέπων καθηγητής

Δρ. ΠΛΑΤΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

ΑΘΗΝΑ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

DEPARTMENT

BUSSINESS ADMINISTRATION

Diploma Thesis

INVESTIGATION OF THE INFLUENCE OF BURNOUT SYNDROME DURING THE COVID-19 PANDEMIC ON THE QUALITY OF PROFESSIONAL LIFE OF NURSING AND MEDICAL STAFF

IOANNIS K. THEOULIS

R.N: 21071

Supervisor

Dr. CHARALAMPOS PLATHS

**ATHENS
JUNE 2023**

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

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ
ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗΝ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική
Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	Πλατής Χαράλαμπος	Επιστημονικός Συνεργάτης	
2.	Πιερράκος Γεώργιος	Τακτικός Καθηγητής	
3.	Σεπετής Αναστάσιος	Επίκουρος Καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος ΘΕΟΥΛΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ του ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, με αριθμό μητρώου 21071 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών 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 χρόνο και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα

Ονοματεπώνυμο/Ιδιότητα



(Υπογραφή)

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας έναν ακόμη κύκλο σπουδών, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους τους **Καθηγητές** του Μεταπτυχιακού Προγράμματος που μοιράστηκαν και μαζί μου την εμπειρία τους και τις γνώσεις τους πάνω στο ιδιαίτερα επίκαιρο θέμα , αυτό της Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.

Ειδικότερα θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα **Καθηγητή κ. Χαράλαμπο Πλατή** για την ουσιαστική συμβολή του στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Με το αμέριστο επιστημονικό του ήθος, τις γνώσεις του, την εμπειρία του στάθηκε δίπλα μου με ανθρωπιά, υπομονή και κατανόηση , καθοδηγώντας με σωστά σε κάθε βήμα μέχρι το τέλος αυτής της εργώδους για μένα προσπάθειας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον **Δρ. Δημήτριο Πιστόλα** , Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γ.Ν.Αθηνών« ο Ευαγγελισμός» για την προτροπή του να παρακολουθήσω το παραπάνω πρόγραμμα σπουδών και για τη συμβολή του στην εισαγωγή μου σε αυτό μέσω μιας εγκωμιαστικής συστατικής επιστολής. Για τον ίδιο λόγο θα ήθελα να ευχαριστήσω και την ιατρό χειρουργό Θώρακος, Διευθύντρια στο Γ.Ν.Αθηνών« ο Ευαγγελισμός» **Δρ. Καλλιόπη Αθανασιάδη**.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ και στο σύνολο του **νοσηλευτικού** και **ιατρικού** προσωπικού που αφιερώνοντας ένα κομμάτι από τον πολύτιμο χρόνο του συμμετείχε στην έρευνα.

Τέλος ευχαριστώ το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Αθηνών« ο Ευαγγελισμός» για τη συγκατάθεσή του στην πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας αποτελώντας την πρώτη γραμμή άμυνας έναντι του νέου κορωνοϊού Covid-19 και εργαζόμενοι κάτω από υπερβολικά στρεσογόνες συνθήκες κινδυνεύουν από το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης με κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών συμπτωμάτων και ψυχικών διαταραχών. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό λόγω των παραπάνω συνθηκών και της ιδιαίτερα δύσκολης φύσης της εργασίας τους δικαιούται μιας ικανοποιητικά ποιοτικής επαγγελματικής ζωής για την προσωπική του ευημερία αλλά και προκειμένου να παρέχει ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς του.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνήσει την επιρροή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού την περίοδο της πανδημίας Covid-19

Μέθοδος: Μια συγχρονική περιγραφική έρευνα διεξήχθη (από τον Νοέμβριο 2022 έως τον Ιανουάριο 2023) σε από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Αττικής, ένα νοσοκομείο αναφοράς Covid-19. Χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας και η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο εκτός από τα εργασιακά και δημογραφικά χαρακτηριστικά περιλάμβανε, την Κλίμακα Εξουθένωσης της Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory-CBI) του Kristensen 2005 και την κλίμακα μέτρησης της ποιότητας επαγγελματικής ζωής, 5η έκδοση της Beth Hudnall Stamm του 2009. Τέλος περιείχε ερωτήσεις σχετικά με την πανδημία Covid-19. Μοιράστηκαν συνολικά σε νοσηλευτές και γιατρούς 240 ερωτηματολόγια. Η έρευνα μας στηρίχθηκε σε 210 πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια,(ποσοστό ανταπόκρισης 87,5%). Τα δεδομένα εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences) όπου και αποτέλεσε το εργαλείο της στατιστικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος των επαγγελματιών υγείας ήταν γυναίκες (69%). Το 24,8% άνηκε στην ηλικιακή ομάδα 30-34 ετών. Το 68,1% ήταν νοσηλευτές. Η επαγγελματική εξουθένωση κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα($P \leq .05$). Το 44,3% είχε χαμηλή προσωπική εξουθένωση, το 47,6 είχε χαμηλή εργασιακή εξουθένωση και το 73,8% είχε χαμηλή εξουθένωση που σχετίζεται με τη συναναστροφή με τους ασθενείς. Οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν σε

μεγαλύτερο βαθμό επαγγελματική εξουθένωση συγκριτικά με τους άνδρες($P \leq 0.05$) Καταγράφηκε μέτρια ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Πιο αναλυτικά το μεγαλύτερο ποσοστό φάνηκε να έχει μέτρια ικανοποίηση συμπόνιας (83,3%) , μέτρια εξουθένωση (82,9%) και μέτριο προς χαμηλό δευτερεύον τραυματικό στρες(52,9%). Αύξηση της ικανοποίηση συμπόνιας οδηγεί σε μείωση της κόπωσης από συμπόνια($P \leq 0.05$).. Στη μελέτη μας φάνηκε πως αν αυξηθεί ο φόβος των επαγγελματιών υγείας μήπως μεταφέρουν τον κορωνοϊό COVID-19 στην οικογένεια μου/φίλους θα αυξηθεί η προσωπική εξουθένωση, ($r=0.189$), και η εργασιακή εξουθένωση, ($r=0.221$). Η μεγαλύτερη ανησυχία/φόβος τους είναι να μην μεταφέρουν τον ιό Covid-19 στην οικογένεια και τους φίλους τους. Τελικά η έρευνα μας έδειξε ότι αύξηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης συνεπάγεται μείωση της εργασιακής ποιότητας ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Συμπεράσματα: Κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 η ποιότητα της εργασιακής ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού φθίνει καθώς αυξάνεται η επαγγελματική εξουθένωση. Χρειάζεται λοιπόν να δοθεί έμφαση σε βελτιωτικές παρεμβάσεις του ίδιου του συστήματος υγείας, σε ψυχοεκπαιδευτικές πρωτοβουλίες που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα και στην αύξηση των ψυχολογικών πόρων των επαγγελματιών υγείας για την πρόληψη διαδικασιών όπως η επαγγελματική εξουθένωση και η κόπωση της συμπόνιας , για την καλύτερη προσαρμοστικότητα στο εργασιακό περιβάλλον και κατά συνέπεια την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, ποιότητα επαγγελματικής ζωής, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, πανδημία Covid-19.

Abstract

Introduction: Health professionals being the first line of defence against the new Covid-19 coronavirus and working under overly stressful conditions are at risk of burnout syndrome with a risk of psychological symptoms and mental disorders. Due to these conditions and the particularly difficult nature of their work, nurses and doctors are entitled to a satisfactory quality working life for their personal well-being and in order to provide quality care to their patients.

Aim: The present study was conducted to investigate the influence of burnout syndrome on the quality of professional life of nursing staff during the Covid-19 pandemic.

Methods: a synchronic descriptive survey was conducted (from November 2022 to January 2023) in one of the largest hospitals in Attica, a Covid-19 reference hospital. Convenience sampling was used and data collection was done through an anonymous questionnaire. In addition to job and demographic characteristics, the questionnaire included, the Copenhagen Burnout Inventory-CBI (Copenhagen Burnout Scale) by Kristensen 2005 and the Beth Hudnall Stamm Quality of Work Life Measurement Scale, 5th edition, 2009. Finally, it contained questions about the Covid-19 pandemic. A total of 240 questionnaires were distributed to nurses and doctors. Our survey was based on 210 fully completed questionnaires,(response rate 87.5%). The data was entered into the statistical program S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences) where it was the tool for statistical analysis.

Results: The majority of the sample of health professionals were female (69%). 24.8% belonged to the age group 30-34 years. 68.1% were nurses. Burnout ranged at low levels ($P \leq .05$). 44.3% had low personal burnout, 47.6 had low job burnout and 73.8% had low burnout related to patient interaction. Female health professionals showed in higher degree of burnout compared to men ($P \leq .05$) Moderate quality of professional life of nursing staff was recorded. More specifically, the highest percentage appeared to have moderate compassion satisfaction (83.3%), moderate burnout (82.9%) and moderate to low secondary traumatic stress (52.9%). Increase in compassion satisfaction leads to decrease in compassion fatigue ($P \leq .05$). In our study it was shown that if health professionals' fear of carrying COVID-19 coronavirus to my family/friends is increased, personal burnout, ($r=0.189$), and job burnout,

($r=0.221$) will increase. Their biggest concern/fear is not passing on virus Covid-19 to their family and friends. Finally, our study showed that an increase in burnout syndrome is associated with a decrease in the quality of work life of nursing and medical staff.

Conclusions: During the Covid-19 pandemic the quality of working life of nursing staff declines as burnout increases. There is therefore a need to focus on improving interventions of the health system itself, psycho-educational initiatives based on empathy and increasing the psychological resources of health professionals to prevent processes such as burnout and compassion fatigue , for better adaptability in the work environment and consequently provide quality health services.

Keywords: Burnout, quality of professional life, nursing staff, medical staff, Covid-19 pandemic.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Επαγγελματική εξουθένωση

Εννοιολογική προσέγγιση – ιστορική αναδρομή.....σελ.12
Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης.....σελ.17
Κλίμακες μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης.....σελ.22
Αιτίες επαγγελματικής εξουθένωσης.....σελ.26
Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....σελ.30
Μέτρα αντιμετώπισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.....σελ.33
Μελέτες της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικόσελ.37

Ποιότητα της επαγγελματικής ζωής

Ιστορική αναδρομή και Εννοιολογική προσέγγισησελ.48
Μοντέλα ποιότητας επαγγελματικής ζωής.....σελ.53
Κλίμακες μέτρησης της επαγγελματικής ποιότητας ζωής.....σελ.55
Παράγοντες ποιότητας επαγγελματικής ζωής.....σελ.59
Διαστάσεις ποιότητας της επαγγελματικής ζωής.....σελ.66
Ποιότητα επαγγελματικής ζωής στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.....σελ.71

Η νέα πανδημία covid -19.....σελ.79

Η επίδραση της πανδημίας COVID-19 στην επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.....σελ.84
Η επίδραση της πανδημίας Covid-19 στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.....σελ.90
Η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.....σελ.95

Β.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός της έρευνας.....σελ.98
Ερευνητικά Ερωτήματα.....σελ.99
Μεθοδολογία της έρευνας.....σελ.100
Δειγματοληπτικό πλαίσιο.....σελ.100
Δεοντολογία της έρευνας.....σελ.100
Μέσα συλλογής δεδομένων.....σελ.100
Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης.....σελ.101
Αποτελέσματα έρευνας.....σελ.103
Συζήτηση.....σελ.127
Περιορισμοί της έρευνας.....σελ.135
Συμπεράσματα.....σελ.135
Βιβλιογραφία.....σελ.137

Γ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Άδεια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.....σελ.167
Ερευνητικά εργαλεία.....σελ.168

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Επαγγελματική εξουθένωση

Εννοιολογική προσέγγιση- Ιστορική αναδρομή

Ο όρος « Burnout» ο οποίος κυριολεκτικά στα ελληνικά σημαίνει *''απανθράκωση, παραπέμπει στην εκ των ένδον προοδευτική ανάλωση μέχρι του σημείου της αυτοακύρωσης''*. (Maslach C et al., 1984 ; Κουτελέκος Ι και συν., 2007). Πρωτοχρησιμοποιήθηκε στις αρχές τις δεκαετίας του '30 για να περιγράψει τους αθλητές μεγάλων επιδόσεων που *''καμμένοι''* από την υπερπροσπάθεια δεν μπορούσαν πλέον να πετύχουν ανάλογες επιδόσεις. Τη δεκαετία του '60 ο ίδιος όρος αναφερόταν στα αποτελέσματα της μακροχρόνιας χρήσης ναρκωτικών ουσιών και χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει την σωματική και ψυχολογική κατάσταση στην οποία περιήλθαν εθελοντές που παρείχαν υπηρεσίες φροντίδας σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών. (Farber 1991).

Οι πρώτες έρευνες για την επαγγελματική εξουθένωση επικεντρώθηκαν σε άτομα που εργάζονταν στις ανθρώπινες υπηρεσίες και την υγειονομική περίθαλψη. Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (professional burnout) εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία το 1974, όταν ο Freudenberger περιέγραψε σε ένα άρθρο του ένα σύνολο ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, που εμφανίστηκαν σε επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας. Κατέγραψε τα συμπεριφορικά και σωματικά συμπτώματα τους. Ήταν άνθρωποι εξουθενωμένοι από τη δουλειά τους ενώ παρατήρησε μεγάλες διαφορές από την εικόνα τους στο ξεκίνημα της απασχόλησης τους. Παρατήρησε πως σωματικά εμφάνιζαν πονοκέφαλο, γαστρεντερολογικά προβλήματα, δύσπνοια, αϋπνία συμπεριφορικά ήταν πιο ευέξαπτοι, επιθετικοί ανίκανοι να χειριστούν τα συναισθήματα τους. Απέδωσε αυτά τα συμπτώματα σε ενδο-ατομικούς παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα, επιθυμίες) και σε εργασιακές συνθήκες (εργατοώρες, έλλειψη αδειών, αδυναμία έκφρασης, έλλειψη αυτονομίας, αυταρχική διοίκηση). Με τον όρο αυτό περιέγραψε την σταδιακή εκμηδένιση των ψυχικών και σωματικών ικανοτήτων, καθώς και την απώλεια κινήτρων για την ανάληψη υποχρεώσεων από επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας (Freudenberger H.J 1974). Ο Freudenberger αναφέρθηκε σε μία κατάσταση σωματικής και ψυχικής κόπωσης και φθοράς, προκύπτουσα από την αφοσίωση του ατόμου σε ένα σκοπό και από την ακολουθούμενη διάψευση των προσδοκιών του ως προς την αναμενόμενη ή

επιθυμητή ανταμοιβή για την προσφορά του στο πλαίσιο του σκοπού αυτού (Freudenberger & Richelson, 1980).

Η κοινωνική ψυχολόγος Christina Maslach το 1982 έδωσε τον πιο διαδεδομένο ορισμό μέχρι σήμερα χαρακτηρίζοντας την επαγγελματική εξουθένωση ως *''ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε προς τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και την απόδοσή του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του''*. Σύμφωνα με τις Maslach και Jackson (1986), οι τρεις κυριότεροι παράγοντες που διακρίνουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση ή ο κυνισμός και η αίσθηση αναποτελεσματικότητας (έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων). Η συναισθηματική κόπωση (exhaustion) αφορά στην οργανική και συναισθηματική δραστηριότητα που φθίνει σταδιακά. Η αποπροσωποποίηση (ή κυνισμός) (depersonalization ή cynicism) αφορά στην έλλειψη ενδιαφέροντος και την αποστασιοποίηση από τους πελάτες - ασθενείς ή την ίδια την απασχόληση. Το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης (reduced self-efficacy ή personal accomplishment) αφορά στην ανεπάρκεια ή στη χαμηλή αποδοτικότητα του ίδιου του ατόμου. Αρχικά η συναισθηματική εξάντληση εμφανίζεται πρώτη. Αυτό σημαίνει ότι ο εργαζόμενος αισθάνεται κουρασμένος από τη δουλειά του και δεν έχει πλέον την ψυχολογική δύναμη να επενδύσει σ' αυτήν. Στην συνέχεια προσπαθεί να αμυνθεί και να προστατεύσει τον εαυτό του μονώνοντας τα συναισθήματά του και αναπτύσσοντας απρόσωπες σχέσεις τόσο με συναδέλφους και όσο και με ασθενείς σε μια προσπάθεια να αποφύγει την πίεση. Ο μηχανισμός αυτός όμως είναι αναποτελεσματικός και οδηγεί στην τελική φάση της εξουθένωσης που είναι η πτώση της απόδοσης στη δουλειά.

Οι Edelwich και Brodsky (1980), περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως διάψευση της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς επαγγελματικούς στόχους και τα ιδανικά του επαγγελματία. Θεωρούν το φαινόμενο της εξουθένωσης ως αποτέλεσμα συσσωρευμένου άγχους το οποίο στερεί από τον εργαζόμενο τα ψυχικά αποθέματα να ανταπεξέλθει στις ιδιαίτερα στρεσογόνες συνθήκες του εργασιακού του περιβάλλοντος. Ειδικότερα η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται μια μορφή χρόνιου και παρατεταμένου επαγγελματικού stress, όπου το προοδευτικά αποδυναμωμένο άτομο αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να αντιμετωπίσει τους ιδιαίτερα έντονους πιεστικούς

παράγοντες της εργασίας του. Η μακροχρόνια έκθεση και η εμπλοκή σε απαιτητικές καταστάσεις συναισθηματικής συμμετοχής μπορεί να προκαλέσει σωματική, συναισθηματική αλλά και ψυχική κόπωση καθώς και αίσθημα αποτυχίας, κυρίως στα άτομα που θέτουν ανέφικτα ιδανικά πρότυπα παροχής υπηρεσιών, με συνέπεια να αποκτούν χαμηλή αυτοεκτίμηση, ειδικά όταν αποτυγχάνουν να φανούν αντάξιοι αυτών των προσδοκιών (Μάρκου Π, 2005).

Ο Harrison (1985) τη θεωρεί αποτέλεσμα της αρνητικής ανατροφοδότησης που λαμβάνει το άτομο στην εργασία του, δηλαδή την αλληλεπίδραση του με ένα περιβάλλον αρκετά απαιτητικό και ελάχιστα ενισχυτικό που τον οδηγεί βαθμιαία σε επαγγελματική εξουθένωση.

Άλλοι συγγραφείς περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως την *''προοδευτική απώλεια του ιδεαλισμού, της ενέργειας και του σκοπού, η οποία βιώνεται από ανθρώπους που εργάζονται σε επαγγέλματα προσφοράς, ως αποτέλεσμα της εργασίας τους.* (Sturgess J et al., 1983). Ο Cherniss περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως την *ασθένεια των υπεραφοσιωμένων''* (Rogers et al., 1988).

Μελετώντας κανείς τους ποικίλους ορισμούς για την επαγγελματική εξουθένωση, εντοπίζει δύο κυρίαρχες διαστάσεις. Η μεν πρώτη αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση ως απόρροια μίας παρατεταμένης έκθεσης του εργαζόμενου σε στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες, ενώ η δεύτερη αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση ως απόρροια μίας δυσανάλογα υψηλής προσπάθειας που καταβάλλει ο εργαζόμενος, εντός πιεστικών εργασιακών συνθηκών (Hock R, 1988).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αν και συνδέεται άρρηκτα με το εργασιακό άγχος, οφείλει να διατηρεί το διακριτό του χαρακτήρα. Το εργασιακό άγχος αναφέρεται ως η βίωση αρνητικών συναισθημάτων προερχόμενων από εργασιακούς παράγοντες και θεωρείται, ως μία διαδικασία προσαρμοστικού και προσωρινού χαρακτήρα, κατά την οποία παράγεται υπερδραστηριότητα, παρατηρείται έντονη εμπλοκή συναισθήματος και μία αίσθηση του επείγοντος, με τη σωματική φθορά να υπερισχύει, ως αποτέλεσμα εργασιακών απαιτήσεων, που τείνουν να υπερβαίνουν τις δυνάμεις του εργαζόμενου. Από την άλλη, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μία προοδευτική διαδικασία κατάρρευσης της προσαρμοστικής ικανότητας του εργαζόμενου, στο πλαίσιο της οποίας υπερισχύει η συναισθηματική φθορά και οδηγεί σε αποθάρρυνση, σε άμβλυνση του

συναίσθηματος και σε αποστασιοποίηση, σε απώλεια κινήτρων και ιδανικών, ως αποτέλεσμα επανειλημμένων αποτυχιών του ατόμου να διαχειριστεί το εργασιακό άγχος. Το εργασιακό άγχος ενδέχεται να το βιώσει ο κάθε εργαζόμενος, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση καθίσταται εμπειρία, κυρίως, για τους εργαζόμενους εκείνους που, κατά την έναρξη της καριέρας τους, χαρακτηρίζονται από ενθουσιασμό, υψηλές προσδοκίες και υψηλούς στόχους. (Kyriacou C, 2001; Maslach C et al., 2001; Pines A et al., 2005).

Με τον όρο burnout οι (Brezniak N et al., 1989) περιέγραψαν μία κατάσταση κόπωσης και απογοήτευσης, που απορρέει από την ανισορροπία μεταξύ ατομικών προσδοκιών, αξιών, δυνατοτήτων και περιβαλλοντικών – εργασιακών απαιτήσεων. Οι Maslach C και Schaufeli W το 1993 την περιέγραψαν ως την προοδευτική απώλεια της ικανότητας του ατόμου να αντιστέκεται και να προσαρμόζεται σε ένα στρεσογόνο εργασιακό περιβάλλον. Οι Ross R και Altmaier E (1994) συνέδεσαν την επαγγελματική εξουθένωση με τη σταδιακή τροποποίηση της συμπεριφοράς του εργαζόμενου, εξαιτίας των στρεσογόνων παραγόντων που αυτός συναντά στο εργασιακό του περιβάλλον.

Μεταξύ μιας επιχείρησης και των εργαζομένων υπάρχουν προσδοκίες, ένα είδος ψυχολογικού συμβολαίου. Οι εργαζόμενοι έχουν διαφορετικές προσδοκίες που ανάλογα με την προσφορά τους στην επιχείρηση ευελπιστούν ότι θα ικανοποιηθούν. Όταν όμως αυτό δεν συμβαίνει τότε ο εργαζόμενος απογοητεύεται συναισθηματικά και αυξάνεται η πιθανότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Schaufeli, Enzeman, 1998).

Η αρνητική επίδραση του άγχους από την εργασία, που αυξάνεται όταν υπάρχει παρατεταμένη και αυξανόμενη πίεση οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση όταν δεν υπάρχουν οι κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης του από το άτομο (Antonίου, Polychroni, Walters 2000).

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί ως μια διαδικασία που εμφανίζεται χωρίς προειδοποίηση, εξελίσσεται αργά και υφίσταται ακόμη και για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να γίνεται αντιληπτή. Λόγω αυτής της προοδευτικής εξέλιξης αναφέρεται και ως « διάβρωση της ψυχής ». (Eltzion, 2003). Σύμφωνα με τον (Brill 1984) αυτή η διάβρωση ορίζεται ως μια κατάσταση δυσλειτουργική σχετιζόμενη με τη δουλειά για άτομα χωρίς κάποιο ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο, τα

οποία παύουν να έχουν την ίδια απόδοση στην ίδια δουλειά που μέχρι πρότινος απέδιδαν ικανοποιητικά, και γι αυτό χρειάζεται είτε εξωτερική βοήθεια ή περιβαλλοντική αναπροσαρμογή.

Με παρόμοιο τρόπο οι Pines και Aronson (1998) περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση φυσικής, συναισθηματικής, και νοητικής εξάντλησης που επέρχεται μετά από μακροχρόνια ενασχόληση του ατόμου με μια ιδιαίτερα απαιτητική εργασία. Ψυχοσωματικά συμπτώματα, χρόνια κόπωση και έλλειψη ενέργειας χαρακτηρίζουν την φυσική εξάντληση, απαισιοδοξία και αίσθημα αδυναμίας την συναισθηματική και τέλος ανάπτυξη αρνητικής συμπεριφοράς και στάσης απέναντι στη ζωή, την εργασία τους ανθρώπους και τον εαυτό του διέπει την νοητική εξάντληση.

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, φαίνεται πως έχει συνδεθεί με επαγγέλματα υψηλών απαιτήσεων, που προϋποθέτουν αφενός επένδυση σε χρόνο και σε συναίσθημα και προσφορά στο κοινωνικό σύνολο και αφετέρου τη διαπροσωπική επικοινωνία (Koustelios A et al., 2005). Πρόκειται για σύνδρομο που πλήττει, κυρίως, εργαζόμενους σε επαγγέλματα του κοινωνικού – ανθρωπιστικού τομέα και σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών με υψηλό βαθμό αφοσίωσης (Maslach et al., 2001). Δεν είναι τυχαία, άλλωστε, η αναφορά του Freudenberger (1975), ότι η επαγγελματική εξουθένωση πλήττει τους πιο αφοσιωμένους ή η διατύπωση του Cherniss (1980) ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι η ασθένεια των υπέρ – αφοσιωμένων.

Κοινά βασικά χαρακτηριστικά όλων των προσπαθειών προσδιορισμού της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν: (α) η συναισθηματική εξάντληση και οι εκφάνσεις δυσφορίας αποτελούν την κύρια συμπτωματολογία (β) ψυχικά και συμπεριφορικά συμπτώματα καθώς και άτυπα σωματικά (γ) το φαινόμενο συνδέεται κατεξοχήν με την εργασία (δ) η συμπτωματολογία παρατηρείται σε «φυσιολογικά» άτομα και (ε) μειωμένη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα είναι αποτέλεσμα της αρνητικής στάσης και συμπεριφοράς των εργαζομένων (Evers W et al., 2004).

Θεωρητικά Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Τα πιο πολλά θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να προσδιορίσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα της δυναμικής αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον. Υπάρχουν δυο κατηγορίες προσέγγισης:

- Στην πρώτη οι ερευνητές τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων υποστηρίζοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που έχει ο εργαζόμενος από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από το περιβάλλον στο οποίο εργάζεται.
- Στη δεύτερη υποστηρίζεται ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται πιο πολύ από ψυχοπιεστικές και άσχημες επαγγελματικές συνθήκες, όπως είναι η αυστηρή διοίκηση του οργανισμού, το επιβαρυνόμενο πρόγραμμα, η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας ή ανεξαρτησίας, η μη συμμετοχή σε αποφάσεις (Dekker S et al., 1995; Antoniou A, 1999).

Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss. Ο Cherniss το 1980 περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια διαδικασία που αποτελείται από τρία στάδια

- **Το εργασιακό stress:** αιτία αυτού οι διαθέσιμοι πόροι σε σχέση με τους απαιτούμενους. Κατά την φάση αυτή δημιουργείται έλλειμμα των διαθέσιμων πόρων, το οποίο οδηγεί άμεσα σε αδυναμία επίτευξης προσωπικών προσδοκιών καθώς και εργασιακών υποχρεώσεων. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση
- **Την εξάντληση:** ως αποτέλεσμα του εργασιακού στρες και της διατάραξης η οποία προκαλείται, ο εργαζόμενος εκδηλώνει με συναισθηματική μορφή εξάντληση καθώς επίσης ανία, κόπωση, απάθεια και έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία του. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μία κατάσταση συνεχούς έντασης που, αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.
- **Την αμυντική κατάληξη:** αυτή σηματοδοτεί το τελικό στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς πλέον αλλάζει η συμπεριφορά του εργαζομένου, ο οποίος σταδιακά αποεπενδύει συναισθηματικά την εργασία του και εκδηλώνει κυνισμό και απάθεια για τους άλλους.

Το μοντέλο του Edelwich & Brodsky

Κατά τους Edelwich & Brodsky (1980) το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μια προοδευτική διαδικασία σε τέσσερις φάσεις: (Reed T, 1981)

- **Η φάση του ενθουσιασμού.** Ο εργαζόμενος στο χώρο της υγείας, ενώ βρίσκεται στην αρχή της σταδιοδρομίας του, έχει όνειρα και υψηλούς στόχους που συχνά δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο και την ψυχή του, ενώ επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Καθώς, όμως, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

- **Η φάση της αμφιβολίας και αδράνειας.** Ο εργαζόμενος κατανοεί ότι με την εργασία του δεν μπορεί να ικανοποιήσει τους στόχους του και τις ανάγκες του, νιώθει ματαιωμένος, θεωρεί τον εαυτό του υπαίτιο για αυτή την αποτυχία αμφισβητεί τις δυνατότητές του, προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι, η εργασία του δεν μοιάζει τόσο ιδανική για εκείνον μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

- **Η φάση της απογοήτευσης και ματαίωσης.** Ενώ ο εργαζόμενος προσπαθεί πολύ, δεν εκπληρώνονται οι προσδοκίες του. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του είναι μάταιες και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να βγει από το αδιέξοδο πρέπει είτε να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από την εργασία του, από την πηγή δηλαδή του στρες.

- **Η φάση της απάθειας.** Εδώ ο επαγγελματίας αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών, ο εργαζόμενος αποφεύγει να αναλάβει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Συνεχίζει να εργάζεται απλά για βιοποριστικούς λόγους.

Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach

Όπως αναφέρουν οι Maslach & Jackson (1986) οι βασικές διαστάσεις στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι:

- **Συναισθηματική εξάντληση.** Αφορά αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι δεν έχει άλλα ψυχικά αποθέματα για να μπορέσει να προσφέρει τις υπηρεσίες του.

- **Αποπροσωποποίηση** . Ο επαγγελματίας συμπεριφέρεται απόμακρα και απρόσωπα ενώ εκδηλώνεται με αρνητικά και κυνικά αισθήματα. η εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς.
- **Έλλειψη προσωπικής επίτευξης**. Αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας του και στην συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσής του . Ο εργαζόμενος υποτιμά τον εαυτό του και είναι απογοητευμένος ενώ συνυπάρχουν και σημάδια κατάθλιψης που επιδεινώνονται όταν δεν υπάρχει βοήθεια απ' το περιβάλλον ή άνοδος στην ιεραρχία του οργανισμού. (Leiter & Maslach, 2005).

Το μοντέλο της Pines.

Η Pines(1988) επικεντρώθηκε κυρίως στον ρόλο του εργασιακού περιβάλλοντος. Όταν το εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται ως πιεστικό, στρεσογόνο και υψηλών απαιτήσεων, τότε η εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης καθίσταται αναπόφευκτη, καθώς ο εργαζόμενος νιώθει ότι δεν καλύπτονται οι υπαρξιακές του ανάγκες.. Η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται με την προσωπικότητα και τον χαρακτήρα του εργαζομένου, ενώ οι πιο προσηλωμένοι επαγγελματίες είναι και οι πιο ευάλωτοι. Θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται περισσότερο με την ανάγκη του ατόμου να προσδώσει νόημα στη ζωή του μέσω της εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζει πως η προσωπικότητα ενός ατόμου και τα κίνητρα του σε συνάρτηση με την αφοσίωση του στις επαγγελματικές του υποχρεώσεις, μπορούν να καθορίσουν εξαρχής την πυροδότηση ή την βαρύτητα του συνδρόμου. Εάν η εργασία δεν ανταποκρίνεται των προσδοκιών του, το άτομο οδηγείται αναπότρεπτα σε επαγγελματική εξουθένωση

Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου του Karasek.

Από τα πιο γνωστά μοντέλα είναι το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου κοινωνικής στήριξης του Karasek(1979). Το μοντέλο αυτό περιγράφει την έναρξη της επαγγελματικής εξουθένωσης με έντονο στρες, κόπωση, αρνητική διάθεση και ψυχολογική πίεση. Η σωματική και ψυχική ευεξία των εργαζομένων επηρεάζεται από παραμέτρους όπως τις ψυχικές απαιτήσεις της δουλειάς, από τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων και από τη στήριξη των συναδέλφων. Επιπλέον, το αίσθημα ρουτίνας και η αδυναμία επαγγελματικής ανέλιξης οδηγούν τον επαγγελματία υγείας σε μια κατάσταση που αδιαφορεί και σταματά να προσπαθεί για την εργασία του.

Συνεπώς, το μοντέλο αυτό διευκρινίζει τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ασθένειας από το εργασιακό άγχος (Kain J, Jex S,2010).

Το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων- πόρων

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται όταν υπάρχει ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων και των πόρων που προέρχονται από την εργασία. Οι εργασιακές απαιτήσεις είναι εκείνοι οι εργασιακοί παράγοντες που απαιτούν συνεχή σωματική ή πνευματική προσπάθεια και εμπεριέχουν σωματικό και ψυχολογικό κόστος(πχ. υποκειμενική κόπωση, μειωμένη εστίαση της προσοχής και επαναπροσδιορισμός των απαιτήσεων της εργασίας) που γίνεται με σκοπό να φέρει εις πέρας μια εργασία. Οι εργασιακοί πόροι, από την άλλη πλευρά, αναφέρονται στους φυσικούς, ψυχολογικούς, οργανωτικούς, ή κοινωνικές πτυχές της εργασίας που μπορούν να μειώσουν τις απαιτήσεις της εργασίας και το σχετικό φυσιολογικό και ψυχολογικό κόστος και που μπορούν να είναι καθοριστικές για την επίτευξη των εργασιακών στόχων. Οι πόροι στην εργασία μπορεί να είναι οργανωτικής φύσης, αλλά και προσωπικοί (πχ. δημιουργικότητα οργανωτική, χρονική ευελιξία, ασφάλεια εργασίας, υποστήριξη από τον προϊστάμενο και τους συναδέλφους, υλικοί πόροι, αυτονομία, ανταμοιβές). Όταν οι απαιτήσεις υπερβαίνουν τους πόρους, εμφανίζεται κόπωση- αν αυτή η ανισορροπία διατηρείται με την πάροδο του χρόνου, η κόπωση γίνεται χρόνια και, τελικά, εμφανίζεται η επαγγελματική εξουθένωση. Επομένως, οι εργασιακές απαιτήσεις έχουν άμεση και θετική σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση, ιδίως τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ η ύπαρξη εργασιακών πόρων επηρεάζει αντιστρόφως ανάλογα την αποπροσωποποίηση, ελαχιστοποιώντας ή μειώνοντας τη χρήση της ως στρατηγική αντιμετώπισης(Bakker AB et al.,2017).

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

Το συγκεκριμένο μοντέλο δημιουργήθηκε από τους Siegrist και συν. το 1990. Βασίστηκε πάνω στην ιδέα της επίτευξης ισορροπίας μεταξύ της προσφοράς του εργαζομένου και σε αυτό που η εργασία αντίστοιχα του ανταποδίδει καθώς στην αντίθετη περίπτωση, είναι φυσικό επακόλουθο να νιώσει πίεση και δυσαρέσκεια, γεγονός που μακροπρόθεσμα θα επιβαρύνει την υγεία του. Σύμφωνα με τον Siegrist,

ο όρος προσπάθεια έχει δυο επιμέρους διαστάσεις. Αρχικά περιλαμβάνει την εξωγενή προσπάθεια δηλαδή την προσπάθεια που καταβάλει ο εργαζόμενος ως προς την επίτευξη των εργασιακών του καθηκόντων και την ενδογενή προσπάθεια αναφερόμενος στα εσωτερικά κίνητρα (ανάληψη πρωτοβουλιών, ανάγκη διάκρισης, ανταγωνισμός, ανάγκη κοινωνικής αναγνώρισης) που οδηγούν τον επαγγελματία να ανταποκριθεί με επιτυχία στην εργασία του. Ως ανταπόδοση από τη δουλειά του είναι η οικονομική και επαγγελματική ασφάλεια, η επαγγελματική ανέλιξη.

Το μοντέλο Shirom και Melamed

Η βάση του συγκεκριμένου μοντέλου φέρεται να βρίσκεται στη θεωρία του Hobfoll για τον τρόπο που πρέπει να διαχειρίζονται οι πόροι. Η ιδέα ωστόσο βρέθηκε μέσω του μοντέλου προσαρμογής της Maslach και του μοντέλου της Pine. Στο συγκεκριμένο μοντέλο η επαγγελματική εξουθένωση αντιμετωπίζεται ως μια ψυχοσυναισθηματική κατάσταση που διακρίνεται σε τρία μέρη: α) τη σωματική κόπωση που περιγράφεται ως αίσθημα κούρασης και μειωμένης ενέργειας β) συναισθηματική εξάντληση που περιγράφεται ως έλλειψη διάθεσης για συναναστροφές με συναδέλφους και γ) γνωστική κόπωση ως μειωμένη διανοητική εκκίνηση. (Shirom et al., 2006)

Το Μοντέλο της Κοπεγχάγης

Το μοντέλο της Κοπεγχάγης είναι το πιο πρόσφατο μοντέλο για την επαγγελματική εξουθένωση που επικεντρώνεται σε τρεις διαστάσεις της ζωής των εργαζομένων και περιλαμβάνει την προσωπική εξουθένωση, την εξουθένωση που προκύπτει εξαιτίας του εργασιακού περιβάλλοντος και αυτή που συνδέεται με την επαφή με τους ανθρώπους-ασθενείς. Η επαγγελματική εξουθένωση επομένως είναι εξασθένηση προσωπική, αλλά εξαρτάται και από το είδος του επαγγέλματος και του χρήστη των υπηρεσιών. Στη βάση του μοντέλου της Κοπεγχάγης βρίσκεται η επαγγελματική κόπωση και εξάντληση, η οποία σχετίζεται με τη συναισθηματική και πνευματική εξουθένωση (Kristensen et al, 2005).

Κλίμακες μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης

Στην προσπάθεια τους να μελετήσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης και βασιζόμενοι στα παραπάνω θεωρητικά μοντέλα πολλοί ερευνητές της οργανωτικής ψυχολογίας και συμπεριφοράς, επινόησαν τις κλίμακες μέτρησης του. Σκοπός της δημιουργίας αυτών εργαλείων μέτρησης ήταν να μπορέσουν να καταγραφούν και να αναλυθούν τα δεδομένα των ερευνών σε μια επιστημονικά τεκμηριωμένη θεωρητική και πρακτική βάση και οι παραγόμενες πληροφορίες να χρησιμοποιηθούν στη πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burke R et al.,1993).

Κλίμακα της Maslach (The Maslach Burnout Inventory-MBI)

Αποτελεί την πιο δημοφιλή και διαδεδομένη κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, που αναπτύχθηκε από τους Maslach και Jackson το 1981. Οι περισσότερες έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει το αποκαλούμενο χρυσό πρότυπο της επαγγελματικής εξουθένωσης - το Maslach Burnout Inventory (MBI) το οποίο εκτιμάται ότι χρησιμοποιείται στο 88% όλων των δημοσιευμένων ερευνών σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση (Schaufeli WB et al.,2020). Το ερωτηματολόγιο της Maslach αποτελείται από 22 ερωτήσεις, οι οποίες μετρούν τις τρεις συνιστώσες του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την μειωμένη προσωπική επίτευξη στόχων όπως αυτές αναλύθηκαν παραπάνω στο μοντέλο της Maslach.(Maslach et al.,2001). Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει σκοπό να καταγράψει την συχνότητα των συναισθημάτων των εργαζόμενων κατά τη διάρκεια ενός έτους. Κάθε ένα από τα ερωτήματα βαθμολογείται από μια επταβάθμια κλίμακα Likert 0-6, με το 0 να σημαίνει ότι αυτό που ερωτάται δεν το εμφανίζει ποτέ ενώ το 6 κάθε μέρα. Σύμφωνα με τη Maslach το 2001 το στοιχείο της αποπροσωποποίησης μετονομάστηκε σε κυνισμό, και η μειωμένη προσωπική επίτευξη σε μειωμένη αποτελεσματικότητα. (Leiter et al., 2001). Η κλίμακα της Maslach χρησιμοποιείται κυρίως στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών συγκριτικά με άλλους κλάδους. (Boles et al., 2000). Για την επέκταση της χρήσης της και σε άλλους επαγγελματικούς κλάδους δημιουργήθηκε η κλίμακα Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBIGS)(Aguayo et al.,2011).

Αυτή η έκδοση αργότερα ονομάστηκε MBI-Human Service Survey (MBI-HSS) και προσαρμόστηκε για εκπαιδευτικούς(MBI-Educator Survey, MBI-ES) και το ιατρικό προσωπικό (MBI-HSS-MP) . Καθώς τα περισσότερα στοιχεία αναφέρονται σε "αποδέκτες", "ασθενείς" ή "φοιτητές", αυτές οι εκδόσεις του MBI είναι ειδικές για χρήση εντός των ανθρώπινων υπηρεσιών ή των εκπαιδευτικών και ιατρικών πλαισίων. Αργότερα, ο ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης διευρύνθηκε ώστε να συμπεριλάβει όχι μόνο όσους "ασχολούνται με την κάποιου είδους εργασία με ανθρώπους" αλλά και τους εργαζόμενους σε κάθε είδους εργασία (Schaufeli WB et al.,2020).

Maslach Burnout Inventory - General Survey, (MBI-GS).

Το MBI-GS το οποίο αναπτύχθηκε το 1997 είναι ισοδύναμο με εκείνο του MBI-HSS/ES αξιολογεί τις τρεις ίδιες διαστάσεις με το αρχικό όργανο με τη διαφορά ότι τα στοιχεία που διατυπώνονται αναφέρονται στην εργασία του ατόμου και όχι στους αποδέκτες των υπηρεσιών: (1) εξάντληση των ψυχικών δυνατοτήτων του ατόμου στην εργασία (2) απόμακρη στάση του εργαζόμενου απέναντι στην εργασία- και (3) έλλειψη επιτευγμάτων και μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα στην εργασία (Schaufeli WB et al.,2020).

Η Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης Προσωπικού για Επαγγελματίες Υγείας (Staff Burnout Scale for Health Professionals - SBS-HP)

Η συγκεκριμένη κλίμακα μέτρησης είναι μια απογραφή 20 στοιχείων και αξιολογεί τις γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις που συνθέτουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο Jones J (1980) αναφέρει την ύπαρξη τεσσάρων παραγόντων: την δυσαρέσκεια για την εργασία, την ψυχολογική και διαπροσωπική ένταση, τη φυσική ασθένεια και τον κίνδυνο για την μη επαγγελματική σχέση με τους αποδέκτες των υπηρεσιών

Κλίμακα Oldenburg (Oldenburg Burnout Inventory-OLBI)

Η κλίμακα OLBI περιλαμβάνει θετικά και αρνητικά διαμορφωμένα στοιχεία για την αξιολόγηση των δύο βασικών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης: εξάντληση(exhaustion) και αποσύνδεση (disengagement) από την εργασία. Το OLBI

καλύπτει όχι μόνο τις συναισθηματικές πτυχές , αλλά και τις σωματικές και τις γνωστικές πτυχές. Διευκολύνεται έτσι η εφαρμογή του εργαλείου στους εργαζόμενους που εκτελούν σωματική εργασία αλλά και σε εκείνους που επεξεργάζονται πληροφορίες. Η αποδέσμευση αναφέρεται στην αποστασιοποίηση από το αντικείμενο εργασίας, το περιεχόμενο της και την εργασία γενικά μιας εργασίας αδιάφορης ,χωρίς πρόκληση, "αηδιαστικής". Παύει να υπάρχει ταύτιση με την εργασία και επιθυμία παραμονής σε αυτή. Το στοιχείο της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας δεν περιλαμβάνεται στην OLBI επειδή δεν θεωρείται βασική διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά μπορεί να ερμηνευτεί ως πιθανή συνέπεια της επαγγελματικής εξουθένωσης και προτείνεται να αντανakλά ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας παρόμοιο με την αυτοαποτελεσματικότητα (Demerouti E et al 2008).

Μέτρηση επαγγελματικής εξουθένωσης των Shirom & Melamed Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)

Η πιο πρόσφατη ανάπτυξη του οργάνου οδήγησε στη Μέτρηση Επαγγελματικής Εξουθένωσης Shirom-Melamed (Shirom-Melamed Burnout Measures - SMBM), η οποία περιελάμβανε τρεις υποκλίμακες: "σωματική κόπωση", "συναισθηματική εξάντληση" και "γνωστική κόπωση". Είναι προσαρμοσμένο για την αξιολόγηση των πληθυσμών που εργάζονται , περιλαμβάνοντας ερωτήσεις σχετικά με τις συνθήκες εργασίας και τις σχέσεις με τους συναδέλφους και τους αποδέκτες των υπηρεσιών. Αυτή η εννοιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει αποδειχθεί χρήσιμη, όχι μόνο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε πληθυσμούς εργαζομένων, αλλά και σε κλινικούς πληθυσμούς ασθενών που αναζητούν ιατρική περίθαλψη λόγω εξάντλησης που σχετίζεται με το άγχος. Σε αυτές τις μελέτες χρησιμοποιήθηκε η παλαιότερη έκδοση της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης, το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης Shirom-Melamed (SMBQ) (Lundgren-Nilsson Ået al.,2012).

Κλίμακα της Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory-CBI)

Ο Kristensen και οι συνεργάτες του το 2005 δημιούργησαν ένα καινούριο εργαλείο για την μέτρηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το Copenhagen Burnout Inventory (CBI), αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο με τρεις επιμέρους διαστάσεις: Η προσωπική εξουθένωση, η εργασιακή εξουθένωση και η εξουθένωση

που σχετίζεται με τον πελάτη. Με την κλίμακα για την προσωπική εξουθένωση επιδιώκεται να γίνει σύγκριση ατόμων ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση (π.χ. νέοι, άνεργοι, συνταξιούχοι κ.λπ.). Η προσωπική διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης ορίζεται ως : *"Η προσωπική εξουθένωση είναι ο βαθμός σωματικής και ψυχολογικής κόπωσης και εξάντλησης που βιώνει το άτομο"*. Έτσι, δεν γίνεται καμία προσπάθεια διάκρισης μεταξύ σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης. Ορίζεται ως εργασιακή εξουθένωση *"Ο βαθμός σωματικής και ψυχολογικής κόπωσης και εξάντλησης που το άτομο αντιλαμβάνεται ότι σχετίζεται με την εργασία του"*. Στην κλίμακα αυτή επιδιώκεται να αποτυπωθεί ο βαθμός στον οποίο τα συμπτώματα της εξουθένωσης αποδίδονται από τον ίδιο τον εργαζόμενο στην εργασία του.

Συγκρίνοντας την κλίμακα για την προσωπική εξουθένωση με την κλίμακα για την εργασιακή εξουθένωση καθίσταται δυνατός ο εντοπισμός των ατόμων που είναι εξαντλημένα από άλλα αίτια πχ. προβλήματα υγείας, οικογενειακές απαιτήσεις και όχι από εργασιακούς παράγοντες. Τέλος η επαγγελματική εξουθένωση που σχετίζεται με τον πελάτη ορίζεται ως εξής: *"Ο βαθμός σωματικής και ψυχολογικής κόπωσης και εξάντλησης που γίνεται αντιληπτό από το άτομο ότι σχετίζεται με την εργασία του με τους πελάτες"*. Εδώ εστιάζεται στον βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν μια σχέση μεταξύ της κόπωσης και της "εργασίας τους με τους ανθρώπους". Οι "πελάτες" είναι μια ευρεία έννοια που καλύπτει όρους όπως ασθενείς, κρατούμενοι, παιδιά, φοιτητές, ειδικευόμενοι, κ.λπ. Η σύνθεσή του το καθιστά πολύτιμο εργαλείο για την επιστημονική έρευνα σε πολλούς τομείς επαγγελμάτων, χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες και έχει ήδη μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες (Kristensen T et al.,2005).

Αιτίες επαγγελματικής εξουθένωσης

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει μία ποικιλία από παραγοντικές αναλύσεις που αποδίδουν την επαγγελματική εξουθένωση σε περιβαλλοντικούς (οργανωσιακούς παράγοντες της εργασίας), ατομικούς και κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες (Adriaenssens J et al.,2015).

Οι οργανωσιακοί παράγοντες της εργασίας αναφέρονται γενικά , τόσο στο είδος των καθηκόντων και στον τρόπο οργάνωσής τους όσο και στις σχέσεις μεταξύ συναδέλφων, των προϊσταμένων ή/και των πελατών-ασθενών και αποτελούν δυνητικούς παράγοντες πρόκλησης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αναλυτικότερα ο αυξημένος φόρτος εργασίας, απαιτεί συνεχή προσπάθεια προκαλώντας σωματικό και ψυχολογικό κόστος και κατά συνέπεια αδυναμία ανταπόκρισης στα καθήκοντα(Maslach C, Leiter M ;2017).

Η συναισθηματική εργασία αποτελεί μια ψυχολογική διαδικασία που συνδέεται με αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα καθώς ο εργαζόμενος πρέπει να αποκρύψει αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό, εκνευρισμό, δυσφορία ως προς τους κανόνες λειτουργίας του οργανισμού και να επιδείξει, συμμόρφωση, συμπάθεια ως προς τους πελάτες –χρήστες των υπηρεσιών, ηρεμία και αυτοέλεγχο ακόμη και στις περιπτώσεις εκείνες που στην πραγματικότητα αισθάνεται φόβο (Mustafa M et al.,2016).

Τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης αυξάνονται όταν ο εργαζόμενος δεν γνωρίζει την αποστολή του(ασάφεια ρόλων) και όταν τα καθήκοντα του και οι απαιτήσεις από την εργασία είναι ασύμβατα μεταξύ τους(σύγκρουση ρόλων)(Acker G et al.,2003).

Σύμφωνα με τους Laschinger και συν.2015 η ύπαρξη άδικης και κατευθυνόμενης εποπτείας η οποία εστιάζει μόνο στα αρνητικά, χωρίς να αξιολογείται η προσπάθεια και τα επιτεύγματα των εργαζόμενων, η ανύπαρκτη και μη αξιοκρατική άλλες φορές άσκηση εξουσίας και η μη δίκαιη μεταχείριση οδηγεί σε αύξηση της συναισθηματικής εξάντλησης (Laschinger H et al.,2015).

Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης στην εργασία, είτε από συναδέλφους είτε από προϊστάμενους και οι μεταξύ τους συγκρούσεις αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου (Boland L et al.,2019).

Ένας άλλος παράγοντας ενοχοποιητικός της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται με το ωράριο της εργασίας. Έτσι για παράδειγμα οι συνεχείς εναλλαγές στις βάρδιες, η νυχτερινή εργασία, η εκ περιτροπής εργασία, οι πολλές ώρες εργασίας σχετίζονται θετικά και με διαταραχές του ύπνου, καρδιακά προβλήματα, παράπονα, δυσαρέσκεια από την εργασία, μειωμένη προσοχή και απόδοση, όπως και με αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων(Maslach C, Leiter M; 2017).

Η έλλειψη ελευθερίας κατά την εκτέλεση των καθηκόντων, καθώς και η αδυναμία λήψης αποφάσεων έχει συσχετιστεί θετικά με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίθετα, όταν οι εργαζόμενοι έχουν ως ένα βαθμό αυτονομία και έλεγχο της εργασίας τους, υπάρχουν χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης(Maslach C, Leiter M; 2017).

Η μελέτη του De Hert S. το 2020 έρχεται να συμπληρώσει μερικούς ακόμη αιτιολογικούς παράγοντες από τον χώρο της εργασίας που ευθύνονται για την πρόκληση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτοί είναι : η εργασία υψηλών απαιτήσεων, οι αντικρουόμενες οδηγίες, η χρονική πίεση, η κακή εργασιακή ατμόσφαιρα/ εργασιακός εκφοβισμός, τα ιεραρχικά προβλήματα, η φτώχη εσωτερική επικοινωνία, οι διοικητικοί περιορισμοί, οι αυξημένες ευθύνες, η έλλειψη πόρων(υλικών και προσωπικού), η έλλειψη διαφάνειας, η έλλειψη ομαδικής εργασίας, η κακή οργάνωση, η έλλειψη θετικής ανατροφοδότησης και η έλλειψη ευκαιριών για προσωπική εξέλιξη.

Πέρα από τα εργασιακά χαρακτηριστικά σημαντικό ρόλο παίζουν και ατομικοί (σχετιζόμενοι) με την προσωπικότητα παράγοντες, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων από το άτομο. Όλα τα άτομα που βιώνουν τις ίδιες συνθήκες εργασίας δεν αναπτύσσουν το σύνδρομο, γεγονός που υποδηλώνει τη σημασία των ατομικών παραγόντων στον καθορισμό της εμφάνισής του (Molero M. et al.,2018).

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ατόμου επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο εργάζεται, στο πως αντιλαμβάνεται το εργασιακό του περιβάλλον καθώς και στη ζωτικότητα και την αποτελεσματικότητα με την οποία ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της εργασία του. Συνδέονται και με την αντίληψη των εργασιακών γεγονότων ως στρεσογόνων, με αποτέλεσμα τα άτομα που είναι επιρρεπή στο άγχος να είναι πιο ευάλωτα στο εργασιακό στρες. Μελέτες δείχνουν ότι οι παράγοντες της προσωπικότητας σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας (Ang S.Y et al, 2016).

Το μοντέλο των πέντε παραγόντων γνωστό και ως Big Five-μεγάλη πεντάδα αποτελεί ταξινόμηση για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (νευρωτισμός, εξωστρέφεια, συνεργατικότητα, ευσυνειδησία, διαθεσιμότητα σε εμπειρίες)(Chang H et al.,2016).

Τα άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού είναι πιο επιρρεπή στο να νιώθουν θυμό, άγχος, κατάθλιψη ή στρες είναι λιγότερο ικανά να ελέγχουν τα συναισθήματά τους όταν έρχονται αντιμέτωπα με αρνητικές ή αγχωτικές καταστάσεις και παρουσιάζουν ανώριμους μηχανισμούς άμυνας που αυξάνουν την εξάντλησή τους(Ntantana A et al.,2017).

Έχει διαπιστωθεί ότι η εξωστρέφεια αποτελεί προστατευτικό παράγοντα έναντι της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η συνεργατικότητα έχει δείξει επίσης προστατευτική

επίδραση στην επαγγελματική εξουθένωση, έτσι ώστε οι πιο συνεργάσιμοι εργαζόμενοι τείνουν να βιώνουν λιγότερη εξουθένωση από τους λιγότερο συνεργάσιμους συναδέλφους τους. Ομοίως, η ευσυνειδησία, ή η τάση για υπεύθυνη συμπεριφορά και συνέπεια, μειώνει την πιθανότητα επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος, η διαθεσιμότητα στις εμπειρίες που αντιπροσωπεύει πτυχές που σχετίζονται με το εύρος των ενδιαφερόντων και τη δημιουργικότητα, έχει επίσης προστατευτικές επιδράσεις στην επαγγελματική εξουθένωση, καθώς σχετίζεται θετικά με επαγγελματική αποτελεσματικότητα και συνδέεται αρνητικά με την αποπροσωποποίηση (Pérez-Fuentes M et al.,2019).

Άλλα ατομικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ο εξωτερικός και εσωτερικός τόπος ελέγχου, το πρότυπο συμπεριφοράς τύπου A και οι υψηλές προσδοκίες.

Σύμφωνα με τον εσωτερικό τόπο ελέγχου, το άτομο πιστεύει ότι είναι υπεύθυνος για τα γεγονότα στη ζωή και ότι τα αποτελέσματα της δραστηριότητας εξαρτώνται ακριβώς από τον εαυτό του και όχι από εξωτερικές συνθήκες. Ο δεύτερος τύπος είναι χαρακτηριστικός εκείνων των ανθρώπων που τείνουν να αναθέτουν την ευθύνη για όλα όσα συμβαίνουν γύρω τους όχι στους εαυτούς τους, αλλά στις αποφάσεις άλλων ή σε οποιεσδήποτε συνθήκες καθώς και στην τύχη. Η πιθανότητα ανάπτυξης επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μεγάλη, ιδίως σε διαφορούμενες ή πρωτόγνωρες καταστάσεις, στις οποίες τα άτομα πιστεύουν ότι έχουν μικρή ή καθόλου δυνατότητα ελέγχου(Izedi R et al.,2016).

Ένα πρότυπο προσωπικότητας που σχετίζεται με την παρουσία επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας είναι το προφίλ τύπου A, το οποίο χαρακτηρίζεται από ανταγωνιστικότητα, παρορμητικότητα, ανυπομονησία και επιθετικότητα χαρακτηρίζεται από προβλήματα στην καταπολέμηση του εργασιακού στρες και σχετίζεται θετικά με τους παράγοντες συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Jeung, D.Y et al.,2017).

Ενώ άλλες μελέτες, όπως αυτή των Wlodarczyk και Pawliszewska, δείχνουν ότι δεν δρουν όλα τα συστατικά της προσωπικότητας τύπου A με τον ίδιο τρόπο. Έτσι, ενώ η επιθετικότητα δρα ως προγνωστικός παράγοντας της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι παράγοντες της κυριαρχίας της αυτοπεποίθησης και της προσπάθειας για επίτευξη έχουν προστατευτικές επιδράσεις έναντι του συνδρόμου(Wlodarczyk D et al.,2015).

Σε μελέτη προσωπικότητας τύπου Δ ή αγχώδης προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από αρνητικά συναισθήματα, πεσιμισμό και συστολή. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας που

έχουν προσωπικότητα τύπου Δ εμφανίζουν περισσότερο εργασιακό άγχος και χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, γεγονός που τους οδηγεί σε μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση (Tekin A. et al.,2017).

Όσο υψηλότερες οι προσδοκίες και υψηλότερη η στοχοθεσία των εργαζομένων οδηγούν σε μεγαλύτερες προσπάθειες και συνεπώς σε υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης. Η υπερβολική εμπλοκή αποτελεί παράγοντα κινδύνου, ιδίως όταν είναι αδύνατη η επίτευξη των στόχων. Αυτή η αναντιστοιχία μεταξύ προσδοκιών και πραγματικότητας μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση και εξουθένωση των εργαζομένων(Maslach C et al.,2017).

Τέλος στους ατομικούς παράγοντες σύμφωνα με τον Stefan de Hert (2020) που μπορούν να πυροδοτήσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης και στους επαγγελματίες υγείας είναι: οι υψηλές ιδεαλιστικές αυτοπροσδοκίες, η τελειομανία, μεγάλη επιθυμία για αναγνώριση, η συνεχής επιθυμία ικανοποίησης των αναγκών των άλλων, η καταπίεση των προσωπικών αναγκών, το αίσθημα του αναντικατάστατου, η υπερεκτίμηση στην αντιμετώπιση των προκλήσεων, η αίσθηση ότι η εργασία αποτελεί την μοναδική σημαντική δραστηριότητα στη ζωή, η εργασία ως υποκατάστατο της κοινωνικής ζωής.

Όσον αφορά τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες υπάρχουν πολλές μελέτες που αναφέρονται στη συσχέτιση τους με την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η ηλικία είναι ένας παράγοντας που σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση. Σύμφωνα με τη μελέτη της Σταυροπούλου και συν. το 2010 οι μικρότεροι σε ηλικία εμφανίζονται πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου συγκριτικά με τους μεγαλύτερους, καθώς, οι μεγαλύτεροι φαίνεται να αντισταθμίζουν τις δύσκολες καταστάσεις με τα χρόνια εμπειρίας(Soares et al., 2007). Σε άλλη μελέτη υπάρχει σημαντική συσχέτιση της αποπροσωποποίησης και της αύξησης της ηλικίας ενώ την ίδια στιγμή με την αύξηση της ηλικίας υπάρχει μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικής επίτευξης των στόχων.

Το φύλο, αποτελεί μία ισχυρή μεταβλητή συσχέτισης με την επαγγελματική εξουθένωση. Σε αρκετές μελέτες, διαπιστώνεται ότι στις γυναίκες είναι συχνότερη η εμφάνιση του συνδρόμου σε σχέση με τους άνδρες. Ειδικότερα η συναισθηματική εξάντληση και η μειωμένη επαγγελματική πληρότητα είναι πιο συνήθη στις γυναίκες ενώ στους άνδρες η αποπροσωποποίηση(O'Connor et al.,2018). Ο πολλαπλός ρόλος της γυναίκας στην σύγχρονη κοινωνία (μητρότητα, οικογένεια, επάγγελμα)

επιηρεάζει το επίπεδο άγχους της, που στην πάροδο του χρόνου λειτουργεί συσσωρευτικά και μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση. Δεδομένου επίσης ότι οι γυναίκες αναρριχώνται ιεραρχικά στην εργασία τους λιγότερο από τους άνδρες και επομένως στερούνται υψηλού εισοδήματος, αυτονομίας και κοινωνικής αναγνώρισης αυτό επιδρά στην ενίσχυση του άγχους τους (Aholo et al., 2008).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι εργαζόμενοι που είναι ανύπαντροι (ιδίως οι άνδρες) φαίνεται να είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε εξουθένωση σε σύγκριση με εκείνους που ζουν με σύντροφο. Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά φαίνεται να είναι πιο κατάλληλα στους άνδρες, καθώς στην περίπτωση των εργαζόμενων γυναικών, αποτελεί πρόσθετο παράγοντα κινδύνου, δεδομένου ότι οι γυναίκες που εργάζονται είναι συνήθως υπεύθυνες και για τις δουλειές του σπιτιού (O'Connor et al., 2018).

Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί σε μια σειρά από δυσμενείς συνέπειες τόσο για τα άτομα που υποφέρουν από αυτήν όσο και για τους οργανισμούς στους οποίους εργάζονται οι επαγγελματίες αυτοί. Οι συνέπειες αυτές είναι αρχικά ψυχολογικής φύσης, αλλά διατηρούνται με την πάροδο του χρόνου, εξελίσσονται σε δυσμενείς επιπτώσεις στη σωματική/βιολογική υγεία και συμπεριφορά των εργαζομένων, οι οποίες με τη σειρά τους θα έχουν ανεπιθύμητες οργανωτικές συνέπειες (Salvagioni D et al., 2017).

Ψυχολογικές συνέπειες

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης προκαλεί ψυχολογικές μεταβολές τόσο σε γνωστικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Διάφορες μελέτες έχουν συσχετίσει το σύνδρομο αυτό με προβλήματα συγκέντρωσης και μνήμης, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων, άγχος, κατάθλιψη, δυσαρέσκεια με τη ζωή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αϋπνία, ευερεθιστότητα ανάπτυξη αισθημάτων ανεπάρκειας και αποτυχίας, ενοχής, αδικίας, αποτελμάτωσης,, και αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και καπνού (Salvagioni, D et al., 2017; Maslach C et al., 2016). Άλλοι ερευνητές έχουν επίσης εκτιμήσει ότι το σύνδρομο αυτό μπορεί να αποτελέσει σημαντικό κίνδυνο αυτοκτονίας (Bryan C et al., 2018).

Συνέπειες για την υγεία

Αρκετές ανασκοπήσεις μελετών καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από διάφορα σωματικά προβλήματα υγείας, όπως μυοσκελετικούς πόνους, γαστρεντερικές αλλοιώσεις, καρδιαγγειακές διαταραχές, πονοκεφάλους, αυξημένη ευπάθεια σε λοιμώξεις, καθώς και αϋπνία και χρόνια κόπωση (Giorgi G et al., 2017). Η επαγγελματική εξουθένωση έχει επίσης βρεθεί ότι αυξάνει επικίνδυνα τα επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα (Penz M et al., 2018) και αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για διαβήτη τύπου 2 (Melamed S et al., 2006). Τώρα, ο τρόπος με τον οποίο εκδηλώνονται αυτά τα συμπτώματα δεν είναι ο ίδιος σε όλα τα άτομα, ούτε χρειάζεται να εμφανίζονται όλα.

Συνέπειες συμπεριφοράς

Εκτός από τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα υγείας, σε γενικές γραμμές, η επαγγελματική εξουθένωση επίσης σχετίζεται άμεσα με τη δυσαρέσκεια από την εργασία (Rössler W et al 2012), τη χαμηλή οργανωτική δέσμευση (Salvagioni D et al., 2017), την αυξημένη απουσία (Ahola K et al., 2017), την πρόθεση αλλαγής προσωπικού (Han S et al., 2016) και τη μείωση της απόδοσης (Adriaenssens J et al., 2015). Από την άλλη από την άλλη πλευρά, ορισμένοι εργαζόμενοι με σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί δικαιολογημένα να εγκαταλείψουν την εργασία τους ωστόσο, άλλοι αποφασίζουν να παραμείνουν στην εργασία τους (Metin U et al., 2016). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε εργασιακή παρουσία (δηλαδή, τα άτομα εξακολουθούν να πηγαίνουν στην εργασία τους, αν και δεν εκπληρώνουν πραγματικά τις υποχρεώσεις τους λόγω προβλημάτων υγείας). Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οδηγήσει σε αποκλίνουσες και αντιπαραγωγικές συμπεριφορές των εργαζομένων, επιθετικότητα μεταξύ των συναδέλφων και προς τους χρήστες, χρήση αλκοόλ και ψυχοτρόπων φαρμάκων, κατάχρηση εταιρικού υλικού ή ακόμη και κλοπή (Bryan Cet al., 2018; Giorgi G et al., 2017; Metin U et al., 2016; Ugwu L et al., 2017). Ωστόσο, η μορφή και η εξέλιξη αυτών των επιμέρους συνεπειών (ψυχολογικές, υγείας και συμπεριφοράς) δεν είναι η ίδια σε όλες τις περιπτώσεις. Υπό αυτή την έννοια, και παρόλο που δεν είναι πάντα εύκολο να οριοθετηθούν, έχουν περιγραφεί τέσσερα επίπεδα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Guitart, A et al 2007).

1. Ήπιο: οι επηρεαζόμενοι έχουν ήπια, μη ειδικά σωματικά συμπτώματα (πονοκέφαλοι, πόνος στην πλάτη, οσφυαλγία), παρουσιάζουν κάποια κόπωση και γίνονται λιγότερο λειτουργικοί.
2. Μέτρια: εμφανίζονται αϋπνίες, ελλείμματα προσοχής και συγκέντρωσης. Σε αυτό το επίπεδο, η αποστασιοποίηση, η ευερεθιστότητα, ο κυνισμός, η κόπωση, η πλήξη, η προοδευτική απώλεια κινήτρων, κάνοντας το άτομο συναισθηματικά εξαντλημένο με αισθήματα απογοήτευσης, ανικανότητας, ενοχής, και αρνητική αυτοεκτίμηση.
3. Σοβαρή: αυξημένη απουσία, αποστροφή προς τα καθήκοντα και αποπροσωποποίηση, καθώς και χρήση αλκοόλ και κατάχρηση ψυχοτρόπων φαρμάκων.
4. Ακραία: ακραίες συμπεριφορές απομόνωσης, επιθετικότητας, υπαρξιακής κρίσης, χρόνιας κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας.

Οργανωτικές συνέπειες

Οι εργαζόμενοι με επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζουν χαμηλά κίνητρα και χαμηλές επιδόσεις με αντίκτυπο στη μονάδα εργασίας και τον οργανισμό, προκαλώντας μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Humborstad S et al., 2007). Ομοίως, οι εργαζόμενοι που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζουν τον υπόλοιπο οργανισμό, προκαλώντας μεγαλύτερες συγκρούσεις ή διακόπτουν τα καθήκοντα εργασίας, μειώνοντας έτσι την παραγωγή και αυξάνοντας τους χρόνους παραγωγής (Maslach C et al., 2016). Επομένως, όπως αναφέρεται στη θεωρία της συναισθηματικής μετάδοσης, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να προκαλέσει μια "μετάδοση φαινόμενο", δημιουργώντας ένα κακό εργασιακό περιβάλλον (Bakker A et al., 2000). Συνέπεια των απουσιών, της απώλειας αποδοτικότητας και των αντιπαραγωγικών συμπεριφορών είναι σημαντικές οικονομικές απώλειες (Ugwu L et al., 2017).

Τα συμπτώματα αυτά αν και συσχετίζονται με τον εργασιακό χώρο, επηρεάζουν αρνητικά σε μεγάλο βαθμό την προσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου. Παρατηρείται αύξηση των εντάσεων και των συγκρουσιακών σχέσεων και εκτός εργασίας, που αναπόφευκτα οδηγεί σε απομόνωση, δυσπιστία με απομάκρυνση από οικογενειακές ή φιλικές σχέσεις, με απώλεια κάθε ενδιαφέροντος για κοινωνικές συναναστροφές, με έλλειψη υπομονής και θετικής διάθεσης ή ακόμη και με κατάχρηση ουσιών. Χωρίς κάποια βοήθεια αντιμετώπισης του φαινομένου το άτομο μπορεί να αναπτύξει και συμπτώματα κατάθλιψης (Διομήδους Μ και συν., 2009).

Μέτρα αντιμετώπισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Η αλληλεπίδραση μεταξύ όλων των προαναφερθέντων εξωτερικών και εσωτερικών παραγόντων που οδηγεί στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης υπογραμμίζει τη σημασία της μιας πολυπαραγοντικής προσέγγισης στην πρόληψη και τη θεραπεία του συνδρόμου. Αυτό σημαίνει ότι τόσο η εργασία ως περιβάλλον όσο και η προσωπικότητα και η στάση του ίδιου του ατόμου απέναντι στην εργασιακή κατάσταση πρέπει να αντιμετωπιστούν. Αυτό συνεπάγεται όχι μόνο την εφαρμογή μέτρων σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο αλλά και την ανάπτυξη και εφαρμογή ατομικών μέτρων αντιμετώπισης στρατηγικών.

1.Ατομικές παρεμβάσεις

Αυτές οι παρεμβάσεις καθορίζονται και παίρνονται μετά από πρωτοβουλία των εργαζόμενων και στοχεύουν στη βελτίωση της φυσικής και συναισθηματικής τους κατάστασης και αποφυγή έτσι της επαγγελματικής εξουθένωσης και είναι οι εξής :

1. Ανάπτυξη ενός υγιούς τρόπου ζωής, που περιλαμβάνει φυσική άσκηση, σωστή διατροφή έλεγχο του βάρους, επαρκή ανάπαυση και χαλάρωση με επικέντρωση στη διατροφή, τη συστηματική άσκηση, τον έλεγχο του βάρους. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η φυσική δραστηριότητα αποτελεί παράγοντα πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης(Gerber et al., 2014). (Lindwall et al., 2014) Η συμμετοχή σε "προγράμματα ευεξίας" προτάθηκε ότι σχετίζεται με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης στους γιατρούς (Amofo E et al.,2015).
2. Ανάπτυξη δεξιοτήτων και στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων, με την εφαρμογή τεχνικών γνωσιακής - συμπεριφορικής προσέγγισης με τις οποίες τα άτομα επαναξιολογούν και επαναπροσδιορίζουν στρεσογόνες καταστάσεις έτσι ώστε να τις αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα. Πρόκειται για τεχνικές με τις οποίες μπορούν να τροποποιήσουν λανθασμένες αντιλήψεις της πραγματικότητας και των προσδοκιών τους αναφορικά με τη θέση και τον ρόλο τους στον οργανισμό(Λογική Συγκινησιακή Θεραπεία) που στηρίζονται στην προσωπική νοηματοδότηση των ερεθισμάτων, και στην αιτιακή σχέση σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών (Schaufeli et., al. 2003).
3. Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων: Είναι σημαντικό για τον επαγγελματία μέσω της αυτοαξιολόγησης να μην αγνοήσει κάποια σημάδια επαγγελματικής

εξουθένωσης, όπως οργανικά ή ψυχοκοινωνικά συμπτώματα (Δημητρόπουλος Χ και συν.,2008).

4. Η πρακτική της ενσυνειδητότητας ορίζεται ως μια αυτοκατευθυνόμενη πρακτική για τη χαλάρωση του σώματος και την ηρεμία του νου μέσω της εστίασης στην επίγνωση της παρούσας στιγμής, η παραμονή στην παρούσα στιγμή, με μια μη επικριτική, μη ανταγωνιστική στάση αποδοχής. είναι αποτελεσματική στη μείωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, αμβλύνοντας τις αρνητικές ψυχοσωματικές και συναισθηματικές επιπτώσεις του, και την αύξηση άλλων θετικών, όπως η ενσυναίσθηση ή η συγκέντρωση. Οι παρεμβάσεις μείωσης του άγχους με βάση την ενσυνειδητότητα μειώνουν αποτελεσματικά την ψυχολογική δυσφορία και τις αρνητικές δονήσεις και ενθαρρύνουν την ενσυναίσθηση, ενώ παράλληλα βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας(Maya R et al., 2014).

5. Επιλογή νέας θέσης εργασίας. Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας: Αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και την αποφασιστικότητα του επαγγελματία. Η διαμόρφωση των θέσεων εργασίας (Job Crafting) είναι μια ατομικά καθοδηγούμενη διαδικασία σχεδιασμού της εργασίας, η οποία συνίσταται στην ενεργή τροποποίηση των χαρακτηριστικών της εργασίας τους, με την αναδιαμόρφωση του τρόπου με τον οποίο προσεγγίζουν τα καθήκοντα και διαπραγματεύονται το περιεχόμενο της εργασίας, επιτρέποντας στους εργαζόμενους να προσαρμόσουν την εργασία τους στις προσωπικές τους γνώσεις, δεξιότητες και τις ικανότητες, καθώς και στις προτιμήσεις και τις ανάγκες τους(Gordon et al.,2018).

6. Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός εργασίας: Δίνει τη δυνατότητα εκτόνωσης του επαγγελματία και συνήθως προάγει την επικοινωνία (Δημητρόπουλος Χ και συν.,2008).

7. Η σωστή διαχείριση του χρόνου αποτελεί βασική τεχνική αντιμετώπισης του άγχους καθώς αυτό πηγάζει όχι από την ποσότητα του διαθέσιμου εργασιακού χρόνου αλλά από τον μη ορθό τρόπο αξιοποίησης του και από την αίσθηση έλλειψης ελέγχου πάνω σε αυτόν. Η σωστή διαχείριση του χρόνου μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες: να αναπτύξουν μια προσωπική αίσθηση του χρόνου, να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους, να μειώνουν τις χρονικές πιέσεις, να απαλλαγούν από άσκοπες και χρονοβόρες διαδικασίες, να αναθέτουν δραστηριότητες (Sutherland V et al,2003).

2.Οργανωτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη δομή της εργασίας και στους εργαζόμενους

Αναφέρεται σε παρεμβάσεις που μειώνουν τους στρεσογόνους παράγοντες της εργασίας και αυξάνουν τους οργανωτικούς πόρους που είναι διαθέσιμοι στους εργαζόμενους.

1.Επανασχεδιασμός εργασίας με μερική αλλαγή των στόχων και των συνθηκών της εργασίας με αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων του επαγγελματία υγείας , με την ενίσχυση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων βελτιώνοντας παράλληλα την ποιότητα της εργασίας με την εξάλειψη των διαδικαστικών στοιχείων που δημιουργούν άγχος, με τη μείωση του χρόνου έκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες, με τον εμπλουτισμό των θέσεων εργασίας μέσω της ενσωμάτωσης νέων καθηκόντων παρέχοντας κίνητρα και ανταμοιβή, με την ανάπτυξη κλίματος συνεργατικότητας μεταξύ του προσωπικού (De Simone S et al.,2021).

2. Εξανθρωπισμός των προγραμμάτων με μείωση των ωρών εργασίας , εξάλειψη κυλιόμενου ωραρίου-εναλλαγή βαρδιών και της εργασίας που υπερβαίνει τις 8 ώρες ώστε να καταστεί εξισορρόπηση επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, χορήγηση ειδικών αδειών με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης(Kossek E.et al.,2014).

3. Δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης ως κίνητρο, αναγνώριση των προσωπικών επιτευγμάτων, ενίσχυση της προσπάθειας. Η χρησιμοποίηση απλών οικονομικών ανταμοιβών μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματική ενθαρρύνοντας την υπερεργασία και την πίεση για την επίτευξη των στόχων, που προάγουν την επαγγελματική εξουθένωση (Maslach C et al.,2017).

4. Η υποστήριξη και η ηγεσία των προϊσταμένων θεωρείται σημαντικός εργασιακός πόρος ικανός να μειώσει τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων. Ένας πραγματικός ηγέτης είναι φιλικός, αυθεντικός και υποστηρικτικός προς τους υφιστάμενους του, τους σέβεται, ενισχύει την αυτοπεποίθησή τους, βελτιώνει τις συνθήκες εργασίας και ενδιαφέρεται για την ευημερία τους(Rana et al., 2019).

5. Δυνατότητα κατάρτισης και επιμόρφωσης ώστε οι εργαζόμενοι να μπορούν να αποκτήσουν νέες δεξιότητες και τεχνικές διαχείρισης συγκρούσεων και αντιμετώπισης προβλημάτων στην εργασία τους αλλά να αναπτύξουν και προσωπικές δεξιότητες και δεξιότητες επικοινωνίας που θα τους βοηθήσουν να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο της επαγγελματικής εξουθένωσης αντιμετωπίζοντας

περισσότερο αποτελεσματικά δυσκολίες, ματαιώσεις και συναισθηματικές εντάσεις (Aryankhesal A et al.,2019).

6. Η θεωρία της συναισθηματικής νοημοσύνης υποδηλώνει ότι οι δεξιότητες ρύθμισης των συναισθημάτων διευκολύνουν τη διατήρηση των κατάλληλων συναισθημάτων, μειώνοντας ή προσαρμόζοντας τα ανεπιθύμητα συναισθήματα στον εαυτό μας και στους άλλους. Οι επαγγελματίες υγείας (γιατροί και οι νοσηλευτές) βιώνουν μια δυναμική αλλαγή μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ευεξίας. Η ανθεκτικότητα αποτελεί τη γέφυρα από την εξουθένωση στην ευεξία. Εάν μπορούν να εφαρμοστούν θετικές στρατηγικές παρέμβασης για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας, η συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών και των νοσηλευτών θα μειώνεται σημαντικά και η ευεξία θα βελτιώνεται (Zhang XJ et al.,2020)

7. Η δημιουργία ομάδων υποστήριξης αναφέρεται στην συγκρότηση ομάδων συναδέλφων είτε από τον ίδιο τον οργανισμό (επίσημες), είτε από τους εργαζόμενους μετά από δική τους πρωτοβουλία (ανεπίσημες). Στα πλαίσια των συναντήσεων αυτών των ομάδων οι εργαζόμενοι αλληλοβοηθούνται στην αντιμετώπιση εργασιακών προβλημάτων μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών, γνώσεων και εμπειριών, ακόμη παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη και κατανοούν αντιδράσεις σε έντονα οδυνηρές καταστάσεις που βιώνουν εντός και εκτός του χώρου εργασίας, επικροτούν και ενισχύουν τις θετικές παρεμβάσεις τους ενισχύοντας την αυτοπεποίθησή τους. Μέσω της συγκρότησης ομάδων αναπτύσσονται δεσμοί αλληλοκατανόησης και αλληλοσεβασμού, αποφεύγεται η απομόνωση, η συναισθηματική εξάντληση και κατ'επέκταση η επαγγελματική εξουθένωση (Shanafelt T et al.,2017).

8. Η δημιουργία από τους ίδιους τους οργανισμούς-νοσοκομεία ή σε συνεργασία με άλλους φορείς, τμημάτων που θα διασφαλίζουν μέσω παροχής ψυχοεκπαιδευτικών εργατηρίων μείωση του εργασιακού άγχους, υπηρεσίες παροχής συμβουλών σε εργαζόμενους με προβλήματα που σχετίζονται με την εργασία που θα συμβάλλουν ουσιαστικά στην αναγνώριση και αξιοποίηση των ικανοτήτων τους και υπηρεσίες εξειδικευμένες στην προαγωγή της υγείας, με τη βοήθεια ψυχολόγων και άλλων ειδικών (Sørensen O et al.,2014).

9. Σύμφωνα με την Γούλα Α (2014) χρειάζεται :'' α)προαγωγή και ενίσχυση του δημόσιου νοσοκομείου σε οργανισμό μάθησης, β) εκ βαθέων αλλαγή απόψεων, αντιλήψεων και νοοτροπίας των εργαζόμενων μέσω της συστηματικής καλλιέργειας μιας νέας συμμετοχικής κουλτούρας ώστε να επέλθει συναισθηματική επένδυση στην

εργασία, συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων, συναισθηματική νοημοσύνη, προσωπική ανάπτυξη και προσωπική ποιότητα του ατόμου. γ) δημιουργία μιας κουλτούρας ποιότητας. δ) δημιουργία ομάδων δράσης για τη διαχείριση των κρίσεων στις υγειονομικές μονάδες σε όλα τα επίπεδα. ε) εφαρμογή νέων κριτηρίων επιλογής και αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού. Δυνατότητα ανάδειξης ατόμων με γνώσεις, ταλέντο, δεξιότητες, εργασιακή κουλτούρα και προσωπική δέσμευση''.

Μελέτες της επαγγελματικής εξουθένωση στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Οι οργανισμοί Υγείας αποτελούν δυναμικά συστήματα , κομμάτι ενός μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος τα οποία βρίσκονται σε συνεχή αλλαγή και διαδικασία προσαρμογής κάτω από την πίεση εσωτερικών και εξωτερικών οργανωτικών , πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών πιέσεων. Η ολοένα και αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, σε συνδυασμό με τους περιορισμένους διαθέσιμους πόρους, για την κάλυψη των τρεχουσών απαιτήσεων, επιβάλλει τεράστιες πιέσεις στους οργανισμούς υγείας. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση ενός ιδιαίτερα απαιτητικού εργασιακού περιβάλλοντος, ανησυχητικά στρεσογόνο και αγχωτικό για τους επαγγελματίες υγείας(Batayneh A et al., 2019).

Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας μελετάται ευρέως τα τελευταία χρόνια αφενός γιατί το νοσοκομειακό περιβάλλον γεννά πλήθος παραγόντων που προκαλούν άγχος στους εργαζομένους και αφετέρου διότι οι αρνητικές της επιπτώσεις μπορούν να επηρεάσουν τόσο τον επαγγελματία, όσο και τον ίδιο τον οργανισμό υγείας. Στην επαγγελματική εξουθένωση οφείλονται οι αυξημένες απουσίες του προσωπικού, η έκπτωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αύξηση των ιατρικών σφαλμάτων και η μείωση της ασφάλειας των ασθενών(Monsalve-Reyes et al., 2018).

Έτσι λοιπόν καθίσταται σαφές ότι κάποια επαγγέλματα είναι από τη φύση τους περισσότερο αγχογόνα από άλλα. Ιδιαίτερα αγχογόνα είναι τα επαγγέλματα εκείνα που εμπεριέχουν ανθρώπινες σχέσεις τα λεγόμενα "ανθρωπιστικά" επαγγέλματα και οι αποφάσεις των οποίων που πρέπει να λαμβάνονται άμεσα είναι δυνατόν να έχουν σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές και άλλου είδους συνέπειες. Τα επαγγέλματα υγείας, κατατάσσονται στα έξι πιο στρεσογόνα. Οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση άγχους και στην επαγγελματική εξουθένωση

από άλλους εργαζόμενους, με συνέπεια να οδηγούνται στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής, καθώς έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με τις πράξεις τους ή τις παραλείψεις τους καθορίζουν την έκβαση της ζωής των ασθενών τους(Κοΐνης Α και συν.,2014).

Εμπειρικές μελέτες δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας και μεταξύ αυτών οι νοσηλευτές φαίνεται να αποτελούν μια από τις πιο ευαίσθητες επαγγελματικές κατηγορίες στην ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς είναι αυτοί που βιώνουν το περισσότερο άγχος έχοντας ως ευθύνη τους τη συνεχή φροντίδα των ασθενών και στο πλαίσιο αυτό να εκτίθενται στις συναισθηματικές εντάσεις ιδιαίτερα αγχογόνων γεγονότων όπως περιπτώσεις θανάτων και πένθους (Medeiros-Costa ME et al.,2017).

Έρευνες στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ) έδειξαν ότι πάνω από τους μισούς ιατρούς εμφανίζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από εκείνο των εργαζομένων σε άλλα επαγγέλματα μετά τον έλεγχο του φύλου, της ηλικίας, των ωρών απασχόλησης και άλλων παραγόντων(Shanafelt TDet al.,2012).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ των ειδικευόμενων ιατρών. Μια μελέτη του 2016 σε ειδικευόμενους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων σε ένα τριτοβάθμιο ακαδημαϊκό κέντρο ανέφερε συνολικό ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης 69%, με ποσοστό 78% μεταξύ των ειδικευόμενων χειρουργών και 66% μεταξύ των άλλων ειδικοτήτων. Μια ανασκόπηση του 2009 μέσω αναζήτησης στα Medline και PsychInfo από το 1974 έως το 2009 υποστηρίζει αυτά τα ευρήματα, αναφέροντας συνολικά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευομένων έως και 75%(Ishak WW et al.,2009).

Με βάση τα δεδομένα τα οποία προέκυψαν μέσω συστηματικής αναζήτησης για τον επιπολασμό της επαγγελματικής εξουθένωσης από 182 μελέτες που αφορούσαν 109.628 ασκούμενους ιατρούς σε 45 χώρες και δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1991 και 2018 και όπου η πλειοψηφία των μελετών το 85,7% (156/182) χρησιμοποίησε μια έκδοση του Maslach Burnout Inventory (MBI) για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης καταγράφηκαν τα εξής ποσοστά : 67,0% (122/182) για τη συνολική επαγγελματική εξουθένωση, 72,0% (131/182) για τη συναισθηματική εξάντληση, 68,1% (124/182)

για την αποπροσωποποίηση και 63,2% (115/182) για τη χαμηλή προσωπική ολοκλήρωση (Rotenstein LS et al.,2018).

Σε μελέτη μεταξύ 3.100 νοσηλευτών και 992 ιατρών που εργάζονταν σε 159 μονάδες εντατικής θεραπείας διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές και οι ιατροί είχαν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης, 52% και 50,3%, αντίστοιχα(See et al., 2018).

Παρόλο που η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται σε εκατοντάδες παράγοντες, έρευνες όπως στο πλαίσιο της ετήσιας έκθεσης Physician Lifestyle Report, το Medscape ζητά από τους γιατρούς να καταγράψουν μέσα από έναν κατάλογο πιθανών αιτιών επαγγελματικής εξουθένωσης τους σημαντικότερους και να τους κατατάξουν ανάλογα με την τη σημασία τους. Τα τελευταία πέντε χρόνια, "πάρα πολλά γραφειοκρατικά καθήκοντα (π.χ. καταγραφή διαγραμμάτων, γραφειοκρατία)", "υπερβολικά πολλές ώρες εργασίας" και "αυξανόμενη μηχανοργάνωση της πρακτικής (ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας)", έχουν καταταχθεί σταθερά ως τρεις από τους τέσσερις κορυφαίους παράγοντες (Medscape Lifestyle Report 2017).

Η επαγγελματική ικανοποίηση μεταξύ των ιατρών συσχετίζεται με την αντίληψη της παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας. Εμπόδια όπως ανεπαρκής υποστήριξη από την ηγεσία, εμπόδια στην πληρωμή των παρεχόμενων υπηρεσιών λειτούργησαν ως πηγές επαγγελματικής δυσαρέσκειας και επομένως ως εμπόδια στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. Η καθιέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας με την παράλληλη εξέλιξη των πληροφοριακών συστημάτων παρόλο που αυξάνουν την αντίληψη προσφοράς υψηλής ποιότητας φροντίδας συνέβαλε στην πραγματικότητα στην επαγγελματική δυσαρέσκεια με πολλούς τρόπους. Η αύξηση της χρήσης της νέας τεχνολογίας, οι χρονικοί περιορισμοί, η επιρροή της τεχνολογίας στην σχέση του πάροχου με τον ασθενή, η επιρροή στην εκπλήρωση της εργασίας , και η επιδείνωση της ποιότητας της κλινικής τεκμηρίωσης που αποδίδεται στην εφαρμογή αυτών των συστημάτων έχουν αναφερθεί ότι σχετίζονται με την απογοήτευση και την εξουθένωση(Bridgeman PJ et al.,2018).

Οι νοσηλευτές είναι από τους επαγγελματίες που πλήττονται περισσότερο από την επαγγελματική εξουθένωση και για το λόγο αυτό έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες μελέτες για τον εντοπισμό κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου. Έχουν αξιολογηθεί ορισμένοι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, ψυχολογικοί παράγοντες όπως τα πέντε μεγάλα

χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, και επαγγελματικοί παράγοντες όπως η προϋπηρεσία, η ικανοποίηση από την εργασία, οι οικονομικές απολαβές τους, το τμήμα που εργάζονται, τα νοσηλευτικά τους καθήκοντα και ο τύπος των ασθενών που νοσηλεύουν (Vargas C et al., 2014). Ακόμη πρόσφορο έδαφος για επαγγελματική εξουθένωση αποτελούν εργασιακές συνθήκες όπως: φόρτος εργασίας, ηγεσία/διοίκηση, συναισθηματικό κόστος της φροντίδας, υψηλές ευθύνες, χαμηλό επίπεδο λήψης αποφάσεων, έλλειψη ανταμοιβής, εξελιγμένες τεχνολογίες, περικοπές του προϋπολογισμού και εκ περιτροπής εργασία (Mc Vicar A. 2003).

Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με συχνές απουσίες των νοσηλευτών από την εργασία τους, αλλά και με εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Lee et al, 2004).

Μελέτες στο νοσηλευτικό προσωπικό έδειξαν ότι τα υψηλά ιδανικά, οι αντικρουόμενες αξίες και η έλλειψη σαφήνειας σχετικά με τα καθήκοντα και τους στόχους τους καθιστούν ευάλωτους στην ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ η "χαρισματική ηγεσία", η πνευματική διέγερση και η ενδεχόμενη ανταμοιβή αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες (Stordeur et al. 2001).

Από τις δημογραφικές παραμέτρους η ηλικία συσχετίζεται συστηματικά με την εξουθένωση ενώ οι νεότεροι εργαζόμενοι φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό εξουθένωσης. Όσον αφορά στο φύλο τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αλληλοσυγκρουόμενα αν και συχνότερα μελέτες δείχνουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στις γυναίκες για τις οποίες ο γάμος φαίνεται να έχει προστατευτική επίδραση. Τέλος στους παράγοντες που συστηματικά εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση περιλαμβάνονται η υποστήριξη από το σύζυγο ή τη σύζυγο και η ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της οικογενειακής ζωής (Παππά Ε και συν., 2008).

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που συσχετίζονται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση, περιλαμβάνονται η καλή ψυχική διάθεση, η ενδυνάμωση, η ενσυναίσθηση, η ανθεκτικότητα στο stress, το άγχος και η αίσθηση αποτελεσματικότητας (Παππά Ε και συν., 2008). Μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός επαγγελματία υγείας μπορεί να είναι προγνωστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης, επειδή μπορεί να σχετίζονται με την επίλυση προβλημάτων και τις στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων

καταστάσεων στον εργασιακό του χώρο. Άτομα με "νευρωσικό" χαρακτήρα είναι πιο πιθανό να πιέζουν τον εαυτό τους σκληρά στην εργασία τους, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο νευρωτισμός έχει θεωρηθεί ως "αρνητική συναισθηματικότητα", καθώς μπορεί να συσχετιστεί με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία που σχετίζεται με την ανησυχία για κακή επαγγελματική επίδοση και, ως εκ τούτου, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα ψυχικής υγείας (Hudek-Knežević J et al.,2006).

Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία είναι πιο αφοσιωμένοι και ανθεκτικοί όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν απρόβλεπτες και στρεσογόνες καταστάσεις, εκδηλώνοντας χαμηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης. Άλλες μελέτες, ωστόσο, δείχνουν ότι οι ίδιοι εργαζόμενοι γίνονται πιο αναισθητοί και αποστασιοποιημένοι με σκοπό να προστατεύσουν την ψυχική τους υγεία από την από την συναισθηματική εξάντληση που προκαλεί η συνεχής επίδειξη συμπόνιας (Vidotti V et al.,2018).

Οι επαγγελματίες υγείας εξαιτίας της φύσεως της δουλειάς τους εκτίθενται σε πληθώρα συναισθημάτων που δημιουργούν αφόρητη πίεση και ψυχική δυσφορία στην προσπάθεια διάσωσης του ασθενούς, ενός αισθήματος αποτυχίας και απογοήτευσης όταν η πορεία του ασθενούς εξελίσσεται αρνητικά, και αισθημάτων αδυναμίας ενάντια σε δύσκολες περιπτώσεις και συναφείς απώλειες. Επιπλέον η θλίψη, ο φόβος και η αβεβαιότητα που προκύπτουν στην κλινική πρακτική, προκαλούν αγωνία και συμβάλλουν στη υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και εργασιακής κόπωσης(Kumar S 2016).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Demir et al.,2003 που διεξήχθη σε νοσηλευτές ενός πανεπιστημιακού και ενός γενικού νοσοκομείου βρέθηκε ότι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, η μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία και η υψηλότερη θέση στην ιεραρχία μειώνουν την επαγγελματική εξουθένωση, ενώ οι νυχτερινές βάρδιες την αυξάνουν. Επιπλέον, προβλήματα στις σχέσεις με τους συναδέλφους, στις προσωπικές τους σχέσεις, προβλήματα που προέρχονται από την ανατροφή των παιδιών, προβλήματα υγείας, οικονομικές δυσκολίες και κακές συνθήκες εργασίας οδηγούν σε υψηλά ποσοστά εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αξιοσημείωτο είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου παρουσίασε

χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης εξαιτίας της μεγαλύτερης αυτονομίας στην εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Σύμφωνα με την έρευνα των Zhu W et al., (2006) οι νοσηλευτές παθολογικών και χειρουργικών τομέων παρουσιάζουν υψηλό βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης. Στα τμήματα αυτά ο υψηλός φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με τους γρήγορους ρυθμούς, το αίσθημα της ευθύνης, η έλλειψη αυτοφροντίδας των ασθενών, καθώς και η ανεπάρκεια κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν τους κυριότερους αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Όσον αφορά τις ΜΕΘ μελέτη έδειξε ότι το συνολικό ποσοστό εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι 6-47%, με 25-61% στον τομέα της συναισθηματικής εξάντλησης, 19-45,5% στον τομέα της αποπροσωποποίησης και 6-59% στον τομέα της μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης. Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ανέφερε επίσης ότι το ποσοστό εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στις τρεις υποκατηγορίες ήταν 61%, 44% και 51% αντίστοιχα (Chuang CH et al., 2016).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία σε 165 ΜΕΘ και περιελάμβανε 978 ιατρούς και 2392 νοσηλευτές, διαπιστώθηκε πως το περιβάλλον της μονάδας είναι το περισσότερο στρεσογόνο μεταξύ των άλλων τμημάτων ενός νοσοκομείου με αποτέλεσμα να παρατηρούνται τα υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο φόρτος εργασίας των ιατρών της ΜΕΘ απαιτεί έντονη σωματική καταπόνηση, επιτρέπει ελάχιστη ανάπαυση και ώρες ύπνου και οδηγεί σε αύξηση κάποιων δεικτών (κετονουρία, αρρυθμία ή ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού) ένδειξη μη φυσιολογικού στρες. Με βάση την έρευνα το υψηλό ποσοστό εξουθένωσης σχετίζεται με τον μεγάλο αριθμό των εφημεριών ανά μήνα, τη μεγάλη καθυστέρηση από την τελευταία εβδομάδα μη εργασίας και την εφημερία την προηγούμενη ημέρα της έρευνας. Η ίδια μελέτη αναφερόμενη σε άλλες έρευνες επισημαίνει ότι η φτωχή οργάνωση της εργασίας, ασυμφωνίες στις εργασιακές απαιτήσεις, η έλλειψη πόρων, ο αριθμός των θανάτων στη ΜΕΘ, οι συγκρούσεις με συναδέλφους και με τους συγγενείς των ασθενών, η σχέση με τους ανωτέρους, η φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν, ο μεγάλος αριθμός αποφάσεων για συνέχιση ή διακοπή θεραπειών που διατηρούν τη ζωή συσχετίζονται θετικά με την εμφάνιση του συνδρόμου (Embriaco N et al., 2007).

Σε μια μεγάλη πολυεθνική μελέτη για τις ΜΕΘ, οι συγγραφείς εντόπισαν ότι η προσωπική εχθρότητα, η δυσπιστία και τα κενά επικοινωνίας αποτελούν τις πιο κοινές συμπεριφορές που προκαλούν διεπαγγελματικές συγκρούσεις και στόχευσαν έξι ανεξάρτητους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του φόρτου εργασίας, του μεγέθους της ΜΕΘ, του ελέγχου των συμπτωμάτων, της διαχείρισης του τέλους της ζωής, και των συνεδριάσεων του προσωπικού της μονάδας για μελλοντική παρέμβαση (Azoulay E et al., 2009). Η αδυναμία να ενεργήσει κάποιος σύμφωνα με τις βασικές του αξίες λόγω εσωτερικών και εξωτερικών περιορισμών και εξαιτίας αυτού, η ηθική δυσφορία που προκαλείται, συνδέεται στενά με τις διαπροσωπικές συγκρούσεις και συμβάλλει στη συναισθηματική εξάντληση και την επαγγελματική εξουθένωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις ΜΕΘ (Fumis RRL et al., 2017).

Σε έρευνα των Μουστάκα και συν (2010) σε 328 Έλληνες νοσηλευτές σε νοσοκομεία της πρωτεύουσας και της επαρχίας μελετήθηκε η κοινωνική αναγνώριση ως παράγοντας επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας “μειωμένη κοινωνική αναγνώριση” όταν υφίσταται για το νοσηλευτικό προσωπικό των ελληνικών νοσοκομείων, συμβάλλει στην αύξηση της έντασης του εργασιακού στρες και οδηγεί τους νοσηλευτές στο να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους (Μουστάκα Ε και συν., 2010).

Οι Καρύδας και συν 2004 μελέτησαν το βαθμό ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομείων των νησιών του Αιγαίου, συμπεριλαμβάνοντας όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον της εργασίας και μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως η σπουδαιότητα της εκπαίδευσης, η αυτονομία των νοσηλευτών και η ισότητα στις ευκαιρίες ανέλιξης στον εργασιακό χώρο.

Οι ερευνητές Jaracz K., et al., (2005) μελετώντας νοσηλευτές από γενικά, νευρολογικά, και ψυχιατρικά τμήματα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, ο βαθμός πίεσης που δέχονται οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματος είναι τόσο μεγάλος ώστε συντείνει στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών και αυτό με την σειρά του σύμφωνα με τους Pompili M et al., (2006) μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή ακόμη και σε απόπειρα αυτοκτονίας.

Τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης των Κύπριων νοσηλευτών ψυχικής υγείας το 2010 φάνηκε να είναι χαμηλότερα συγκριτικά με αυτά άλλων Ευρωπαϊκών χωρών με πιθανή εξήγηση ότι οι μισθοί στην Κύπρο ήταν υψηλότεροι συγκριτικά με τις άλλες χώρες με βάση στοιχεία που προέκυψαν μετά από τη συλλογή δεδομένων λίγο πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση. Η ανισορροπία μεταξύ προσπάθειας και αμοιβής συνδέεται με την ψυχολογική δυσφορία των νοσηλευτών και κατ' επέκταση την επαγγελματική εξουθένωση (Karanikola M et al., 2013). Όταν οι νοσηλευτές αμείβονται με έναν ικανοποιητικό μισθό είναι περισσότερο αφοσιωμένοι και αποτελεσματικοί στην εκτέλεση των καθηκόντων τους. Αυτό το εύρημα συνδέεται με την επαγγελματική αναγνώριση, η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη, η πίστη στην αξία και στις ικανότητες του επαγγελματία υγείας ενισχύεται με αποτέλεσμα ο κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης να είναι μικρότερος. (Bacha A et al., 2015).

Σε μελέτη των Wisetborisut et al., 2014, διαπιστώθηκε ότι η εκ περιτροπής εργασία στον τομέα της υγείας συνδέεται με την επαγγελματική εξουθένωση. Ο συνολικός επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν 22%. Αναλυτικότερα στους εργαζόμενους σε βάρδιες ο επιπολασμός του συνδρόμου ήταν 25% σε σύγκριση με 15% στους μη εργαζόμενους σε βάρδιες. Τα περισσότερα χρόνια εργασίας σε βάρδιες συσχετίστηκαν με αυξημένες πιθανότητες επαγγελματικής εξουθένωσης, οι νοσηλευτές που εργάζονταν με βάρδιες και είχαν τουλάχιστον 8 ημέρες ρεπό το μήνα είχαν λιγότερα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ οι περισσότερες ώρες ύπνου ανά ημέρα συσχετίστηκαν με χαμηλότερες πιθανότητες εκδήλωσης του φαινομένου μεταξύ των εργαζομένων σε βάρδιες.

Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών σε μελέτη που έγινε στην Ιαπωνία λόγω της έλλειψης νοσηλευτών και της μεγάλης μέσης διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο λόγω της εργασίας (διευρυμένο ωράριο) παρουσιάζει αυξημένο επιπολασμό σε σύγκριση με τη Βόρεια Αμερική και ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες. Η πλειονότητα των νοσοκομείων στην Ιαπωνία απαιτεί από τους νοσηλευτές να εργάζονται τρεις εναλλασσόμενες 8ωρες βάρδιες και η εβδομάδα εργασίας μπορεί να εκτείνεται σε 5,5 ημέρες την εβδομάδα. Η εκ περιτροπής εναλλαγή νυχτερινής και ημερήσιας βάρδιας είναι μια δύσκολη διαδικασία προσαρμογής που έχει ως αποτέλεσμα την σωματική εξάντληση και καθιστά τις προσωπικές και οικογενειακές διευθετήσεις πηγή άγχους και κόπωσης. Προηγούμενη έρευνα σχετικά με την

επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στην Ιαπωνία υποδηλώνει μια συσχέτιση μεταξύ υψηλότερης επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και των αντιλήψεων των νοσηλευτών για ανεπαρκή στελέχωση και περισσότερες ώρες εργασίας(Kanai-Pak M et al.,2008).

Αναφερόμενοι σε έρευνες που εξετάζουν τις επιπτώσεις της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας παρατηρείται το εξής : Οι εργαζόμενοι σε βάρδιες αναφέρουν συνήθως ψυχολογικά παράπονα, όπως κακή διάθεση, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, άγχος, αλλαγές στην προσωπικότητα και δυσκολία στις προσωπικές σχέσεις. Πληθαίνουν οι ενδείξεις ότι οι πολλές ώρες εργασίας και η εργασία σε βάρδιες συνδέονται με λάθη στην παροχή φροντίδας των ασθενών(Rohr SM et al.,2003).

Αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι οι πολλές ώρες εργασίας συνδέονται με αυξημένη κόπωση, κακή διάθεση, κακή αποκατάσταση από την εργασία και μειωμένη αντιλαμβανόμενη προσωπική υγεία (Van der Hulst M et al.,2006).

Σε σύγκριση με τις ημερήσιες βάρδιες, οι κίνδυνοι ιατρικών σφαλμάτων είναι κατά 15% υψηλότεροι για τις απογευματινές βάρδιες και κατά 28% υψηλότεροι για τις νυχτερινές βάρδιες. Σε σύγκριση με τις 8ωρες βάρδιες, οι 10ωρες βάρδιες αυξάνουν τον κίνδυνο λαθών κατά 13% και οι 12ωρες βάρδιες αυξάνουν τον κίνδυνο κατά 28%. Ο κίνδυνος αυξήθηκε κατά 17% για την τρίτη διαδοχική νυχτερινή βάρδια και κατά 36% για την τέταρτη. Επίσης ο Dembe και συν.,2005, αναφέρουν ότι καθώς αυξάνονται οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας, τα ποσοστά τραυματισμών των εργαζομένων αυξάνονται και εκτιμούν ότι ο υψηλότερος κίνδυνος είναι για τις βάρδιες που είναι τόσο μεγάλες όσο και κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν περιορίζονται μόνο στην προσωπική ευεξία των επαγγελματιών υγείας αλλά αυξάνουν και τις πιθανότητες εμπλοκής τους σε ιατρικά σφάλματα. Στους νοσηλευτές τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά τόσο θνησιμότητας των ασθενών όσο και διάδοσης νοσοκομειακών λοιμώξεων . Στους φοιτητές ιατρικής, η επαγγελματική εξουθένωση έχει συνδεθεί με λανθασμένες κλινικές πρακτικές, μειωμένη ενσυναίσθηση και κατάχρηση αλκοόλ. Τα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών συσχετίζονται επίσης με χαμηλότερες αξιολογήσεις ικανοποίησης των ασθενών(Reith T.,2018).

Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί πολλές φορές σε μεγαλύτερη εργασιακή εναλλαγή και αυξημένες σκέψεις παραίτησης μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών(Leiter M et al.,2009). Έχει επίσης ως αποτέλεσμα τη μείωση της αποδοτικότητας του εργατικού δυναμικού. Η απώλεια παραγωγικότητας λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών όπως καταγράφηκε σε μια πρόσφατη μελέτη της Mayo Clinic ισοδυναμεί με την εξάλειψη επτά ολόκληρων τάξεων αποφοίτων της ιατρικής σχολής. Επομένως η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να συμβάλει στην ήδη επικείμενη έλλειψη ιατρών και νοσηλευτών(Shanafelt TD et al.,2016).

Σε μια μελέτη, εξετάστηκε η επίδραση της στελέχωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και της επαγγελματικής εξουθένωσης στις λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και του χειρουργικού τραύματος που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Τα ευρήματά επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση μεταξύ της στελέχωσης των νοσηλευτών και των ποσοστών λοιμώξεων που εμφανίστηκαν, καθώς λιγότερες λοιμώξεις καταγράφηκαν σε νοσοκομεία στα οποία οι νοσηλευτές φροντίζουν λιγότερους ασθενείς. Η ύπαρξη υψηλότερου ποσοστού λοιμώξεων σε νοσοκομεία στα οποία οι νοσηλευτές φροντίζουν περισσότερους ασθενείς φαίνεται να σχετίζεται, εν μέρει, με την υψηλή επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών που συνδέεται με το μεγαλύτερο φόρτο εργασίας των ασθενών. Επιπλέον εικάζεται ότι η γνωστική αποστασιοποίηση που συνδέεται με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκείς πρακτικές υγιεινής των χεριών καθώς και παραλείψεις σε άλλες διαδικασίες ελέγχου των λοιμώξεων μεταξύ των νοσηλευτών (Cimiotti JP et al.,2012).

Η επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών έχει σημασία επειδή συνδέεται με αρνητικές συνέπειες στη φροντίδα των ασθενών, με το εργατικό δυναμικό των γιατρών και στο κόστος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης καθώς και στη φροντίδα και την ασφάλεια των ίδιων των γιατρών. Όσον αφορά τη φροντίδα των ασθενών έχουμε χαμηλής ποιότητας φροντίδα, ιατρικά λάθη, παράταση στη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών. Σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας παραίτηση και αντικατάσταση των ιατρών, μειωμένη παραγωγικότητα από πλευράς των ιατρών, αύξηση του κόστους νοσηλείας, μικρότερη πρόσβαση ασθενών. Τέλος όσον αφορά τους ίδιους παρατηρείται

κατάχρηση ουσιών, κατάθλιψη/ αυτοκτονικός ιδεασμός, φτωχή αυτοφροντίδα(West CP et al.,2018).

Τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης -ιδιαίτερα η στενή θεώρηση των πραγμάτων, η εξασθενημένη μνήμη, η μειωμένη προσοχή και η θεώρηση των ανθρώπων ως αντικείμενα- μπορεί εύκολα να οδηγήσει σε ιατρικά λάθη. Και κάθε χρόνο, περίπου 250.000 ασθενείς πεθαίνουν στις ΗΠΑ εξαιτίας ιατρικού λάθους: "*το περίπου ισοδύναμο, ας πούμε, με τη συντριβή ενός τζετ τζάμπο κάθε μέρα*" (Fred HL et al.,2018).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρονται τόσο στη φυσική κατάσταση και την ψυχική ισορροπία του επαγγελματία υγείας, όσο και στη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία και στην κοινωνική και προσωπική του ζωή. Το φαινόμενο ενέχει θέματα εργασιακής ασφάλειας, ικανοποίησης και στελέχωσης του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, καθώς επίσης θέματα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Συσχετίσεις έχουν γίνει με την αυξημένη συχνότητα λαθών και μετεγχειρητικών επιπλοκών, την αυξημένη θνητότητα χειρουργημένων ασθενών, την ανεπάρκεια στη στελέχωση, με τη μειωμένη παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας, τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και την προσφορά χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών(Δημητρόπουλος και συν.,2008).

Με δεδομένα τα παραπάνω η επαγγελματική εξουθένωση αναγνωρίζεται ολοένα και συχνότερα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με τον Οργανισμό Έρευνας και Ποιότητας Υγείας να εκτιμά ότι η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει το 10-70% των νοσηλευτών και το 30-50% των γιατρών. Η υγειονομική περίθαλψη ασκεί πολλές πιέσεις στους επαγγελματίες υγείας συμπεριλαμβανομένων των προκλήσεων της κλινικής εργασίας, των χρονικών περιορισμών, των ανταγωνιστικών απαιτήσεων, της έλλειψης ελέγχου των διαδικασιών της εργασίας και του προγραμματισμού, καθώς και των αντικρουόμενων ρόλων και σχέσεων με την ηγεσία (Bridgeman PJ et al., 2018).

Η εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας δείχνει συχνά ότι τα συστήματα βρίσκονται υπό ισχυρή πίεση επηρεάζοντας αρνητικά τα άτομα. Ο στρεσογόνος παράγοντας και το άτομο πρέπει να αλλάξει. Εργασιακές απαιτήσεις υπερβολικά μεγάλες που θα οδηγούσαν τον καθένα σε κατάρρευση πρέπει να αμφισβητηθούν και να αλλάξουν αμέσως, αν και αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Η διοίκηση των

νοσοκομείων , η διεύθυνση της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής έχουν όλοι κοινή ευθύνη για τη βελτίωση του συστήματος, ώστε να εξαλειφθούν τα βαθύτερα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτός ο ευγενής στόχος, ωστόσο, μπορεί να χρειαστεί δεκαετίες. Εν τω μεταξύ, πρέπει να φροντίσουμε τον εαυτό μας και τους συναδέλφους μας στο συντομότερο χρονικό πλαίσιο της καριέρας και της ζωής μας(Nunn Ket al.,2019).

Ποιότητα της επαγγελματικής ζωής

Ιστορική αναδρομή και Εννοιολογική προσέγγιση .

Η εργασία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή κάθε ανθρώπου. Καθώς οι εργαζόμενοι ξοδεύουν πολύ χρόνο και ενέργεια στην εργασίας τους, είναι σημαντικό ο οργανισμός να τους παρέχει μια καλύτερη επαγγελματική ποιότητα ζωής, ώστε να είναι ικανοποιημένοι με τη ζωή τους στην εργασία. Η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στην οικονομία τον 21^ο αιώνα οδήγησε προς την κατεύθυνση των υπηρεσιών και των τεχνολογιών της πληροφορίας, καθιστώντας έτσι την εργασία των εργαζομένων το πιο πολύτιμο περιουσιακό στοιχείο του οργανισμού(Narehan H.,et al 2014).

Η συνειδητή προσπάθεια του ατόμου με στόχο την ικανοποίηση υλικών και πνευματικών αναγκών αποτελεί τον ορισμό της εργασίας. Η εργασία έχει ατομικό και κοινωνικό χαρακτήρα και μέσω αυτής ο εργαζόμενος ικανοποιεί τις υλικές του ανάγκες, καλλιεργεί το πνεύμα του και βιώνει και το αίσθημα της δημιουργίας(Διαμαντόπουλος Δ.2005).

Σε έναν οργανισμό προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού περιλαμβάνει τις δραστηριότητες της επιλογής, πρόσληψης, της αποδοχής, της ανάπτυξης και αξιοποίησης του. Οι οργανωτικοί στόχοι ενός οργανισμού μπορούν να επιτευχθούν όταν οι υπάλληλοι με την εργασία τους είναι σε θέση να επιδείξουν καλή απόδοση, προσοχή να εφαρμόζουν τους κανονισμούς και τις διαδικασίες και να εκτελούν τα καθήκοντα τους χωρίς επίβλεψη και όταν προσπαθούν να επιτύχουν τα καλύτερα αποτελέσματα. Η επίτευξη της καλύτερης απόδοσης μπορεί να πραγματοποιηθεί με την ανάπτυξη της ποιότητας της

εργασιακής ζωής. Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής και η βελτίωση της αποτελεί ίσως ένα από τα κυριότερα προβλήματα που χρήζει της προσοχής του οργανισμού και αυτό επειδή με την ποιότητα της εργασιακής ζωής, μια εταιρεία ή ένας οργανισμός μπορεί να απολαμβάνει αυξημένη παραγωγικότητα και να αποκτήσει υψηλότερες ευκαιρίες ανάπτυξης σύμφωνα με την καλύτερη συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού της (Suwandi G et al.,2020).

Η ποιότητα της εργασιακής ζωής είναι μια σύνθετη, πολυδιάστατη και γενική έννοια. Η πλειονότητα της διαθέσιμης βιβλιογραφίας σχετικά με ποιότητα της εργασιακής ζωής προέρχεται από βιομηχανικούς και οργανωτικούς κλάδους. Στα τέλη της δεκαετίας του 1960 χρησιμοποιείται για πρώτη φορά η έκφραση «ποιότητα επαγγελματικής ζωής» από τον Irving Bluestone στην General Motors, προκειμένου να περιγράψει τον βαθμό ικανοποίησης των εργαζομένων οι οποίοι είχαν τη δυνατότητα να λαμβάνουν μέρος στη λήψη των αποφάσεων σχετικά με την εργασία τους έτσι ώστε να αναπτύξει προγράμματα αύξησης της παραγωγικότητας (Good D.1989).

Ο όρος "ποιότητα της επαγγελματικής ζωής" εμφανίστηκε στο ερευνητικά και δημοσιογραφικά περιοδικά στις Ηνωμένες Πολιτείες τη δεκαετία του 1970 και ο όρος ποιότητα της εργασιακής ζωής εισήχθη από τον Louis Davis στο πρώτο διεθνές συνέδριο για την ποιότητα της εργασιακής ζωής που πραγματοποιήθηκε στο Τορόντο το 1972 (Reddy L. 2010). Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής έχει τις ρίζες της στις θεωρίες των Maslow, Herzberg και McGregor, των οποίων προηγήθηκαν θεωρίες σχετικά με την ανάγκη για εκπλήρωση, καθώς και η θεωρία των αναγκών παρακίνησης του Abraham Maslow. Ο Walton το 1973 πρόσθεσε τις καλές συνθήκες εργασίας, την ανάπτυξη των ανθρώπινων ικανοτήτων, την εκτίμηση των ικανοτήτων, τις ευκαιρίες για χρήση αυτών και την εργασιακή πρόκληση για την ολοκλήρωση των αναγκών της αυτοπραγμάτωσης στην ιεραρχία των αναγκών (Reddy L. 2010).

Ο Beinum (1974) έχει ορίσει *“την επαγγελματική ποιότητα ζωής από την άποψη της σχέσης μεταξύ του ανθρώπου και της εργασίας του”*.

Ο Boisvert (1977) την όρισε ως: *“σύνολο πολύτιμων συνεπειών της εργασιακής ζωής που επηρεάζουν τα άτομα, τον οργανισμό και την κοινωνία”*.

Οι Suttle και Hackman (1977) όρισαν την ποιότητα επαγγελματικής ζωής ως: «το βαθμό στον οποίο τα μέλη ενός οργανισμού/ επιχείρησης είναι σε θέση να ικανοποιήσουν σημαντικές προσωπικές ανάγκες, μέσω των εμπειριών τους στον εργασιακό χώρο».

Ο Lippitt (1978) αναφέρει την ποιότητα επαγγελματικής ζωής ως «το βαθμό που η εργασία παρέχει τη δυνατότητα σε ένα άτομο να ικανοποιεί ένα μεγάλο αριθμό προσωπικών αναγκών, να συναναστρέφεται με άλλους, να έχει την αίσθηση της προσωπικής χρησιμότητας, να αναγνωρίζεται για τα κατορθώματά του και να βελτιώνει τις γνώσεις και τις δεξιότητές του».

Ο Carlson (1981) θεώρησε ότι η επαγγελματική ποιότητα ζωής είναι ένας στόχος (δέσμευση του οργανισμού για τη βελτίωση της εργασίας), μια διαδικασία(εμπλοκή των ανθρώπων εντός του οργανισμού για την υλοποίηση αυτών των στόχων μέσω ατομικών και οργανωτικών αναπτυξιακών μεθόδων στη διαδικασία), και μια φιλοσοφία (αναγνώριση της αξιοπρέπειας των ατόμων μέσα στην οργάνωση)''.

Οι Nadler και Lawler (1983) προσπάθησαν να εμβαθύνουν εκτενώς στην έννοια της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής και κατέληξαν σε πιθανούς ορισμούς της ποιότητας επαγγελματικής ζωής(ΠΕΖ). Η ΠΕΖ θεωρήθηκε (i) μια μεταβλητή (1969-1972), (ii) μια προσέγγιση (1969-1975), (iii) μια μέθοδος(1972-1975), (iv) ένα κίνημα (1975-1980), (v) τα πάντα (1979-1982) και (vi) τίποτα. Είναι ένας τρόπος σκέψης για τους ανθρώπους, την εργασία και την οργάνωση.

Οι Kiernan & Knutson (1990) δηλώνουν ότι ένα άτομο καθορίζεται, σχεδιάζεται και αξιολογείται από τον εαυτό του. Είναι η ερμηνεία του ίδιου του ατόμου για το ρόλο του στο χώρο εργασίας και η αλληλεπίδραση αυτού του ρόλου με τις προσδοκίες των άλλων. Κάθε άτομο διαφέρει το ένα από το άλλο ανάλογα με την ηλικία του, το στάδιο της σταδιοδρομίας του και τη θέση του στον οργανισμό.

Οι Dana και Griffin (1999) θεωρούν την ποιότητα επαγγελματικής ζωής σαν μία ιεραρχία αναγκών-πυραμίδα όπου στην κορυφή της βρίσκεται η ικανοποίηση από την ζωή , στο μέσον της πυραμίδας η ικανοποίηση συνολικά από την εργασία, και στη βάση της η ικανοποίηση από πτυχές της εργασίας, όπως η αμοιβή, οι συνεργάτες, οι προϊστάμενοι, οι συνθήκες της εργασίας.

Σύμφωνα πάλι με τον Lau (2001), η ποιότητα εργασιακής ζωής αναφέρεται στο *«ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον που υποστηρίζει και προάγει την ικανοποίηση, παρέχοντας στους εργαζόμενους ανταμοιβές, επαγγελματική ασφάλεια και ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης»*.

Ο Sirgy et al (2001) ορίζουν την ικανοποίηση των εργαζομένων από ανάγκες ανώτερης τάξης και ανάγκες κατώτερης τάξης και πιο συγκεκριμένα ως *«την ικανοποίηση πληθώρας αναγκών από τους εργαζόμενους, μέσω των διαθέσιμων πόρων, των δραστηριοτήτων και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τη συμμετοχή στο χώρο εργασίας»*.

Οι Martel και Dupuis (2006) όρισαν την ποιότητα επαγγελματικής ζωής ως εξής: *«Η ποιότητα εργασιακής ζωής αντικατοπτρίζει την κατάσταση που βρίσκεται ένα άτομο σε μία δεδομένη στιγμή, όσον αφορά την επιδίωξη των στόχων του στον εργασιακό τομέα. Η μείωση της απόστασης που χωρίζει ένα άτομο από τους στόχους του αντανakλάται με μία θετική επίδραση στη γενική ποιότητα ζωής, στην απόδοση του ατόμου και κατά συνέπεια στη συνολική λειτουργία της κοινωνίας»*.

Η ποιότητα της εργασιακής ζωής περιγράφει την αντιλαμβανόμενη από το άτομο κατάσταση του εργασιακού περιβάλλοντος, είτε αυτό έχει καταφέρει ή όχι να ικανοποιήσει τις προσωπικές ανάγκες του ατόμου, έτσι ώστε το άτομο να αισθάνεται ικανοποιημένο με το εργασιακό περιβάλλον και να έχει καλά συναισθήματα απέναντι στην εργασία του. Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής θα ενισχύσει το αίσθημα ικανοποίησης στους εργαζόμενους που προέρχεται από τη μεταχείριση του οργανισμού, έτσι ώστε να έχουν την επιθυμία να παραμείνουν στον οργανισμό. Αλληλεπιδράσεις της διοίκησης που στοχεύουν στην εκπλήρωση των αναγκών των εργαζομένων αντικατοπτρίζονται στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής (Suwandhi G et al., 2020).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Εκπαίδευσης και Ανάπτυξης *«Η Ποιότητα Εργασιακής Ζωής είναι μια διαδικασία οργάνωσης της εργασίας που επιτρέπει στα μέλη της σε όλα τα επίπεδα να συμμετέχουν ενεργά και αποτελεσματικά στη διαμόρφωση του περιβάλλοντος, των μεθόδων και των αποτελεσμάτων των οργανισμών. Πρόκειται για μια διαδικασία βασισμένη σε αξίες, η οποία αποσκοπεί στην επίτευξη των διπλών στόχων της αυξημένης αποτελεσματικότητας του οργανισμού και της βελτιωμένης ποιότητας ζωής στην εργασία για τους εργαζόμενους»*.

Αλλού αναφέρεται ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής αποτελεί τη διαδικασία με την οποία ο οργανισμός προσπαθεί να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εργαζομένων μέσω μηχανισμών που επιτρέπουν στους οργανισμούς και στους εργαζόμενους να έχουν από κοινού ρόλο για να λαμβάνουν αποφάσεις στον χώρο εργασίας. Μια άλλη προσέγγιση ορίζει την ποιότητα της εργασιακής ζωής ως την ικανοποίηση των διάφορων αναγκών των εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένων των πόρων, των δραστηριοτήτων και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τη συμμετοχή στον χώρο της εργασίας. Τέλος μια άλλη άποψη αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται υπό την ευρεία έννοια από το πλαίσιο της ατομικής εργασιακής εμπειρίας, μέσω άμεσων και έμμεσων παραγόντων, ξεκινώντας από τις οργανωτικές πολιτικές έως την προσωπικότητα του εργαζομένου, από αισθήματα γενικής ευημερίας έως τις συνθήκες εργασίας και αυτό αποτελεί τον ορισμό της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής (Sirgy et al.,2001;Easton S et al.,2013).

Ο ANACT (εθνικός οργανισμός της Γαλλίας για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας) δίνει διαφορετικούς ορισμούς της έννοιας ποιότητας επαγγελματικής ζωής:

- *"Η ποιότητα ζωής στην εργασία αφορά πρωτίστως την εργασία, τις συνθήκες εργασίας και τη δυνατότητα που αυτές ανοίγουν ή όχι να "κάνει κανείς καλή δουλειά" σε καλή ατμόσφαιρα, στο πλαίσιο της οργάνωσής του".*

- *"Η ποιότητα ζωής στην εργασία αναφέρεται και ομαδοποιεί υπό τον ίδιο τίτλο τις δράσεις που καθιστούν δυνατή τη συμφιλίωση τόσο της βελτίωσης των συνθηκών εργασίας των εργαζομένων όσο και της συνολικής απόδοσης των επιχειρήσεων, ιδίως όταν οι οργανισμοί τους μετασχηματίζονται".*

- *"Η ποιότητα ζωής στην εργασία μπορεί να νοηθεί ως ένα αίσθημα ευημερίας στην εργασία που γίνεται αντιληπτό συλλογικά και ατομικά και περιλαμβάνει την ατμόσφαιρα, την εταιρική κουλτούρα, το ενδιαφέρον της εργασίας, τις συνθήκες εργασίας, το αίσθημα συμμετοχής, το βαθμό αυτονομίας και υπευθυνότητας, την ισότητα, το δικαίωμα να κάνουν λάθη που παρέχεται σε όλους, την αναγνώριση και την εκτίμηση της εργασίας που γίνεται."*

- *"Οι συνθήκες υπό τις οποίες οι εργαζόμενοι εκτελούν την εργασία τους και η ικανότητά τους να εκφράζονται και να ενεργούν με βάση το περιεχόμενο της καθορίζουν την προκύπτουσα αντίληψη της ποιότητας ζωής στην εργασία".(https://www.squadeasy.com/en/guide/quality-of-life-at-work/2022).*

Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής όπως είδαμε προηγουμένως έχει οριστεί από τους ερευνητές με διαφορετικούς τρόπους, αλλά τα αποτελέσματα που προέκυψαν έδειξαν παρόμοιες εξισώσεις όπως η ποιότητα της εργασίας, οι εργασιακές λειτουργίες, η ευημερία των εργαζομένων, η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων, το εργασιακό περιβάλλον, και η ισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και εργασιακών αποφάσεων ή η ισορροπία μεταξύ των αναγκών ελέγχου και της ικανότητας ελέγχου(Korunka C et al.,2008).

Μοντέλα ποιότητας επαγγελματικής ζωής

Από τη δεκαετία του 1970 οι ερευνητές έστρεψαν σταδιακά την προσοχή τους στην πιθανή επίδραση της εργασίας και στους άλλους τομείς της ζωής του ατόμου. Προέκυψαν λοιπόν διάφορα θεωρητικά μοντέλα της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής(Martel J& Dupuis G,2006).

Το Μοντέλο Μεταφοράς (ή εφέ της διάχυσης)

Πολλοί μελετητές αναφέρουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση επηρεάζει και άλλους τομείς της ζωής και το αντίστροφο(Georges και Brief, 1990). Οι Kavanagh και Halpern (1977),Schmitt και Bedian (1982) και Kornhauser (1965) διαπιστώνουν με τη σειρά τους ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της εργασίας και των άλλων τομέων της ζωής εκτός εργασίας. Ο Staines (1980) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι μόνο ορισμένοι τομείς της εργασιακής ζωής συσχετίζονται θετικά με άλλους εκτός εργασίας. Ο Rousseau (1978) υποστηρίζει ότι το μοντέλο μεταφοράς δεν ισχύει για όλα τα είδη των θέσεων εργασίας. Οι θέσεις εργασίας με ακραία χαρακτηριστικά (παρατεταμένη μοναξιά, καταπιεστικές φυσικές απαιτήσεις, κ.λπ.) ταιριάζουν καλύτερα με το μοντέλο αντιστάθμισης. Από την πλευρά τους, οι Leiter και Durup (1996) προσθέτουν ότι η επίδραση της διάχυσης μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της προσωπικής ζωής μπορεί να είναι είτε άμεση είτε έμμεση. Μια άμεση επίδραση μπορεί να παρατηρηθεί όταν μια αντικειμενική κατάσταση είτε της εργασιακής(αλλαγή του χώρου εργασίας) είτε της προσωπικής ζωής του ατόμου(άφιξη ενός νέου μωρού κ.λπ.) επηρεάζει το άλλο περιβάλλον χωρίς να εμπλέκεται η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου. Από την άλλη η αντίληψη του ατόμου ότι μια αντικειμενική κατάσταση δημιουργεί είτε άγχος ή ικανοποίηση, αποτελεί μια έμμεση επίδραση.

Το μοντέλο αποζημίωσης

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο όταν ένα άτομο δεν είναι ικανοποιημένο από την εργασία του, θα προσπαθήσει να αντισταθμίσει το αρνητικό αυτό αίσθημα μέσω δραστηριοτήτων εκτός εργασίας στην προσωπική του ζωή. (Rousseau, 1978- Schmitt και Bedian, 1982- Schmitt και Mellon, 1980- Staines, 1980). Η ανάλυση του Staines (1980) δείχνει ότι ορισμένοι τομείς της εργασιακής ζωής συσχετίζονται αρνητικά με τους τομείς εκτός εργασίας. Συγκεκριμένα τονίζει ότι οι εργαζόμενοι που έχουν σωματικά απαιτητικές εργασίες τείνουν γενικά να αναζητούν μη κουραστικές δραστηριότητες εκτός εργασίας, επιλέγοντας κυρίως δραστηριότητες αναψυχής, ώστε να μπορούν να αναρρώνουν καλύτερα. Με βάση την υπάρχουσα κριτική των μελετητών το μοντέλο αυτό προβλέπει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από την εργασία και της ικανοποίησης εκτός εργασίας, κάτι που η έρευνα σε γενικές γραμμές δεν φαίνεται να δείχνει.

Το μοντέλο τμηματοποίησης

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η επαγγελματική ζωή και η ζωή εκτός εργασίας δεν επηρεάζουν η μία την άλλη (Georges and Brief, 1990). Κατά τον Foucheret και συν (2003) το άτομο διέπεται από μια κατάσταση που αναφέρεται ως "ψυχολογική αποδέσμευση" " όταν καταφέρει να πετύχει την τμηματοποίηση αυτή ανάμεσα στην προσωπική και εργασιακή ζωή.

Το μοντέλο προσαρμογής

Το μοντέλο προσαρμογής συνίσταται στην εκούσια μείωση της προσπάθειας σε έναν τομέα δραστηριότητας προκειμένου το άτομο μπορέσει να ανταποκριθεί και στις απαιτήσεις ενός άλλου (Lambert, 1990). Για παράδειγμα οι μητέρες οφείλουν να βρίσκουν τις ισορροπίες μεταξύ της επαγγελματικής και προσωπικής ζωής ώστε να ανταποκριθούν με επιτυχία στις ανάγκες ανατροφής των παιδιών τους. Αυτό το μοντέλο ωστόσο, είναι κατάλληλο για όλο και περισσότερες κατηγορίες εργαζομένων, είτε ανδρών είτε γυναικών.

Οι Rekhi & Sharma (2019) αναφέρονται σε ένα ακόμα θεωρητικό μοντέλο των (Kerce & Booth-Kewley, 1993).

το οποίο είναι:

Το μοντέλο της ενσωμάτωσης

Σύμφωνα με το μοντέλο της ενσωμάτωσης η εργασία εξασφαλίζει τα οικονομικά μέσα, ενισχύει τις προσωπικές δεξιότητες, παρέχει δυνατότητες προσωπικής εξέλιξης και κοινωνικής αναγνώρισης. Η επαγγελματική ποιότητα ζωής αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της συνολικής ποιότητας ζωής.

Κλίμακες μέτρησης της επαγγελματικής ποιότητας ζωής

Η Ποιότητα της Εργασιακής Ζωής (ΠΕΖ) είναι μια πολύπλευρη έννοια, με πολλές διαστάσεις και τεράστιο ενδιαφέρον από τους ερευνητές ειδικά στις μέρες μας λόγω των συνεχώς αυξανόμενων απαιτήσεων του σύγχρονου εργασιακού περιβάλλοντος και της οικογενειακής δομής. Ο προσδιορισμός της ΕΠΖ περιλαμβάνει πάντα την αλληλεπίδραση μεταξύ του εργαζομένου, του περιεχομένου της εργασίας και του πλαισίου της εργασίας. Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται ένας μεγάλος αριθμός ερευνητικών εργαλείων που μελετούν διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής. (Bagtasos M,2011).

Κλίμακα Σχετιζόμενη με την Εργασιακή Ποιότητας Ζωής (Work-Related Quality of Life Scale- WRQoL)

Η Κλίμακα Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την εργασία (WRQoL) είναι μια τεκμηριωμένη κλίμακα μέτρησης της ποιότητας της εργασιακής ζωής και παρέχει βασικές πληροφορίες που απαιτούνται για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των εργαζομένων για χρήση στο σχεδιασμό παρεμβάσεων, την παρακολούθηση του εργατικού δυναμικού, της εμπειρίας του εργατικού δυναμικού και την αξιολόγηση της επίδρασης της οργανωτικής αλλαγής (Edwards J et al.,2008). Η κλίμακα WRQoL έχει αποδειχθεί ότι είναι μια ψυχομετρικά ισχυρή κλίμακα που βασίζεται σε 6 επιμέρους παράγοντες, με καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα(Simon E et al.,2018).

Αυτοί οι 6 παράγοντες χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη της κλίμακας WRQoL 23 στοιχείων και είναι: Ικανοποίηση από την εργασία και τη σταδιοδρομία, γενική ευημερία, άγχος στην εργασία, έλεγχος στην εργασία, διασύνδεση εργασίας με το

σπίτι και συνθήκες εργασίας. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται με τη χρήση μίας 5βαθμης κλίμακας Likert, η οποία κυμαίνεται από 1= “Διαφωνώ απόλυτα” έως 5= “Συμφωνώ απόλυτα”.

Κλίμακα Ποιότητας Εργασιακής Ζωής Νοσηλευτών (Quality of Nursing Work Life Scale-QNWL)

Η Κλίμακα Ποιότητας της Εργασιακής ζωής των Νοσηλευτών αναπτύχθηκε από την Beth A. Brooks στις ΗΠΑ το 2001 για τον προσδιορισμό της ποιότητας της εργασιακής ζωής αυτών. Η κλίμακα αποτελείται από 42 στοιχεία και έχει τέσσερις υποκλίμακες (οικιακή/ εργασιακή ζωή, Οργάνωση της εργασίας/σχεδιασμός, Συνθήκες εργασίας/ Συμπεριφορά και Εργασιακός κόσμος). Κάθε στοιχείο της αρχικής κλίμακας βαθμολογείται σε 6-βάθμια κλίμακα likert που κυμαίνεται από "διαφωνώ απόλυτα (1 βαθμός)" και "συμφωνώ απόλυτα (6 βαθμοί)". Μόνο το 20 στοιχείο έχει αντίστροφη κωδικοποίηση στην κλίμακα. Η ελάχιστη συνολική βαθμολογία είναι 42 και η μέγιστη είναι 252. Οι υψηλότερες συνολικές βαθμολογίες υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα της εργασιακής ζωής (Meltem S.2015).

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Εργασιακής Ζωής (Quality of Working Life Questionnaire)

Σύμφωνα με τον Walton (1973), ανεξάρτητα από το επάγγελμά τους, οι περισσότεροι εργαζόμενοι δεν είναι ευχαριστημένοι με τη ζωή τους στην εργασία. Οι υπεύθυνοι παράγοντες που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής των εργαζομένων στον εργασιακό περιβάλλον είναι πολλοί. Υπό αυτή την έννοια, ο Walton (1973) πρότεινε 8 παραμέτρους που επηρεάζουν το εν λόγω ζήτημα προκειμένου να μετρηθεί η μεταξύ τους σχέση και να αξιολογηθεί η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής και δημιούργησε το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο 35 ερωτήσεων το οποίο μεταφράστηκε από τον Fernades το 1996, και τροποποιήθηκε από τον Detoni το 2001 και τον Timmosi και συν το 2009 για να λάβει έτσι την τελική του μορφή . Αυτές οι παράμετροι είναι :1) Επαρκής και δίκαιη αποζημίωση 2) οι ασφαλείς και υγιείς συνθήκες εργασίας 3) η χρήση και ανάπτυξης των ανθρώπινων ικανοτήτων 4) ευκαιρία για ανάπτυξη και ασφάλεια 5) κοινωνική ενσωμάτωση στον εργασία 6) συνταγματικότητα στην εργασία 7) καταλαμβανόμενος χώρος από την εργασία στη ζωή, 8) Κοινωνική συνάφεια και σημασία της εργασίας.

Για τον προσδιορισμό της αντιλαμβανόμενης ποιότητας επαγγελματικής ζωής του εργαζομένου, χρησιμοποιείται 5βαθμη κλίμακα Likert, η οποία κυμαίνεται από 1= “Πολύ δυσαρεστημένος” έως 5= “Πολύ ικανοποιημένος”. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία στο σύνολο των ερωτήσεων, τόσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο ποιότητας εργασιακής ζωής (Fernandes et al., 2017).

Έρευνα εργασιακής ικανοποίησης (Job Satisfaction Survey)

Η έρευνα ικανοποίησης από την εργασία αναπτύχθηκε σε ανθρώπινες υπηρεσίες, δημόσιους και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς για να μετρήσει τις κύριες διαστάσεις της ικανοποίησης από την εργασία. Μέσω της ανάλυσης της βιβλιογραφίας για τις διαστάσεις της εργασίας, δημιουργήθηκαν εννέα υποκλίμακες για την αντιπροσώπευση του τομέα της ικανοποίησης που μετρούν την ικανοποίηση από τις μισθολογικές απολαβές, την προαγωγή του εργαζόμενου, τη σχέση με τους συναδέλφους, την επικοινωνία, τις πρόσθετες αμοιβές και προνόμια, την εποπτεία από τους προϊστάμενους την επικοινωνία και τα εργασιακά πρωτόκολλα.

Μια 6-βάθμια κλίμακα Likert χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της απάντησης που κυμαίνεται το “1” που αντιστοιχεί στο διαφωνώ πάρα πολύ έως το 6 που αντιστοιχεί στο συμφωνώ πάρα πολύ (Spector P.1985).

Συστημική απογραφή της ποιότητας της εργασιακής ζωής(Quality of Working Life Systemic Inventory (QWLSI)

Το ερωτηματολόγιο Quality of Working Life Systemic Inventory (QWLSI) το οποίο ανέπτυξαν οι Martel & Dupuis (2006). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 34 στοιχεία χωρισμένα σε οκτώ υποκλίμακες: αποζημίωση, επαγγελματική εξέλιξη, πρόγραμμα εργασίας, σχέση με συναδέλφους, σχέση με προϊστάμενους, φυσικό περιβάλλον, παράγοντες που επηρεάζουν την εκτίμηση των καθηκόντων και υποστήριξη των εργαζομένων. Κάθε στοιχείο του QWLSI μετριέται με τη χρήση μιας κλίμακας τύπου οπτικής αναλογικής κλίμακας. Η μία πλευρά του κύκλου αντιπροσωπεύει την ιδανική κατάσταση- η άλλη πλευρά αντιπροσωπεύει τη χειρότερη δυνατή κατάσταση. Οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν βέλη για να υποδείξουν τη θέση της τρέχουσας κατάστασης και μιας κατάστασης που θα θεωρούσαν ικανοποιητική, σε σχέση με ένα προκαθορισμένο ιδανικό. Στη συνέχεια,

οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό στον οποίο οι συνθήκες βελτιώνονται ή επιδεινώνονται και με ποιο ρυθμό (Bragard I et al.,2015).

Δείκτης μέτρησης Επαγγελματικού στρες(Occupational Stress Indicator (OSI)

Ο Δείκτης μέτρησης επαγγελματικού στρες (OSI) αναπτύχθηκε από τους Cooper, Sloan και Williams (1988) αποτελεί κλίμακα των 28 στοιχείων που έχει σχεδιαστεί για να μετρά τις θετικές και αρνητικές στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί ένα άτομο για να ξεπεράσει διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις. Χρησιμοποιείται μια εξαβάθμια κλίμακα τύπου όπου αναφέρονται οι στρατηγικές αντιμετώπισης :κοινωνική υποστήριξη, στρατηγικές καθήκοντος(επαναπροσδιορισμός καθηκόντων), η χρήση της λογική στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων, υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και η ενασχόληση με δραστηριότητες εκτός εργασίας, αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου και συμμετοχή (βαθμός εμπλοκής στα καθήκοντα που το οδηγούν σε αυξημένο άγχος)(Antoniou A et al.,2009).

Κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής (Professional Quality of Life Scale (ProQoL)

Αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής το οποίο θα χρησιμοποιήσουμε και στη μελέτη μας είναι το Professional Quality of Life Scale (ProQoL) της Stamm, (2005). Το συγκεκριμένο εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για επαγγελματίες που βοηθούν τον άνθρωπο όπως γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, δικηγόροι, παιδαγωγοί, ψυχολόγοι κλπ. Αποτελείται από 30 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται μέσω κλίμακας Likert (από 0= ποτέ έως 5= πολύ συχνά). Το ερωτηματολόγιο μετράει, την ικανοποίηση της συμπόνιας/ επαγγελματική ικανοποίηση, την εξουθένωση, και το δευτερογενές τραυματικό στρες (STS)/ κόπωση συμπόνιας, με δέκα ερωτήσεις για κάθε κλίμακα. Περαιτέρω ανάλυση του ερωτηματολογίου θα γίνει στο ειδικό μέρος της μελέτης μας.

Συστατικά στοιχεία - παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητας επαγγελματικής ζωής

Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής είναι ένα πολυδιάστατο κατασκεύασμα που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής για την εννοιολογική προσέγγιση και μέτρηση αυτής καθώς αποτελείται από έναν μεγάλο αριθμό αλληλένδετων παραγόντων-στοιχείων(Rethinam, 2008).

Πολλοί ερευνητές και θεωρίες προσπάθησαν να αποδώσουν την έννοια της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής και να προσδιορίσουν τα διαφορετικά είδη παραγόντων που την καθορίζουν (Mirvis και Lawle, 1984; Che Rose, 2006; Saraji και Dargahi, 2006; Rethinam και Maimunah, 2008; Stephen, 2012).

Ο Walton το 1973 περιέγραψε οκτώ παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής:

1. Επαρκής και δίκαιη αποζημίωση,
2. Ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες εργασίας,
3. Άμεση ευκαιρία χρήσης και ανάπτυξης των ανθρώπινων ικανοτήτων,
4. Ευκαιρία για συνεχή ανάπτυξη και ασφάλεια,
5. Κοινωνική ενσωμάτωση στον οργανισμό εργασίας,
6. Συνταγματικότητα στην οργάνωση της εργασίας,
7. Η εργασία και ο συνολικός χώρος ζωής και
8. Κοινωνική σημασία της εργασιακής ζωής.

Οι Levine, Taylor and Davis (1984) με την σειρά τους αναφέρθηκαν στους εξής παράγοντες:

1. Σεβασμός από τον προϊστάμενο και εμπιστοσύνη στην ικανότητα του εργαζομένου,
2. Αλλαγή εργασίας,
3. Πρόκληση της εργασίας,
4. Ευκαιρία μελλοντικής ανάπτυξης που απορρέουν από την τρέχουσα εργασία
5. Αυτοεκτίμηση
6. Ο βαθμός στον οποίο επιδρά η ζωή εκτός εργασίας στην εργασιακή ζωή
7. Συμβολή στην κοινωνία από την εργασία

Σύμφωνα τους Cunningham και Eberle, (1990) τα στοιχεία που είναι σχετικά με την ποιότητα της εργασιακής ζωής του ατόμου περιλαμβάνουν το έργο, το φυσικό περιβάλλον εργασίας, το κοινωνικό περιβάλλον εντός του οργανισμού, το διοικητικό σύστημα και τη σχέση μεταξύ της ζωής εντός και εκτός εργασίας.

Οι Baba και Jamal (1991)) προσδιόρισαν ως βασικά στοιχεία της επαγγελματικής ποιότητας ζωής την ικανοποίηση από την εργασία, τη συμμετοχή στην εργασία, την ασάφεια του εργασιακού ρόλου, την σύγκρουση εργασιακών ρόλων, την υπερφόρτωση εργασιακού ρόλου, το εργασιακό άγχος, την οργανωσιακή δέσμευση και την πρόθεση μεταστροφής-αλλαγής εργασίας (Nanjundeswaraswamy T et al., 2013).

Άλλοι συγγραφείς προτείνουν να συμπεριληφθούν στην έννοια αυτή περισσότεροι εργασιακοί παράγοντες: δίκαιη αμοιβή, ασφαλείς και υγιεινές εργασιακές και ψυχολογικές συνθήκες, γνώσεις και ευκαιρίες για την αξιοποίηση των δεξιοτήτων του ατόμου, κοινωνική ένταξη και σχέσεις, ισορροπία ζωής και εργασίας, σχεδιασμός και οργάνωση της εργασίας (Van de Looij, 1995).

Οι Lau και Bruce (1998) αναφέρουν την ασφάλεια εργασίας, τα συστήματα ανταμοιβής, την κατάρτιση, τις ευκαιρίες εξέλιξης της καριέρας και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Η εργασιακή ποιότητα ζωής είναι ο χώρος εργασίας, οι στρατηγικές ,οι λειτουργίες και το περιβάλλον που προάγουν και διατηρούν την ικανοποίηση των εργαζομένων.

Κατά παρόμοιο τρόπο ο Arts(2001),αναφέρει ότι η έννοια της ποιότητας της εργασιακής ζωής περιλαμβάνει τους ακόλουθους παράγοντες: ικανοποίηση από την εργασία, συμμετοχή στην εργασιακή απόδοση, κίνητρα, αποδοτικότητα, παραγωγικότητα, υγεία, ασφάλεια και ευημερία στην εργασία, άγχος, φόρτος εργασίας, εξουθένωση κ.λπ. Αυτοί οι αναφερόμενοι παράγοντες μπορούν να οριστούν ως τα σωματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα της εργασίας που επηρεάζουν τον εργαζόμενο.

Σε μία μελέτη των Ellis and Pompli (2002) που αφορούσε νοσηλευτές σε ένα νοσοκομείο της Καμπέρα της Αυστραλίας που επηρεάζουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής είναι το κακό εργασιακό περιβάλλον, η επιθετικότητα των πολιτών ,ο φόρτος εργασίας, η αδυναμία παροχής ποιοτικής φροντίδας ,η ισορροπία εργασίας και οικογένειας, η εργασία σε βάρδιες, η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων η επαγγελματική απομόνωση, η έλλειψη αναγνώρισης, οι κακές σχέσεις με προϊστάμενο/συναδέλφους, η σύγκρουση ρόλων, η έλλειψη ευκαιρίας για εκμάθηση νέων δεξιοτήτων . Όλοι αυτοί οι παράγοντες συνδέονται με την εργασιακή δυσαρέσκεια και την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής.

Οι Rethinam και συν.(2008) εξήγησαν ότι η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής είναι αρκετά περιεκτική και ανταποκρίνεται καλύτερα στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον. Ο ορισμός σχετίζεται με την ουσιαστική και ικανοποιητική εργασία και περιλαμβάνει (i) μια ευκαιρία να ασκήσει κανείς τα ταλέντα του και τις ικανότητες, να αντιμετωπίζει προκλήσεις και καταστάσεις που απαιτούν ανεξάρτητη πρωτοβουλία και αυτοκαθοδήγηση, (ii) μια δραστηριότητα που θεωρείται ότι αξίζει

τον κόπο από τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτή, (iii) μια δραστηριότητα στην οποία το άτομο κατανοεί το ρόλο που διαδραματίζει στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού, και (iv) μια αίσθηση της α περηφάνιας για αυτό που κάνει κανείς και για το πώς το κάνει. καλά. Αυτό το ζήτημα της ουσιαστικής και ικανοποιητικής εργασίας συχνά συγχωνεύεται με συζητήσεις για την εργασιακή ικανοποίηση και πιστεύεται ότι είναι περισσότερο ευνοϊκή για την ποιότητα εργασιακής ζωής.

Σε μια μελέτη του Stephen A(2012) που αφορούσε εργοδότες και εργαζόμενους σε διάφορες μικρής κλίμακας βιομηχανικές μονάδες σε Chennai, Coimbatore και Madurai πόλεις στο Ταμίλ Nadu της Ινδίας, οι παράγοντες που φάνηκε να καθορίζουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής ήταν οι ακόλουθοι: 1.Επαρκής και δίκαιη αποζημίωση 2. Πρόσθετες παροχές και μέτρα πρόνοιας 3. Ασφάλεια της εργασίας Φυσικό περιβάλλον εργασίας 5. Φόρτος εργασίας και εργασιακό στρες 6. Ευκαιρία χρήσης και ανάπτυξης των ανθρώπινων ικανοτήτων 7. Ευκαιρία για συνεχή ανάπτυξη 8. Ανθρώπινες σχέσεις και κοινωνική πτυχή της εργασιακής ζωής 9.Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων 10.Σύστημα ανταμοιβής και ποινών 11.Ισότητα, δικαιοσύνη και χειρισμός παραπόνων 12.Χώρος εργασίας και συνολικής ζωής 13.Εικόνα του οργανισμού. Τα ευρήματα της μελέτης σχετικά με την αντίληψη των εργοδοτών και των εργαζομένων σχετικά με τις μεταβλητές της ΕΠΖ, αποκάλυψαν τους σημαντικότερους από τους παράγοντες όπως είναι η κοινωνική υποστήριξη, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η αναγνώριση, η αυτονομία, το εργασιακό περιβάλλον, η σχέση με το αφεντικό, το ωράριο εργασίας, η διακυβέρνηση από το κράτος δικαίου, η σαφήνεια ρόλων και οι πρόσθετες παροχές.

Τέλος σε μια ακόμη από τις πολλές μελέτες που διεξήχθησαν ορισμένοι παράγοντες ποιότητας της εργασιακής ζωής είναι ίδιοι με αυτούς της ποιότητας ζωής, αλλά σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον του εργαζομένου και την εργασία του. Οι τομείς και οι παράγοντες της ποιότητας της εργασιακής ζωής είναι οι εξής 1.Η αντίληψη της εργασίας (υλική και άυλη). 2. Η συναισθηματική κατάσταση (εκτίμηση, άγχος, αυτοπαρακίνηση, ικανοποίηση από την εργασία, ασφάλεια για την εργασία). 3.Η μάθηση και βελτίωση (ευκαιρίες σταδιοδρομίας, απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων). 4.Οι Κοινωνικές σχέσεις στον οργανισμό ("σχέσεις" με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους, ανάθεση, επικοινωνία, διοίκηση, καταμερισμός της εργασίας). 5.Η αυτοπραγμάτωση(ευκαιρίες σταδιοδρομίας, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων κ.λπ.). 6.Η σωματική κατάσταση (άγχος, κόπωση,

εξουθένωση, φόρτος εργασίας)- 7. Η ασφάλεια και το εργασιακό περιβάλλον (Ruženičius, 2014).

Παρακάτω ακολουθεί μια μικρή ανάλυση των σημαντικότερων παραγόντων όπως αυτοί διαφάνηκαν να παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση. Οι παράγοντες αυτοί είναι 9 και είναι οι ακόλουθοι:

1. Εργασιακό περιβάλλον

Το εργασιακό περιβάλλον είναι ο χώρος που κάποιος εργάζεται. Είναι ένα κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον στο οποίο οι εργαζόμενοι υποτίθεται ότι πρέπει να αλληλεπιδράσουν με έναν αριθμό ανθρώπων, και πρέπει να συνεργάζονται με τον ένα ή τον άλλο τρόπο. Ασφαλείς και υγιείς συνθήκες εργασίας εξασφαλίζουν καλή υγεία, συνέχεια των υπηρεσιών, λιγότερο κακή εργασία και καλύτερες σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων και της διοίκησης. Ένας υγιής εργαζόμενος είναι περισσότερο παραγωγικός, είναι χαρούμενος, με αυτοπεποίθηση και μπορεί να αποδειχθεί ανεκτίμητο πλεονέκτημα για τον οργανισμό. Αποτελείται από ασφαλείς σωματικής και πνευματικής εργασίας συνθήκες και εξασφαλίζει λογικές ώρες απασχόλησης. Οι Lau et al. (2001) εξήγησαν την ποιότητα εργασιακής ζωής ως *''το ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον που υποστηρίζει και προάγει την ικανοποίηση παρέχοντας εργαζόμενους ανταμοιβές, εργασιακή ασφάλεια και ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης''*.

2. Οργανωσιακή κουλτούρα και κλίμα του οργανισμού

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα σύνολο από ιδιότητες και το κλίμα του οργανισμού μια συλλογική συμπεριφορά των ανθρώπων που αποτελούν μέρος ενός οργανισμού, αξιών, ενός κοινού οράματος, αρχών και κανόνων κ.λπ. Τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά ενός οργανισμού, όπως οι πολιτικές και διαδικασίες, το στυλ ηγεσίας, οι λειτουργίες και γενικοί παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, όλα έχουν έντονη επίδραση στον τρόπο με τον οποίο το προσωπικό βλέπει και αντιλαμβάνεται την ποιότητα της εργασιακής ζωής (Cavry et al., 1995). Η μελέτη του Certo (2004) δείχνει ότι η ποιότητα των εργασιακής ζωής είναι ο βαθμός στον οποίο παρέχεται η δυνατότητα στους εργαζόμενους να λαμβάνουν οι ίδιοι αποφάσεις που αφορούν την εργασιακή τους κατάσταση. Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός αυτός τόσο υψηλότερη είναι η ποιότητα της εργασιακής ζωής.

3. Σχέση και συνεργασία

Η σχέση και η συνεργασία αναφέρεται στην επικοινωνία μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων και αφορά στην από κοινού λήψη αποφάσεων σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον, τη διαχείριση των συγκρούσεων και την επίλυση προβλημάτων. Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής σχετίζεται με την επαγγελματική εξέλιξη του εργαζόμενου η οποία εξαρτάται από την αλληλεπίδραση αυτή των ατόμων εντός των οργανισμών και της διοίκησης του οργανισμού (Che Rose et al., 2006).

4. Κατάρτιση και ανάπτυξη

Η κατάρτιση και η ανάπτυξη είναι μια οργανωτική δραστηριότητα που αποσκοπεί στη βελτίωση της απόδοσης του ατόμου και των ομάδων. Όταν από την εργασία παρέχονται ευκαιρίες για την ανάπτυξη του εργαζόμενου και ανάλογη ενθάρρυνση και στήριξη από την διοίκηση για την εκτέλεση της εργασίας τότε επιτυγχάνεται η ποιότητα της εργασιακής ζωής. Έχοντας καλές συνθήκες για την διασφάλιση της προσωπικής ενδυνάμωση και των δεξιοτήτων ο Skrovan (1983) και η Αμερικάνικη επιστημονική κοινότητα Κατάρτισης και Ανάπτυξης (ASTD) όρισε την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής ως μια διαδικασία , η οποία επιτρέπει στους εργαζόμενους ανεξάρτητα της ιεραρχικής τους θέσης να συμμετέχουν ενεργά στην οικοδόμηση του περιβάλλοντος του οργανισμού, στην ανάπτυξη εκείνου του οργανωτικού μοντέλου που θα παράγει τα οργανωτικά επιτεύγματα. Αυτή η διαδικασία βασίζεται στους δύο στόχους μαζί 1) Στη βελτίωση της οργανωτικής αποτελεσματικότητας και 2) Στη βελτίωση της ποιότητας της εργασιακής ζωής (Nanjundeswaraswamy T et al.,2013).

5. Αμοιβές και ανταμοιβές

Η αποζημίωση- μισθός και οι ανταμοιβές-έπαινοι που δίνει ο οργανισμός αποτελούν σημαντικά κίνητρα για τους εργαζόμενους ώστε να επιδείξουν μεγαλύτερο ζήλο, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα στην εκτέλεση των καθηκόντων τους και δημιουργεί ανταγωνισμό προς εκπλήρωση τόσο των ατομικών όσο και των οργανωτικών στόχων της επιχείρησης ή του οργανισμού . Ποιότητα της εργασιακής

ζωής συνδέεται με την ικανοποίηση από τους μισθούς, τις ώρες εργασίας και συνθήκες εργασίας, περιγράφοντας τα "βασικά στοιχεία μιας καλής ποιότητας εργασιακής ζωής" ως εξής; ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, δίκαιοι μισθοί, ίσες ευκαιρίες απασχόλησης και ευκαιρίες εξέλιξης (Mirvis et al., 1984); (Nanjundeswaraswamy T et al., 2013). Τα αποτελέσματα μιας μελέτης που αφορούσε την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών κατέδειξε ότι η αμοιβή και η αυτονομία ήταν οι πιο σημαντικές συνιστώσες της ποιότητας της επαγγελματικής τους ζωής (Saraji G et al., 2006).

6. Οι Εγκαταστάσεις

Οι εγκαταστάσεις όπως υπηρεσία εστίασης, μεταφορά, ασφάλεια εργαζομένων παίζουν σημαντικό ρόλο στην υλοποίηση των στόχων και των επιδιώξεων ικανοποιώντας τόσο τις φυσικές όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες των εργαζομένων. Εναλλακτικές ρυθμίσεις εργασίας όπως ευέλικτο ωράριο, συντομότερη ή καθόλου μετακίνηση και ένα άνετο και εργοδυναμικά άρτιο εργασιακό περιβάλλον για τους υπαλλήλους αποτελούν βασικές προϋποθέσεις που εγγυώνται υψηλό ηθικό των εργαζόμενων και κατά συνέπεια αύξηση της παραγωγικότητας (Nanjundeswaraswamy T S et al., 2013).

7. Ικανοποίηση από την εργασία και ασφάλεια στην εργασία

Ο όρος ικανοποίηση από την εργασία αναφέρεται στις στάσεις και τα συναισθήματα που έχουν οι άνθρωποι για την εργασία τους. Θετικές και ευνοϊκές στάσεις απέναντι στην εργασία υποδηλώνουν εργασιακή ικανοποίηση. Αρνητικές και δυσμενείς στάσεις απέναντι στην εργασία υποδηλώνουν εργασιακή δυσαρέσκεια (Armstrong M, 2006). Διαφορετικές πτυχές της εργασίας όπως εταιρικές πολιτικές, προσωπικά επιτεύγματα, εποπτεία, αναγνώριση, αμοιβές, πρόσθετα επιδόματα, διαπροσωπικές σχέσεις, η ίδια η εργασία, οι συνθήκες εργασίας, η ευθύνη, η προώθηση, η ανάπτυξη, η ασφάλεια της εργασίας συνδέονται με την ικανοποίηση από την εργασία (Aziri B, 2011). Η ασφάλεια της εργασίας είναι ένας άλλος παράγοντας που απασχολεί τους

εργαζόμενους. Μόνιμη απασχόληση παρέχει ασφάλεια στους εργαζομένους και βελτιώνει την ποιότητα της εργασιακής τους ζωής(Drobnic S et al,2010).

8. Αυτονομία της εργασίας

Στις αυτόνομες ομάδες εργασίας, οι εργαζόμενοι έχουν την ελευθερία λήψης αποφάσεων, οι ίδιοι οι εργαζόμενοι σχεδιάζουν, συντονίζουν και ελέγχουν τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την εργασία. Εάν ο οργανισμός παρέχει την εξουσία στους ίδιους τους εργαζόμενους να σχεδιάζουν τις εργασιακές δραστηριότητες, τότε είναι πολύ πιθανόν οι δραστηριότητες εργασίας να ταιριάζουν με τις ανάγκες τους που συμβάλλοντας έτσι στην οργανωτική απόδοση. Η εργασιακή αυτονομία ενισχύει την απόδοση επειδή οι εργαζόμενοι με υψηλή εργασιακή αυτονομία θα αντιλαμβάνονται ότι τους εμπιστεύονται για την εκτέλεση της εργασίας, επηρεάζοντας έτσι θετικά τα εσωτερικά τους κίνητρα και την αποτελεσματικότητα στην εργασία. Οι εργαζόμενοι που έχουν υψηλή αυτονομία θα είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους και θα θεωρούν ότι τα αποτελέσματα της εργασίας τους καθορίζονται από τις προσπάθειες, τις ενέργειες και τις αποφάσεις τους, και έτσι, θα αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι(Thompson C et al., 2005 ; Langfred C et al.,2004).

8.Επάρκεια πόρων

Οι πόροι που διαθέτει ένας οργανισμός θα πρέπει να αντιστοιχούν στους δηλωθέντες στόχους, διαφορετικά, οι εργαζόμενοι δεν θα σε θέση να επιτύχουν το τελικό αποτέλεσμα. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα δυσαρέσκεια των εργαζομένων και χαμηλότερη ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Η επάρκεια των πόρων έχει να κάνει με τη διαθεσιμότητα επαρκούς χρόνου και εξοπλισμού, επαρκές ανθρώπινο δυναμικό, εμπειρία και γνώση, επαρκείς πληροφορίες και βοήθεια για την ολοκλήρωση αποστολής του οργανισμού(Swamy, Devappa Renuka, T,2015).

Διαστάσεις ποιότητας της επαγγελματικής ζωής

Παρακάτω περιγράφονται οι τρεις διαστάσεις της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής :Η ικανοποίηση συμπόνιας, η κόπωση συμπόνιας/ δευτερογενές τραυματικό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση (έχει γίνει ήδη ανάλυση της στα πρώτα κεφάλαια).

Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής των παρόχων φροντίδας αποτελεί θέμα μεγάλου ενδιαφέροντος στη διεθνή βιβλιογραφία με επίκεντρο τις ανησυχίες σχετικά με τη συμπόνια των επαγγελματιών υγείας σε ένα πλαίσιο εργασίας που χαρακτηρίζεται από πόνο και θάνατο.

1. Η ικανοποίηση της συμπόνιας

Μια πρόσφατη έννοια στο πλαίσιο της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής είναι η ικανοποίηση από τη συμπόνια. Έχει οριστεί ως η ευχαρίστηση και τα θετικά συναισθήματα που προέρχονται από τη βοήθεια προς τους άλλους(Stamm et al., 2010). Η ικανοποίηση από τη συμπόνια είναι η "ικανότητα να λαμβάνεις ικανοποίηση από τη φροντίδα" (Simon C,2005). Έρευνες έχουν δείξει ότι η ικανοποίηση από τη συμπόνια σχετίζεται θετικά με την αυξημένη αίσθηση ευθύνης και ελέγχου της υγείας των ασθενών, την αίσθηση ότι οι ασθενείς ακούγονται και κατανοούνται, την αύξηση της εμπιστοσύνης των ασθενών προς τους κλινικούς ιατρούς και την αύξηση της ελπίδας των ασθενών (Lown B et al,2011).

Η ικανοποίηση από τη συμπόνια είναι η θετική ποιότητα της εργασιακής ζωής των επαγγελματιών υγείας που περιγράφει το αίσθημα αυτοεκτίμησης κατά τη φροντίδα και τη βοήθεια προς τους άλλους. Η ικανοποίηση από τη συμπόνια εμφανίζεται όταν ο πάροχος φροντίδας αισθάνεται μια αίσθηση σύνδεσης με τους ασθενείς του και αισθάνεται ένα αίσθημα επιτυχίας στην εργασία του. Το εργασιακό περιβάλλον, οι απαιτήσεις του πελάτη και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία υγείας επιδρούν στην ικανοποίηση από συμπόνια(Stamm et al., 2010).

Ο όρος «ικανοποίηση συμπόνιας» χρησιμοποιήθηκε για την περιγραφή της ικανοποίησης και της ευχαρίστησης που εισπράττει ο επαγγελματίας υγείας όταν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της εργασίας του ακολουθώντας τις διαδικασίες και τα πρωτόκολλα παρέχοντας ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς, όταν ανακουφίζει τον

ανθρώπινο πόνο, όταν έχει καλές σχέσεις με τους συναδέλφους του(Μαυρατζά, Θ., και συν.,2020).

2. Η κόπωση της συμπόνιας

Παρόλο που η παροχή βοήθειας προς τους άλλους προάγει την ικανοποίηση από τη συμπόνια, κατά τη διάρκεια μακροχρόνιων επαγγελματικών δεσμεύσεων, οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν άγχος από τη συχνή επαφή με τους ασθενείς, που σχετίζεται άμεσα με τη δυσαναλογία μεταξύ των επαγγελματικών απαιτήσεων και των διαθέσιμων πόρων που αν συνεχιστεί για καιρό τους οδηγεί σε κόπωση από τη συμπόνια και επαγγελματική εξουθένωση(Weintraub A et al.,2016).

Όπως είδαμε στα πρώτα κεφάλαια όταν μιλάμε για άγχος που προέρχεται από την εργασία, ένα συναφές σύμπτωμα συνέπεια αυτού έχει διαγνωστεί και μελετηθεί σε βάθος: η επαγγελματική εξουθένωση. Η επαγγελματική εξουθένωση όπως είδαμε έχει οριστεί ως "ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης και κυνισμού που εμφανίζεται συχνά μεταξύ ατόμων που κάνουν κάποιου είδους "ανθρώπινη εργασία". Maslach C et al.,1981). Εμφανίζεται σε κάθε ανθρωπιστικό επάγγελμα στο οποίο υπάρχει σχέση φροντίδας παρόχου και ασθενή-λήπτη και έχει παραδοσιακά συνδεθεί με γνωστικά, συναισθηματικά, συμπεριφορικά και σχεσιακά συμπτώματα (Truzzi A et al.,2012) .Τα τελευταία χρόνια ένα άλλο σύνδρομο που σχετίζεται με το στρες έχει μελετηθεί στον τομέα της υγείας, "το δευτερογενές τραυματικό στρες". Αυτό έχει οριστεί ως τα αρνητικά συναισθήματα και οι συμπεριφορές που προκαλούνται στους επαγγελματίες υγείας κατά την επαφή τους με το "τραύμα" των ασθενών και τις στρεσογόνες εμπειρίες τους. Η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να λαμβάνουν χώρα μαζί, και όταν συμβαίνει αυτό οι επαγγελματίες υποφέρουν από τη λεγόμενη "κόπωση συμπόνιας", μια μείωση της ικανότητας ή του ενδιαφέροντος του επαγγελματία να είναι ενσυναισθητικός με τους ασθενείς(Figley R,2012). Η κόπωση από τη συμπόνια χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που περιλαμβάνουν απάθεια, κατάθλιψη, λάθη κλινικής κρίσης, διαταραχές ύπνου και υπέρταση, αίσθημα αδυναμίας, θυμό και καταπίεση συναισθημάτων, άγχος και διεισδυτικές σκέψεις (Kashani M et al.,2010).

Ο Figley (1995)προσδιόρισε την κόπωση συμπόνιας ως *"έναν πιο φιλικό προς το χρήστη όρο για να περιγράψει τη δευτερογενή διαταραχή τραυματικού στρες , ως ένα*

αποτέλεσμα της αντιμεταβίβασης, κατά το οποίο οι ενσυναισθητικοί φροντιστές βιώνουν έμμεσα το τραύμα των ασθενών τους''(Kanter J. 2007).

Η εμφάνιση της κόπωσης από τη συμπόνια περιγράφεται με βάση ένα θεωρητικό μοντέλο σε ένα πλαίσιο στρες - διαδικασίας. Πρόκειται για μια σειρά από αλυσιδωτά γεγονότα που ξεκινούν με την έκθεση των επαγγελματιών υγείας στον πόνο, την ταλαιπωρία ή/και το τραυματικό γεγονός ενός ασθενούς. Το ενσυναισθητικό ενδιαφέρον και η ενσυναισθητική ικανότητα που επιδεικνύουν στην πορεία αυτή παράγουν μια ενσυναισθητική αντίδραση που μπορεί να οδηγήσει σε στρες συμπόνιας (υπόλειμμα συναισθηματικής ενέργειας). Ο κίνδυνος αυξάνεται εάν ο πάροχος φροντίδας βιώνει (α) συνεχή έκθεση σε ανθρώπινα βάσανα, (β) αναμνήσεις που προκαλούν συναισθηματική αντίδραση ή (γ) απροσδόκητες διαταραχές στη ζωή του/της. Υπάρχει όμως και η περίπτωση των ατόμων να εκφράσουν διαφορετικούς βαθμούς αντίδρασης. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να μην έχει κόπωση συμπόνιας, αλλά να επηρεάζεται ελαφρώς, μέτρια ή σοβαρά από μια δεδομένη αλληλεπίδραση με έναν ασθενή(Adams, et al., 2006).

Η κόπωση συμπόνιας χαρακτηρίζει μια προοδευτική κατάσταση συναισθηματικής δυσφορίας. Εξελίσσεται από τη δυσφορία της συμπόνιας, στο στρες της συμπόνιας και, τέλος, στην κόπωση της συμπόνιας, μια κατάσταση όπου η ενέργεια της συμπόνιας που δαπανάται από τους νοσηλευτές, ιατρούς και άλλους ξεπερνά την ικανότητά τους να ανακάμψουν από αυτή την ενεργειακή δαπάνη, με αποτέλεσμα σημαντικές αρνητικές ψυχολογικές και σωματικές συνέπειες (Boyle D,2010).

Σύμφωνα με τους ερευνητές το φαινόμενο συνδέεται με τη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του παρόχου υγειονομικής φροντίδας και του ασθενούς, καθώς η τραυματική ή οδυνηρή εμπειρία του ασθενούς πυροδοτεί μια αντίδραση, σε πολλαπλά επίπεδα, στον επαγγελματία υγείας που τον φροντίζει. Καθοριστικό ρόλο για την εμφάνιση ή όχι της κόπωσης από συμπόνια στον επαγγελματία υγείας φαίνεται να παίζει η ικανότητα του ατόμου για ενσυναίσθηση και η ικανότητά του να εμπλακεί ή να συνάψει μια θεραπευτική σχέση. Πολλοί μελετητές έχουν υποστηρίξει ότι τα άτομα που διαθέτουν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης και ενσυναισθητικής ανταπόκρισης στον πόνο, τη δυστυχία ή την τραυματική εμπειρία ενός ασθενούς είναι πιο ευάλωτα στο να βιώσουν κόπωση συμπόνιας (Adams et al., 2006).

Σε μια μελέτη για τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Joinson, 1992) ο όρος "κόπωση από συμπόνια" αντανakλούσε για πρώτη φορά τις δυσμενείς ψυχοκοινωνικές συνέπειες που βίωναν οι νοσηλευτές επειγόντων περιστατικών. Η κόπωση συμπόνιας έχει περιγραφεί ως *"οι φυσικές επακόλουθες συμπεριφορές και τα συναισθήματα που προκύπτουν από τη γνώση ενός τραυματικού γεγονότος που βίωσε ένας σημαντικός άλλος - το άγχος που προκύπτει από τη βοήθεια ή την επιθυμία να βοηθηθεί ένα τραυματισμένο ή πάσχον άτομο"* (Figley, 1995).

Τα ψυχολογικά συμπτώματα της κόπωσης από συμπόνια περιλαμβάνουν: συναισθηματική εξάντληση, απομάκρυνση από τις σχέσεις, αρνητική αυτοεικόνα, κατάθλιψη, μειωμένη ικανότητα να νιώθει κανείς συμπάθεια και ενσυναίσθηση, κυνισμός, δυσαρέσκεια, φόβος για την εργασία με ορισμένους ασθενείς, επαγγελματική αδυναμία, μειωμένη ευχαρίστηση/επαγγελματική ικανοποίηση, αποπροσωποποίηση, φόβος, αυξημένο άγχος, παράλογοι φόβοι, αυξημένη προσωπική ευαλωτότητα, προβλήματα με την οικειότητα, αποφυγή, αναισθησία ή υπερευαίσθησία σε συναισθηματικά φορτισμένα ερεθίσματα, απώλεια ελπίδας, δυσκολία στο διαχωρισμό της προσωπικής και της επαγγελματικής ζωής και αποτυχία να καλλιεργήσει και να αναπτύξει πτυχές της ζωής που δεν σχετίζονται με την εργασία (Huggard P, 2016).

3. Δευτερογενές τραυματικό στρες

Το δευτερογενές τραυματικό στρες Figley(1995) περιγράφει «τις συναισθηματικές, νοητικές και σωματικές απαιτήσεις προκειμένου να αντιμετωπίσει κάποιος το τραυματικό και συναισθηματικό υπόβαθρο των πελατών». Και μόνο το να μάθει κανείς για ένα τραυματικό γεγονός που συνέβη σε κάποιον άλλο μπορεί να τραυματίσει ένα άτομο. Το δευτερογενές τραύμα εμφανίζεται "όταν το τραυματικό στρες φαίνεται να "μολύνει" ολόκληρο το σύστημα, αφού πρώτα εμφανίστηκε σε ένα μόνο μέλος" (Figley, 1995). Το άτομο με δευτερογενές τραυματικό στρες αποκτά συμπτώματα από την έκθεση σε ένα τραυματισμένο άτομο και όχι από την έκθεση στο ίδιο το τραυματικό γεγονός. Η ενσυναίσθηση και η έκθεση είναι δύο κεντρικές έννοιες στο δευτερογενές τραυματικό στρες. Το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να αναπτυχθεί ξαφνικά και χωρίς ιδιαίτερη προειδοποίηση. Τα συμπτώματα του δευτερογενούς τραυματικού στρες μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν αίσθημα

αδυναμίας και σύγχυσης και αίσθημα απομόνωσης από τους υποστηρικτές. Αυτά τα συμπτώματα συχνά δεν συνδέονται με πραγματικές αιτίες. Το δευτερογενές τραυματικό στρες έχει να κάνει με την αντίδραση και τα συναισθήματα που προκύπτουν όταν γνωρίζεις κανείς ότι κάποιος έχει βιώσει ένα τραυματικό γεγονός και όταν υπάρχει έντονο το άγχος, λόγω της παροχής βοήθειας ή της επιθυμίας να προσφέρει κανείς βοήθεια σε κάποιον που βιώνει τραυματικές εμπειρίες ή που πονάει (Figley, 1995). Σύμφωνα με τη Stamm (1997), το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να χρησιμοποιείται σαν ένας ευρύτερος όρος που συμπεριλαμβάνει τις έννοιες κόπωση συμπόνιας, τραύμα ταύτισης και αντιμεταβίβαση. Όμως, στην τελευταία έκδοση του ProQOL (Stamm B, 2010), θεωρείται ότι η κόπωση της συμπόνιας θεωρείται ως ένας ευρύτερος όρος που αποτελείται από δύο διαστάσεις, την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες ωστόσο το θεωρητικό αυτό μοντέλο δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά. Έτσι, στις περισσότερες δημοσιεύσεις μέχρι σήμερα χρησιμοποιείται ο όρος κόπωση συμπόνιας ως ταυτόσημος του όρου δευτερογενές τραυματικό στρες.

Διάκριση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωσης συμπόνιας/δευτερογενούς τραυματικού στρες

Η επαγγελματική εξουθένωση προέρχεται από τη σύγκρουση εντός του εργασιακού περιβάλλοντος, πρόκειται για αντιδραστική συμπεριφορά απέναντι σε εργασιακούς ή περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. στελέχωση, φόρτος εργασίας, λήψη αποφάσεων από τη διοίκηση, ανεπαρκείς προμήθειες ή πόροι). Η κόπωση από συμπόνια, από την άλλη πλευρά, πηγάζει από τους σχεσιακούς δεσμούς που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας με τους ασθενείς ή την οικογένεια τους, αποτελεί συνέπεια της φροντίδας των ατόμων αυτών που υποφέρουν (π.χ. αδυναμία αλλαγής πορείας του επώδυνου σεναρίου ή της πορείας της υγείας τους). Προκύπτει από τη συναισθηματική δέσμευση και τη διαπροσωπική ένταση που σχετίζονται με την παρακολούθηση επώδυνων και αρνητικών συναισθηματικά γεγονότων μέσα στο εργασιακό περιβάλλον. Η επαγγελματική εξουθένωση εξελίσσεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Η κόπωση από συμπόνια μπορεί να είναι ξαφνική, να έχει οξεία έναρξη. Ενώ ο "καμένος" νοσηλευτής αποσύρεται σταδιακά, παρουσιάζει μειωμένες ενσυναισθητικές αντιδράσεις, απόσυρση- μπορεί να εγκαταλείψει τη θέση του ή να μετατεθεί ο "κουρασμένος από συμπόνια" νοσηλευτής προσπαθεί περισσότερο να προσφέρει ακόμη περισσότερα στους ασθενείς που έχουν ανάγκη, η συνεχιζόμενη

αντοχή ή το "δόσιμο" οδηγεί σε ανισορροπία ενσυναίσθησης και αντικειμενικότητας- μπορεί τελικά να εγκαταλείψει τη θέση του. Και οι δύο εκβάσεις, ωστόσο, συνδέονται με ένα αίσθημα "εξάντλησης"(Yoder E,2010).

Μελέτες της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Η έλλειψη ποιοτικής φροντίδας των ασθενών και το χαμηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών είναι κάτι που χαρακτηρίζει τα συστήματα υγείας στις μέρες μας. Η παραγωγικότητα των νοσηλευτών φαίνεται να είναι χαμηλή. Ο Hall αναφέρει ότι *"για να διατηρηθεί και να βελτιωθεί η ποιότητα της εργασιακής ζωής που βιώνουν οι επαγγελματίες νοσηλευτές απαιτείται οι νοσηλευτές να είναι πιο εξειδικευμένοι και παραγωγικοί στο εργασιακό τους περιβάλλον"*. Στα νοσοκομεία που παρατηρείται χαμηλή ποιότητα της εργασιακής ζωής, τα ποσοστά απουσιών και του ποσοστού των νοσηλευτών που εγκαταλείπουν τη δουλειά τους είναι συνήθως πολύ υψηλά. Με την βελτίωση της ποιότητας της εργασιακής ζωής, μπορεί να αυξηθεί η απόδοση του προσωπικού και να μειωθεί η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών(Brooks B, 2005).

Σε μια μελέτη που είχε ως στόχο να αξιολογήσει την ποιότητα επαγγελματικής ζωής και τους σχετικούς με αυτήν παράγοντες των νοσηλευτών που εργάζονται στα νοσοκομεία έδειξε ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών είχε μέτριο επίπεδο ποιότητας εργασιακής ζωής(Delgoshyii B et al.,2010).

Φαίνεται ότι η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του υγειονομικού προσωπικού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως ο μισθός, η προσωπικότητα, τα εργατικά ατυχήματα, το επαγγελματικό άγχος, οι κανονισμοί ασφαλείας και η εργασιακή πειθαρχία, οι συνθήκες υγείας στο χώρο εργασίας, οι εγκαταστάσεις πρόνοιας και οι προοπτικές απασχόλησης. Έτσι, οι αλλαγές σε οποιονδήποτε από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να την επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά(Dargahi H et al.,2012).

Σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ήταν καλύτερη από τους νοσηλευτές με υψηλότερη εκπαίδευση. Φαίνεται ότι οι νοσηλευτές με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν υψηλότερες προσδοκίες από την εργασιακή τους ζωή και κατά συνέπεια βιώνουν μεγαλύτερη

συναισθηματική εξάντληση όταν το εργασιακό τους περιβάλλον δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους. Επίσης οι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης αντιλαμβάνονταν περισσότερο επαγγελματικό στρες (Nabirye RC,2012).

Φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία αισθάνονται λιγότερο επαγγελματικό άγχος και μεγαλύτερη σταθερότητα στην εργασία τους και, ως εκ τούτου, βιώνουν καλύτερη ποιότητα επαγγελματικής ζωής.(Sharhraky Vahed A et al.,2011

Σε μελέτη των Dargani et al.,(2012) φάνηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ της εργασιακής ποιότητας ζωής των νοσηλευτών και του τύπου του νοσοκομείου. Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσοκομεία συγκεκριμένων ειδικοτήτων, όπως τα νοσοκομεία ΩΡΛ, είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους νοσηλευτές σε γενικά νοσοκομεία. Αυτές οι διαφορές θα μπορούσαν να αποδοθούν στις συνθήκες του νοσοκομείου. Το μέγεθος του νοσοκομείου, ο αριθμός και το είδος των ασθενών, ο μισθός του νοσηλευτή, οι νοσοκομειακές πολιτικές και το φυσικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσουν την εργασιακή ποιότητα των νοσηλευτών. Επίσης παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές σε νοσοκομεία μικρού μεγέθους είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ποιότητα της εργασιακής τους ζωής. Στην ίδια μελέτη φαίνεται ότι το υψηλότερο εισόδημα και οι καλύτερες προοπτικές σταδιοδρομίας και εργασιακής σταθερότητας των νοσηλευτών με μόνιμη απασχόληση οδηγούν σε καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους νοσηλευτές με προσωρινή ή συμβατική απασχόληση.

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό σε μελέτη των Bernstrøm V(2018) βρέθηκε ότι κύριοι παράγοντες πρόβλεψης της χαμηλής ποιότητας εργασιακής ζωής αποτέλεσαν η πολύωρη εργασία, η συχνή στέρηση και οι συνεχείς διακοπές του νυχτερινού ύπνου, τα συχνά περιστατικά βίας και ο χαμηλός μισθός. Οι υπερβολικά πολλές ώρες μείωναν την επαγγελματική ικανοποίηση, επιβάρυναν τη σωματική και ψυχική υγεία των ιατρών καθώς και την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής τους ζωής. Δεδομένης της έλλειψης ιατρικού δυναμικού στα νοσοκομεία οι πολλές ώρες εργασίας δεν είναι ασυνήθιστες, η οποία έχει αποδειχθεί ότι επιβαρύνει την υγεία των ιατρών, οδηγώντας σε καταθλιπτικά συμπτώματα, χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και αυξημένο κίνδυνο εργασιακού στρες.

Εκτός από τις πολλές ώρες εργασίας, όπως συναντάμε και σε άλλες μελέτες η στέρηση νυχτερινού ύπνου μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο σοβαρών ασθενειών,

συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης να προκαλέσει διαταραχές του ύπνου και κόπωση. Επίσης μπορεί ακόμη να επηρεάσει αρνητικά την απόδοση των ιατρών(Wu Y et al.,2021,; Meretoja OA 2009).

Τα συχνά περιστατικά βίας στο χώρο εργασίας αναδείχθηκαν ως σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της χαμηλής ποιότητας εργασιακής ζωής των ιατρών και νοσηλευτών. Εξαιτίας της βίας, οι ιατροί και νοσηλευτές ανέφεραν έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία τους. Σύμφωνα με μια μελέτη, το 26% του προσωπικού σκέφτηκε να εγκαταλείψει τη δουλειά του στο νοσοκομείο(Sachdeva et al. 2019). Η βία στο χώρο εργασίας αύξησε σημαντικά το ψυχολογικό στρες, επηρέασε αρνητικά την ποιότητα του ύπνου και τη σχέση μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού και των ασθενών, επηρεάζοντας τελικά την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας των ασθενών.(Tucker et al. 2015; Sun et al. 2017).Παρόμοια ευρήματα προέκυψαν σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που διεξήγαγαν οι Binmadi και Alblowi (2019), σύμφωνα με την οποία οι επιπτώσεις της βίας στους εργαζομένους εκδηλώνονται ως μειωμένη ποιότητα εργασιακής ζωής, ψυχολογικά προβλήματα και, αν και σπάνια, ως εγκατάλειψη της εργασίας. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε μια άλλη μελέτη ανασκόπησης που διεξήχθη από τους Baydin και Erenler (2014) και έδειξε ότι οι συνηθέστερες ψυχολογικές επιπτώσεις των θυμάτων βίας στον χώρο εργασίας ήταν η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και ο φόβος.

Οι παρακάτω έρευνες αφορούν τη μελέτη της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με φάσεις τις διαστάσεις της ικανοποίησης από συμπόνια, της κόπωση από συμπόνια/δευτερογενές τραυματικό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση.

Έρευνες τα τελευταία χρόνια έχουν επικεντρωθεί στη μελέτη της σχέσης που συνδέει την υγεία των επαγγελματιών που παρέχουν φροντίδα σε άλλους ανθρώπους με την έκθεση στον πόνο, την τλαιπωρία και το τραύμα. (Sabo B. M. 2006). Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα διαφόρων ειδικοτήτων ,όπως μονάδες εντατικής θεραπείας, ψυχιατρικές κλινικές, παιδιατρικά και ογκολογικά τμήματα έχει βρεθεί ότι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην ανάπτυξη εργασιακού στρες και κατ' επέκταση κόπωση συμπόνιας(Ekedahl M et al., 2007).

Σε μια μελέτη που αφορούσε επιμελητές ιατρούς του τμήματος επειγόντων περιστατικών στο Ηνωμένο βασίλειο έδειξε ότι το επίπεδο ικανοποίησης από τη συμπόνια είναι μέτριο ή λίγο πάνω από το μέτριο. Οι ιατροί με χαμηλότερη ικανοποίηση συμπόνιας αναφέρουν συχνότερα ευερεθιστότητα με ασθενείς και με συναδέλφους, έκπτωση στη χρήση προτύπων φροντίδας και λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τους ασθενείς. Παράγοντες που μειώνουν την ένταση του φόρτου εργασίας και την επαναληψιμότητα και ενισχύουν την ατομικές στρατηγικές αντιμετώπισης και τη συνοχή της ομάδας συνδέονται με υψηλότερη ικανοποίηση από τη συμπόνια. (Dasan S et al.,2015).

Όταν η ικανοποίηση της συμπόνιας αυξάνεται η κόπωσης της συμπόνιας ελαττώνεται καθώς οι επαγγελματίες υγείας που αισθάνονται ευχαρίστηση από την φροντίδα που προσφέρουν υπερνικούν την αίσθηση εξάντλησης από τη συνεχή επαφή με τους ασθενείς και βελτιώνεται έτσι και η ποιότητα επαγγελματικής ζωής (Jarrad et al.,2020).

Σε μια μελέτη για την εμφάνιση κόπωσης συμπόνιας μεταξύ 216 νοσηλευτών ενός ξενώνα διαπιστώθηκε ότι οι 170 από αυτούς που ανήκαν στην κατηγορία μέτριου έως υψηλού κινδύνου για κόπωση από συμπόνια είχαν "συμπεριφορές αυτοθυσίας" ως τον κύριο παράγοντα που συνέβαλε στον κίνδυνο. Περίπου το 34% (N=47) των 170 νοσηλευτών που παρουσίαζαν αυτή τη συμπεριφορά ανήκαν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου για κόπωση από συμπόνια. Αυτή η ομάδα νοσηλευτών νοιαζόταν περισσότερο για τους ασθενείς τους παρά για τον εαυτό τους- βίωναν αυξημένες απαιτήσεις ζωής, μετατραυματικό στρες και έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης μέσα στο εργασιακό περιβάλλον(Abendroth M et al.,2006).

Σε μια μελέτη που αφορούσε νοσηλευτές εμφανίστηκαν κουρασμένοι, καταθλιπτικοί, θυμωμένοι, αναποτελεσματικοί, απαθείς και αποστασιοποιημένοι εξαιτίας πολλαπλών περιβαλλοντικών στρεσογόνων παραγόντων, όπως ο αυξανόμενος φόρτος εργασίας και το πολύωρο ωράριο καθώς και σε συνδυασμό με την ανάγκη ανταπόκρισης τους σε σύνθετες ανάγκες των ασθενών, συμπεριλαμβανομένου του πόνου, του τραυματικού γεγονότος και της συναισθηματικής δυσφορίας. Παρατηρήθηκαν επίσης σωματικές ενοχλήσεις όπως πονοκέφαλοι, αϋπνία και γαστρεντερικές διαταραχές. Το φαινόμενο αυτό φάνηκε να κλιμακώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου ως αποτέλεσμα του σωρευτικού στρες, ιδίως όταν οι

νοσηλευτές αγνοούσαν τα συμπτώματά τους και δεν φρόντιζαν τις συναισθηματικές τους ανάγκες(Bush N.J, 2009).

Για τους επαγγελματίες υγείας, η κόπωση συμπόνιας προκύπτει όταν σε μια στενή διαπροσωπική επαφή με έναν ασθενή, τα συναισθηματικά τους όρια θολώνουν σε τέτοιο βαθμό που ασυνείδητα αφομοιώνουν την αγωνία που βιώνει ο ασθενής (Bush N.J, 2009). Η εσωτερίκευση των αρνητικών συναισθημάτων που πηγάζουν από τη φροντίδα των ασθενών μπορεί να οδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας σε αισθήματα αυτοκατηγορίας, ματαιότητας ή ανικανότητας, ιδίως αν η εμπλοκή αυτή έχει μεγάλη διάρκεια.

Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου, σε ορισμένες μελέτες δεν υπήρχαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και του κινδύνου εμφάνισης κόπωσης από συμπόνια (Bellolio et al., 2014).

Θετική συσχέτιση εμφανίστηκε σε διάφορες μελέτες μεταξύ του χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και μικρότερης εμπειρίας με την εμφάνιση κόπωσης συμπόνιας στους επαγγελματίες υγείας(Hegney et al., 2014; Dasan et al.,2016).

Μία μελέτη που διεξήχθη στην Αθήνα και περιελάμβανε εγγεγραμμένους ψυχιατρικούς νοσηλευτές διαπίστωσε ότι οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο (1,2-8 φορές) να αναπτύξουν κόπωσης συμπόνιας σε σχέση με τους άνδρες (Mangoulia et al., 2015).

Σε μια άλλη έρευνα οργανωσιακοί και σχετιζόμενοι με την εργασία παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της επαφής με τους ασθενείς, του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, του χρόνου εργασίας, της υπευθυνότητα και της διοίκηση εντοπίστηκαν ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κόπωσης συμπόνιας(Severn et al., 2012) σε συνδυασμό με τους πόρους, το μέγεθος του τμήματος και την ποιότητα των σχέσεων στην εργασία(Mangoulia et al., 2015).

Μελέτες εντόπισαν την ενσυναίσθηση και τη θόλωση των ορίων φροντίδας των επαγγελματιών υγείας ως παράγοντες κινδύνου (Cho, Ho Jin et al.,2014).

Σε μελέτη σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Πόρτο οι νοσηλευτές επειγόντων και μονάδων εντατικής θεραπείας εμφάνισαν υψηλά ποσοστά κόπωσης συμπόνιας σχετιζόμενη με προσωπικούς παράγοντες όπως η ηλικία, η εργασιακή εμπειρία, το

φύλο και οι δραστηριότητες χαλάρωσης. Οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες των νοσηλευτών δρουν σαν προστατευτικός παράγοντας, οι νοσηλευτές που επενδύουν στην προσωπική ποιότητα ζωής διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο να αναπτύξουν κόπωση της συμπόνιας (Borges, et. al., 2019).

Στην Αυστραλία, από 914 νέους γιατρούς το 69% πληρούσε τα κριτήρια για επαγγελματική εξουθένωση και το 55,4% τα κριτήρια για κόπωση συμπόνιας. Το 71% των ερωτηθέντων ανέφεραν ικανοποίηση από την εργασία κάτω του μέσου όρου και ανησυχία για την υγεία και την ευημερία τους- ωστόσο, το 98% των ερωτηθέντων σκόπευε να συνεχίσει να ασκεί την ιατρική (Markwell A et al., 2009). Τα αποτελέσματα αυτά ήταν παρόμοια με εκείνα που βρέθηκαν σε μια μελέτη σε 1.000 γυναικολόγους στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην οποία το ένα τρίτο των ερωτηθέντων ανέφερε συναισθηματική εξάντληση, με περισσότερα συμπτώματα να αναφέρονται από εκείνους που αντιμετώπιζαν συγκρούσεις με ασθενείς ή συναδέλφους (Yoon J D,2009).

Στην Αμερική νοσηλευτές μονάδας τραύματος ανέφεραν υψηλή βαθμολογία ικανοποίηση της συμπόνιας 78,9%, η οποία συσχετίζεται με την στήριξη από την υπηρεσία, τις καλές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων, με την συμμετοχή τους σε άσκηση και την χρήση του διαλογισμού (Hinderer, et. al., 2014).

Σε μια μελέτη για το δευτερογενές τραυματικό στρες 67 νοσηλευτές του τμήματος επειγόντων περιστατικών από τρία κοινοτικά νοσοκομεία συμπλήρωσαν την κλίμακα δευτερογενούς τραυματικού στρες. Το 33% των 67 νοσηλευτών επειγόντων περιστατικών πληρούσε τα κριτήρια για αυξημένα συμπτώματα δευτερογενούς τραυματικού στρες. Για την υποκλίμακα της εισβολής, το πιο συχνά αναφερόμενο σύμπτωμα αφορούσε παρεμβατικές σκέψεις σχετικά με τους ασθενείς. Για την υποκλίμακα αποφυγής, το πιο συχνά αναφερόμενο σύμπτωμα ήταν η αποφυγή των ασθενών. Περισσότερο από το ήμισυ του δείγματος ανέφερε δυσκολία στον ύπνο ή εύκολη ενόχληση στην υποκλίμακα διέγερσης(Dominquez-Gomez et al., 2009).

Σε άλλη έρευνα αξιολογήθηκε το δευτερογενές τραυματικό στρες σε 43 νοσηλευτές ογκολογίας. Τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι 16 από τους νοσηλευτές (38%) παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες. Τα πέντε συμπτώματα που αναφέρθηκαν συχνότερα ήταν δυσκολία στον ύπνο, επίμονες

σκέψεις για τους ασθενείς, ευερεθιστότητα, δυσοίωνο μέλλον και μειωμένο επίπεδο δραστηριότητας(Quinal L,2009).

Σε μια μελέτη για την κόπωση από τη συμπόνια και την επαγγελματική εξουθένωση που διεξήχθη σε ένα δείγμα 20 νοσηλευτών που εργάζονταν με παιδιά με χρόνιες ασθένειες(Maytum et al., 2004), οι πιο συχνά αναφερόμενοι παράγοντες που προκάλεσαν την κόπωση από τη συμπόνια ήταν οι επώδυνες διαδικασίες που γίνονταν σε παιδιά, η υπερβολική θλίψη και οι θάνατοι παιδιών που έπασχαν από χρόνια ασθένεια. Η υπερβολική εμπλοκή ή η υπέρβαση των επαγγελματικών ορίων αποτέλεσε επίσης σημαντική αιτία . Οι νοσηλευτές περιέγραψαν προσωπικές στρατηγικές αντιμετώπισης όπως η διατήρηση της αίσθησης του χιούμορ και της θετικής στάσης και την ανάπτυξη μιας προσωπικής φιλοσοφίας νοσηλευτικής φροντίδας και επίσης στρατηγικές αντιμετώπισης που σχετίζονται με την εργασία όπως η συζήτηση με τους συναδέλφους και η ανάπτυξη προσωπικής επίγνωσης των παραγόντων που προκαλούν κόπωση συμπόνιας.

Μελέτες ανέφεραν ότι το εργασιακό περιβάλλον σχετίζεται σημαντικά με τα επίπεδα της κόπωσης συμπόνιας (Alharbi et al., 2019). Μια συστηματική ανασκόπηση ανέφερε ότι ο επιπολασμός της κόπωσης συμπόνιας κυμαίνεται από 7,3% έως 40% στη ΜΕΘ (van Mol et al., 2015). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ΜΕΘ αποτελούν ένα ιδιαίτερο εργασιακό περιβάλλον υψηλής έντασης, άγχους, και μοναδικών εργασιακών χαρακτηριστικών (μεγάλος φόρτος εργασίας, πολλές ώρες εργασίας, συχνή ροή εργασιών) και χώρος συνάντησης με τις προσδοκίες των ασθενών και των οικογενειών, της νοσηλείας με επίκεντρο τον ασθενή (Jakimowicz S et al.,2015).Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ έρχονται συχνά αντιμέτωποι με τραυματικές ασθένειες, απειλητικά για τη ζωή γεγονότα, θέματα τέλους της ζωής, τη λήψη ηθικών αποφάσεων, τον συνεχή πόνο των ασθενών και την ιατρική ματαιότητα (De Villers M et al.,2013).

Η ανθεκτικότητα και η ελπίδα αποτελούν παράγοντες που μπορούν να αναχαιτίσουν την ανάπτυξη της κόπωσης από τη συμπόνια επιτρέποντας στον νοσηλευτή και ιατρό να βιώσει θετικά αποτελέσματα από το έργο της φροντίδας. Για παράδειγμα, η ελπίδα μπορεί να ενισχύσει την ποιότητα της σχέσης μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς αλλά και την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα(Simpson C, 2004). Η ανθεκτικότητα, η οποία ορίζεται ως *''η ικανότητα να προχωράμε με θετικό τρόπο από*

αρνητικές, τραυματικές ή στρεσογόνες εμπειρίες'' , έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει τις σχέσεις, διευκολύνει τη συναισθηματική ενόραση και μειώνει την ευπάθεια σε δυσμενείς επιπτώσεις από το εργασιακό περιβάλλον (Jackson D et al., 2007).

Οι Karanikola M et al., (2015) αναφερόμενοι στις ΜΕΘ ως τμήματα υψηλής πίεσης και κινδύνου πρότειναν στη διοίκηση των νοσοκομείων να λάβουν μέτρα για την μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης και του εργασιακού στρες που μαστίζει τις μονάδες και να βελτιώσουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθημάτων μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού των τμημάτων, γεγονός που θα μπορούσε να αποτρέψει ή να βελτιώσει την κόπωση συμπόνιας.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης από τη συμπόνια και της κόπωσης από τη συμπόνια είναι εξίσου σημαντικές. Δεδομένου ότι η κόπωση από συμπόνια μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία των επαγγελματιών υγείας αλλά και των ασθενών ενώ η ικανοποίηση από τη συμπόνια, μπορεί να επιφέρει αυξημένη αίσθηση ευθύνης και ελέγχου της υγείας των ασθενών, την αίσθηση ότι οι ασθενείς ακούγονται και κατανοούνται, την αύξηση της εμπιστοσύνης των ασθενών προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και την αύξηση της ελπίδας των ασθενών, δεν είναι καθόλου τετριμμένο να αξιολογηθούν τα επίπεδα και των δυο φαινομένων στους παρόχους φροντίδας υγείας(Lloyd M et al.,2011).

Η νέα Πανδημία Covid -19

Η νόσος Covid-19 έκανε την εμφάνιση της στην πόλη Wuhan της Κίνας τον Δεκέμβριο του 2019 και μεταδόθηκε πολύ γρήγορα και σε άλλες χώρες του κόσμου. Στις 31 Ιανουαρίου του 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εξαιτίας του φόβου της ταχείας εξάπλωσης της νόσου που οφείλεται στο νέο κορωνοϊό SARS-Covid-2 ανακοίνωσε ότι η νόσος έχει πάρει τις διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας και στις 11 Μαρτίου η νόσος Covid-19 χαρακτηρίστηκε ως πανδημία. (Mojifur et al., 2021).

Η κλινική διάγνωση έδειξε ότι η νόσος Covid-19 έχει παρόμοια κλινική εικόνα με ασθενείς με άλλου τύπου κορωνοϊό όπως για παράδειγμα αυτός που προκάλεσε το αναπνευστικό σύνδρομο της Μέσης Ανατολής (MERS) και ο κορωνοϊός στον οποίο οφείλεται το Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (SARS).

Ο πυρετός, ο βήχας, ο πονοκέφαλος, η δυσκολία στην αναπνοή, η ανοσμία, η αγευσία οι μυαλγίες, η κόπωση και εν συνεχεία η πνευμονία και μια σειρά εκδηλώσεων από τα διάφορα συστήματα του οργανισμού αποτελούν κλινικά συμπτώματα τα οποία μπορεί να επιδεινωθούν σημαντικά με δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία και να οδηγήσουν τον ασθενή στην εξέλιξη τους σε βαριά νόσηση, τη νοσηλεία σε ΜΕΘ, ακόμη στο θάνατο (Μόσιαλος 2021).

Άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, άτομα με κάποιο υποκείμενο νόσημα, άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο είναι περισσότερο ευάλωτα στο να προσβληθούν από τον κορωνοϊό SARS-Covid-2 και μάλιστα να νοσήσουν βαριά.

Στις 27/10/2021 ο αριθμός των κρουσμάτων από τον νέο κορωνοϊό που καταγράφηκε παγκοσμίως έφτασε τα 245.310.781 , ο αριθμός των θανάτων τα 4.979.544 και αυτών που ανάρρωσαν τα 222.400.217. Στην Ελλάδα αντίστοιχα την ίδια περίοδο ο αριθμός των κρουσμάτων άγγιξε τις 724.571, ο αριθμός των νεκρών τις 15.707 και οι περιπτώσεις ίασης τις 671.596. (Worldometers 2021). Ενδεικτικά στις 28 Ιανουαρίου 2022 ο ημερήσιος αριθμός των νέων κρουσμάτων ήταν 22.361 , στις 5 Απριλίου 18.456 και στις 12 Νοεμβρίου του 2022, 56.194 νέα κρούσματα. Συνολικά στην Ελλάδα ο αριθμός των κρουσμάτων ξεπερνά τα 5.36 εκ και ο αριθμός των θανάτων αγγίζει τις 34.178 σύμφωνα με το CSSEGISandData.

Ανάλογες πανδημίες με επακόλουθο εκατομμύρια νεκρών ήταν η «Ισπανική Γρίπη» του 1918 όπου από τις αρχές Μαρτίου του 1918 έως τον Οκτώβριο του ίδιου έτους εξαπλώθηκε σε όλες τις Ηπείρους μολύνοντας το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού ενώ ο αριθμός των θανάτων υπολογίζεται ότι έφθασε τα 100 εκατομμύρια. Η «Ασιατική Γρίπη» 1957-1958 και ο ιός H2N2 ξεκινώντας από την Κίνα προκάλεσε περίπου 2 εκ. θανάτους παγκοσμίως. Η «Ρώσικη Γρίπη» του 1977 προκλήθηκε από τον ιό H1N1 αφήνοντας πίσω 700.000 νεκρούς και τέλος η «Γρίπη των Χοίρων» 2009-2010 ο νέος ιός H1N1 ξεκινώντας από το Μεξικό προκάλεσε τον θάνατο 500.000 ανθρώπων(Wikipedia, 2021).

Η πανδημία του νέου κορωνοϊού που προκαλεί τη νόσο Covid-19 όπως και οι άλλες πανδημίες που εμφανίστηκαν σε διάφορες χρονικές περιόδους και καταγράφονται στην παγκόσμια ιστορία εκτός από τα εκατομμύρια των νεκρών και των βαριά νοσοούντων επιφέρουν αλλαγές τεράστιες στην κοινωνική, πολιτική και πολιτισμική και κυρίως οικονομική πραγματικότητα κάθε χώρας. Οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με μια πρωτοφανή κρίση που κλονίζει κάθε πτυχή της καθημερινότητας τους.

Η επόμενη μέρα βρίσκει όλες τις κυβερνήσεις του κόσμου προβληματισμένες για το ποιες ενέργειες θα υιοθετήσουν προκειμένου να περιορίσουν τη διασπορά του ιού και να διαχειριστούν αποτελεσματικά κρίσιμα επικοινωνιακά ζητήματα. Αυτό πρέπει να γίνει καλλιεργώντας ένα κλίμα εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας προς τις αρμόδιες αρχές. Η αρχή που διέπει την προσέγγιση της επικοινωνιακής διαχείρισης επειγουσών καταστάσεων και κινδύνου είναι ότι η αποτελεσματική επικοινωνία καθορίζει την απάντηση και εν συνεχεία την ανάκαμψη μιας κοινωνίας που βρίσκεται σε κίνδυνο(Ψωμάδη Μ και συν.,2021).

Τον Μάρτιο του 2020 το πρώτο κύμα του κορωνοϊού έπληξε και τη χώρα μας, η οποία όμως, αντέδρασε καίρια, αποφασιστικά και αποτελεσματικά. Σε ιστοχώρο του ΕΟΔΥ(Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας) αναρτήθηκαν στοχευμένες και εύληπτες οδηγίες αναφορικά με την πρόληψη και την προστασία από το νέο κορωνοϊό για όλες τις κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού. Καθημερινά λάμβανε χώρα πληροφόρηση των πολιτών για τα επιδημιολογικά στοιχεία, για τις διαχειριστικές ενέργειες και τις επιχειρησιακές δράσεις για την αντιμετώπιση του της νόσου Covid-19.

Στα ΜΜΕ και στα ΜΚΔ(Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης), επικοινωνιακές εκστρατείες με τίτλους, «Μένουμε σπίτι, μένουμε υγιείς», «Μένουμε ασφαλείς, βγαίνουμε νικητές» κατάφεραν να προωθήσουν στους πολίτες το αίσθημα της διαφύλαξης της δημόσιας υγείας μέσα από την τήρηση των μέτρων και οδηγιών όσον αφορά την ατομική υγιεινή (επιμελής καθαρισμός των χεριών, αποφυγή επαφής με τη μύτη και τα μάτια) και την ατομική προστασία (χρήση προστατευτικής μάσκας προσώπου, τήρηση αποστάσεων) έως τη σημασία της παραμονής σε συνθήκες απομόνωσης και καραντίνας.

Μέσω όλων των διαθέσιμων καναλιών επικοινωνίας δόθηκε κατάλληλη καθοδήγηση στου πολίτες ως ειδικότερη εφαρμογή συστάσεων του ΠΟΥ, με την μορφή παραινέσεων και υποδείξεων διατήρησης της ψυχοσωματικής ευεξίας. Αυτό επιτεύχθηκε με την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέσω της σύστασης τηλεφωνικών κέντρων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και την κατάρτιση εγχειριδίων μεσογειακής διατροφής και άσκησης ,υποστήριξης γονέων στη φροντίδα παιδιών και εφήβων(Ψωμιάδη Μ.Ε και συν.,2021).

Στα πλαίσια της σωστής επικοινωνιακής διαχείρισης της κρίσης επιβλήθηκαν αυστηρότερα μέτρα όπως η διακοπή λειτουργίας εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, εμπορικών κέντρων , καταστημάτων εστίασης και πολιτισμού, η τηλεργασία, ο περιορισμός και έλεγχος κυκλοφορίας προσώπων, η υποχρεωτική χρήση της μάσκας σε κλειστούς και αργότερα και σε ανοιχτούς χώρους(Σούλης Σ, 2020).

Η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες με τα μικρότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας εξαιτίας της ταχύτερης λήψης μέτρων και του τρόπου εφαρμογής τους παρά τις κοινωνικές αντιστάσεις και τις σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις (Σούλης Σ,2020).

Είναι αξιόλογο βέβαια να σημειωθεί ότι σε λίγους μόλις μήνες διπλασιάστηκε ο αριθμός των κλινών ΜΕΘ ξεπερνώντας τον αντίστοιχο χωρών όπως η Δανία η Ιταλία και το Ην. Βασίλειο. Όμως σύμφωνα με τον Καθ. Σούλη Σωτήριο *«οι ΜΕΘ είναι άκρως αναγκαίες γιατί σώζουν μεγάλο ποσοστό βαριά νοσούντων ατόμων, αλλά δεν είναι το φάρμακο για την αντιμετώπιση της πανδημίας»*.

Οι αλλαγές που επήλθαν θετικές και αρνητικές με την έναρξη της πανδημίας στην Ελλάδα συνέβησαν κάτω από τις ιδιαίτερες συνθήκες των νέων τεχνολογιών και

επιστημονικών εξελίξεων ,της νέας αναδιαμορφωμένης πολιτικής διαχείρισης κρίσεων και της προσπάθειας ψηφιοποίησης της δημόσιας διοίκησης και του ΕΣΥ.

Σημαντικό ρόλο σε αυτό έπαιξε και το γεγονός ότι η πολιτική διαχείριση της κρίσης ανέθεσε την αντιμετώπιση της, στο εξειδικευμένο και ακέραιο προσωπικό της χώρας το οποίο συνεργάστηκε παρακάμπτοντας την απολυτότητα της αυθεντίας, και με καθορισμό των ρόλων και συντονισμό των δράσεων προχώρησε στη λήψη αποφάσεων και ενεργειών προς όφελος των πολιτών (Σούλης Σ, 2020).

Η καταπολέμηση της νόσου Covid-19 και η αναχαίτιση του πανδημικού φαινομένου είναι επιτακτική ανάγκη παγκοσμίως καθώς αποτελεί συνεχή ασύμμετρη και απρόβλεπτη απειλή για την ανθρωπότητα. Μέχρι σήμερα η πανδημία έχει επιφέρει το θάνατο εκατομμυρίων ανθρώπων , εκατομμύρια είναι και αυτοί που νοσούν. Επίσης λόγω της αδυναμίας ή και του φόβου παρακολούθησης και περίθαλψης για άλλα προβλήματα υγείας τα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας από διάφορες αιτίες έχουν αυξηθεί δραματικά. Οι λεγόμενες « ευάλωτες » ομάδες πληθυσμού (ηλικιωμένοι, οικονομικά άποροι, άστεγοι, πρόσφυγες, εθνικές μειονότητες) είναι αυτές που πλήττονται κυρίως τονίζοντας τις υπάρχουσες ανισότητες υγείας καταργώντας τις θεωρίες περί κοινωνικής ουδετερότητας.

Ο φόβος της νόσησης, το στίγμα του μολυσμένου, ο φόβος του θανάτου, η απώλεια αγαπημένων προσώπων, ο εγκλεισμός, η απώλεια της εργασίας, η παρατεταμένη αβεβαιότητα για το μέλλον αυξάνει τα επίπεδα της ψυχικής δυσφορίας σε υγιή άτομα και πυροδοτεί εκδηλώσεις ψυχικών διαταραχών σε ψυχικά επιβαρυνμένα άτομα(Σταχτέας Π. κ.α.,2020). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει ήδη εκφράσει την ανησυχία του για την ψυχική υγεία και τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της πανδημίας: επιδείνωση συναισθημάτων μοναξιάς, άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία, υπερκατανάλωση αλκοόλ, ακόμα και χρήση ναρκωτικών ουσιών, αυτοτραυματισμός, αυτοκτονική συμπεριφορά και ενδοοικογενειακή βία(Aughterson H et al.,2021).

Σε μια έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε τον Μάιο / Ιούνιο του 2021, την περίοδο που στην Ελλάδα ολοκληρωνόταν το δεύτερο καθολικό lockdown, και συμπληρώθηκε από 1.232 εργαζόμενους στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα της χώρας, για την ψυχική υγεία και ευεξία των εργαζομένων στην Ελλάδα από την ΕΥ Ελλάδος, την Hellas EAP το Εργαστήριο Πειραματικής Ψυχολογίας του Τμήματος Ψυχολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, βρέθηκαν αυξημένα

ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και θυμού, περισσότερο επιβαρυνμένες εμφανίστηκαν οι γυναίκες και οι νεότεροι εργαζόμενοι ενώ φάνηκε να επηρεάστηκε σημαντικά και ποιότητα ζωής τους. Έτσι, 40% δηλώνουν ότι δεν είναι σίγουροι ότι μπορούν ή ότι πραγματικά δεν μπορούν να διαχειριστούν τα επίπεδα του στρες που έχουν, ενώ 27% πιστεύουν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά οι διαπροσωπικές τους σχέσεις. Επιπρόσθετα, 3 στους 10 δηλώνουν ότι δε διατηρούν καμία αρμονία ή ισορροπία ανάμεσα στην προσωπική και επαγγελματική τους ζωή (ey.com/gr).

Η υγειονομική κρίση που προκάλεσε η πανδημία Covid-19 ανέδειξε τις αδυναμίες, των δημόσιων συστημάτων υγείας που για χρόνια παραμένουν υποχρηματοδοτούμενα θέτοντας σε κίνδυνο τη βιωσιμότητά τους.

Κρίνεται έτσι αναγκαία η ενίσχυση της χρηματοδότησης και η σωστή κατανομή των πόρων με στόχο τον σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό των μονάδων υγείας και την κάλυψη αυτών με τον απαραίτητο εξοπλισμό, (όπως π.χ. αναπνευστήρες και ατομικά μέτρα προστασίας για το προσωπικό) και να έχουν τη δυνατότητα ανάπτυξης νέων δομών (όπως π.χ. δομές για την περίθαλψη των νοσούντων και ξεχωριστές δομές για απομόνωση των θετικών κρουσμάτων με ήπια συμπτωματολογία), τη στελέχωση όλων υπηρεσιών υγείας με το απαραίτητο υγειονομικό προσωπικό και με την αύξηση των κοινωνικών παροχών στις ομάδες πληθυσμού που βρίσκονται σε δυσμενή θέση (άστεγοι, άνεργοι, φτωχοί, άτομα με αναπηρία, χρήστες ουσιών κ.α). Το κράτος Πρόνοιας πρέπει να μεριμνήσει για την καθολική και ίση πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και στην ποιοτική και αξιόπιστη ενημέρωση όσον αφορά τα προληπτικά μέτρα συμπεριλαμβανομένου και τον εμβολιασμό, παρακάμπτοντας γραφειοκρατικά, οργανωτικά, οικονομικά και πολιτισμικά εμπόδια κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της πανδημίας(Υπουργείο Υγείας, 2021).

Η αναχαίτιση του πανδημικού κύματος σε παγκόσμιο επίπεδο ανέδειξε την ανάγκη για τη δημιουργία διασυνοριακών κέντρων υγείας , τη διευκόλυνση διακρατικής παροχής υπηρεσιών υγείας , την ανάπτυξη πολιτικών «διπλωματίας στην υγεία» με διεθνείς οργανισμούς και φορείς και τη μεταξύ αυτών διάχυση πληροφοριών και γνώσεων(Υπουργείο Υγείας).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε το έτος 2021 ως το Διεθνές Έτος Εργαζομένων Υγείας και Φροντίδας, αναγνωρίζοντας έτσι την αφοσίωση και τη

θυσία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και της φροντίδας στην πρώτη γραμμή της πανδημίας Covid-19. Ο αυξημένος φόρτος και τα ατελείωτα ωράρια εργασίας, ο φόβος πιθανής μόλυνσης και μετάδοσης του ιού στους αγαπημένους τους, η μη συμμόρφωση του κοινού με τα μέτρα προστασίας, η παρατεταμένη κόπωση και νευρική εξάντληση οδηγούν το υγειονομικό προσωπικό σε επαγγελματική εξουθένωση (Aughterson H et al., 2021).

Η επίδραση της πανδημίας COVID-19 στην επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή διαχείρισης και αντιμετώπισης του νέου κορωνοϊού, είναι αναπόφευκτα σε μεγαλύτερο κίνδυνο έκθεσης από οποιαδήποτε άλλη επαγγελματική ομάδα (Chen X et al., 2021). Χαρακτηριστικά ο αριθμός των θανάτων των νοσηλευτών από Covid-19 άγγιξε τους 1500 σε 44 χώρες μέχρι τον Οκτώβριο του 2020 ενώ υπολογίζεται ότι ο πραγματικός αριθμός παγκοσμίως ξεπερνά τις 20.000 (International Council of Nurses 2020). Ο αυξανόμενος αριθμός θανάτων στους επαγγελματίες υγείας με την εξέλιξη της πανδημίας αυξάνει δραματικά την πίεση στα συστήματα υγείας θέτοντας σε κίνδυνο την δημόσια υγεία.

Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν ίσως μια από τις πιο σκοτεινές περιόδους της επαγγελματικής τους ζωής. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να εργαστεί κάτω από αντίξοες συνθήκες. Ο αυξημένος όγκος εργασίας, το αυξημένο ωράριο και η παράταση των βαρδιών χωρίς ενδιάμεση ανάπαυση, ο μειωμένος ύπνος, ο φόβος της έκθεσης και της μόλυνσης των ίδιων και η μετάδοση στις οικογένειές τους, η αντιμετώπιση του θανάτου σε καθημερινή βάση, η αυξημένη και απαιτητική φροντίδα των ασθενών με τη χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, η λήψη περίπλοκων κλινικών και ηθικών αποφάσεων όσον αφορά τη θεραπεία των ασθενών, η εφαρμογή νέων πρωτοκόλλων και στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου με βάση τα παγκόσμια δεδομένα με αβέβαιο τις περισσότερες φορές αποτέλεσμα, η προσπάθεια εναρμόνισης της επαγγελματικής με την προσωπική ζωή, ο φόβος του κοινωνικού στίγματος και ο κίνδυνος της κοινωνικής απομόνωσης, η ελλιπής

εκπαίδευση στην περίθαλψη ασθενών με Covid-19 και η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης αποτελούν κάποιους υψηλά στρεσογόνους παράγοντες που θέτουν σε κίνδυνο την ψυχική και σωματική υγεία των υγειονομικών της πρώτης γραμμής (Raudenská J et al., 2020), (Pappa S et al., 2020). Η ψυχολογική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας την περίοδο του Covid έχει λάβει αυξημένες διαστάσεις, με έρευνα να δείχνει υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, ψυχολογικού στρες και αυτοκτονιών σε σχέση με άλλα επαγγέλματα (Shefler et al, 2020; Lee et al, 2021).

Υπό αυτές τις συνθήκες το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει ψυχιατρικές διαταραχές και έκπτωση της ψυχικής του υγείας που οδηγούν τελικά στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Elhadi M et al., 2020). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης επιφέρει μια σειρά δυσάρεστων επιπτώσεων στην υγεία των επαγγελματιών υγείας όπως αϋπνία, άγχος κατάθλιψη, χρόνια συναισθηματική και σωματική εξάντληση και παρατεταμένο στρες καθώς επίσης απώλεια ενδιαφέροντος για δουλειά και μειωμένη αίσθηση ικανοποίησης, παραίτηση, και αποπροσωποποίηση και κατά συνέπεια αναποτελεσματικότητα στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας των ασθενών (Jalili M et al., 2021) (Ishak WW et al., 2021).

Εξαιτίας της ταχείας μετάδοσης της νόσου και της υψηλής θνησιμότητας, της έλλειψης κατανόησης της δυναμικής της πανδημίας, της ανεπαρκούς ψυχολογικής υποστήριξης και του συντριπτικού φόρτου εργασίας, έχει αναφερθεί η ανάπτυξη διαφόρων προβλημάτων, όπως αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, συμπεριφορά αποφυγής, μυοσκελετικοί πόνοι, σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και αγωνία, ιδιαίτερα για τους επαγγελματίες υγείας που αγωνίζονται στην πρώτη γραμμή της πανδημίας (Neto MLR et al., 2020; Muller AE et al., 2020).

Οι ιατροί και νοσηλευτές αποτελούν το βασικό κορμό των συστημάτων υγείας παγκοσμίως ειδικά σε μια τέτοια περίοδο με αυξημένες ανάγκες παροχής υπηρεσιών σε έναν πληθυσμό που κινδυνεύει με θάνατο, όταν αυτό το σύστημα δεν μπορεί να ανταποκριθεί (Hu et al 2020). Ο αριθμός των νοσούντων από τον COVID-19 πολλαπλασιάζεται με ταχύτατο ρυθμό, προκαλώντας ιδιαίτερα προβλήματα σε χώρες με υποστελέχωση αυτών των υπηρεσιών (Wu et al 2020). Πολλές χώρες όπως και η Ελλάδα, για να μπορέσει να ανταποκριθεί το σύστημα υγείας τους στην εξάπλωση του φαινομένου προχώρησαν σε απαγόρευση ή ανάκληση αδειών του προσωπικού,

πρόσκληση επιστροφής στην εργασία των συνταξιούχων κυρίως ιατρών, μετακινήσεις ιατρών καθώς και επιστράτευση ιδιωτών ιατρών να στελεχώσουν δημόσιες δομές-μονάδες Covid και σε νέες προσλήψεις μόνιμου ή εποχικού προσωπικού (Iserson 2020).

Σε μια έρευνα των Jallili M et al,(2021) φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 50,1% βίωναν υψηλό βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, σε ποσοστό 13,2% υψηλό βαθμό αποπροσωποποίησης ενώ μόλις 0,8% θεωρεί ότι απέτυχε στους στόχους του. Στην ίδια έρευνα όσον αφορά τους δημογραφικούς παράγοντες το φύλο ήταν η μόνη μεταβλητή που σχετίζεται με υψηλό δείκτη εξουθένωσης και στους τρεις τομείς.

Μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση παρατηρείται στις γυναίκες και ιδίως αυτές που δεν έχουν παιδιά (περισσότερο σε γιατρούς και λιγότερο σε νοσηλεύτριες). Υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης παρατηρήθηκαν σε άντρες και ιδίως μικρότερης ηλικίας (<36 χρόνων). Συνολικά το 53% του δείγματος εμφάνισε επαγγελματική εξουθένωση (BOS).

Παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με το φύλο παρατηρήθηκαν και στις μελέτες των (Chen et al.,2020 ; Hu et al.,2020) ενώ όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, η ανώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης συντελεί σε μεγαλύτερη εξουθένωση μεταξύ των νοσηλευτών(Aydin Sayilan et al.,2020 ; Zhang et al.,2020).

Νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα ειδικά σχεδιασμένα για Covid-19 , σε ΜΕΘ, σε νοσοκομεία με ελλιπή μέσα ατομικής προστασίας και ελλιπής εκπαίδευση στη φροντίδα ασθενών με Covid-19, με μικρότερη εργασιακή εμπειρία και με μειωμένη αυτοπεποίθηση ως προς τη λήψη ατομικής προστασίας σε συνδυασμό με τον αυξημένο φόρτο εργασίας παρουσιάζουν υψηλό βαθμό εξουθένωσης(Galanis P, et al.,2020). Η ίδια μελέτη με στοιχεία από 49 χώρες ανέδειξε ότι τα συμπτώματα του burnout μεταξύ των νοσηλευτών της πρώτης γραμμής ανέρχεται στο 11,23%.

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στην Ιταλία και συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Βερόνας όπου το κύμα της πανδημίας ήταν σφοδρό με το ξέσπασμα της, 38,3% του προσωπικού υγείας παρουσίασε υψηλή συναισθηματική εξάντληση, 46,5% χαμηλή αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων και 26,5% υψηλό αίσθημα αποπροσωποποίησης. Τα ποσοστά στους γιατρούς στους 3 τομείς ήταν (34,9%,

63,9%, και 33,4%) αντίστοιχα . Στους νοσηλευτές ήταν αντίστοιχα 49,2%, 46,9% και 29,7%. Οι ειδικευόμενοι γιατροί διατρέχουν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο και στις 3 κλίμακες του MBI ενώ οι νοσηλευτές περισσότερο στην κλίμακα της συναισθηματικής εξουθένωσης (Lasalvia A et al.,2021).

Η ίδια έρευνα ανέδειξε ότι το 50% των επαγγελματιών υγείας είχε συχνές συγκρούσεις με τους συναδέλφους , 59,6% ανέφερε ότι χρειάστηκε να εκτελέσει εργασίες αλλότριες των καθηκόντων του και 65,3% ότι δούλευε υπό συνθήκες αυξημένης πίεσης και εργασιακού φόρτου. Όσον αφορά την αντίληψη του κινδύνου ποσοστό 66,5% των εργαζομένων εξέφρασε φόβο φροντίζοντας ασθενείς με covid-19 και 82,8% φόβο για τον κίνδυνο νόσησης. Σημαντικό εύρημα αποτελεί ότι 49,6% του προσωπικού ανέφερε ότι πολλοί από τον κοινωνικό τους περίγυρο τους απέφευγαν εξαιτίας της δουλειάς τους και μεταξύ αυτών και τα μέλη της οικογένεια τους σε ποσοστό 26,7%. Οι ίδιοι απέφευγαν τους συναδέλφους τους που πιθανόν είχαν εκτεθεί στον κορωνοϊό σε ποσοστό 28,5% ενώ 64,9% αυτών φοβόνταν την μετάδοση του κορωνοϊού στην οικογένεια τους. Αξιοσημείωτο μεταξύ άλλων είναι ότι το σύνδρομο του Burnout ήταν αυξημένο στους επαγγελματίες υγείας που λάμβαναν κάποια ψυχιατρική αγωγή, που είχαν μια τραυματική εμπειρία σχετιζόμενη με τη νόσο Covid -19 στο εργασιακό τους περιβάλλον , που εξαιτίας του φόβου μετάδοσης του ιού στα μέλη της οικογένειας τους αναγκάστηκαν να μένουν εκτός της οικία τους και τέλος αναγκάστηκαν να αλλάξουν τις καθημερινές τους συνήθειες και τον τρόπο ζωής τους (Lasalvia A et al.,2021)

Νέα στοιχεία προστίθενται από τη μελέτη των Xin Zhang et al,(2021) που διεξήχθη στην Κίνα. Οι εργαζόμενοι που δούλευαν συνεχόμενα περισσότερο από 8 ώρες, αυτοί που ήταν αδύνατο να έχουν τουλάχιστον 3 γεύματα καθημερινά, όσοι έπιναν λιγότερο από 800ml νερού το 24ωρο, όσοι κοιμότανε λιγότερο από 6 ώρες ημερησίως και όσοι είχαν προσβληθεί οι ίδιοι ή κάποιος από τους συναδέλφους τους από το νέο κορωνοϊό βίωναν σε μεγάλο βαθμό συναισθηματική εξάντληση. Αντίθετα όσοι μπορούσαν να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες εργασίας(σωστή χρήση των μέσων ατομικής προστασίας), όσοι ήταν ικανοποιημένοι από τα μέτρα προστασίας που έλαβε το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονταν και όσοι δέχονταν ψυχολογική υποστήριξη βίωναν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Κατά αντιστοιχία οι μετέχοντες γιατροί και νοσηλευτές που ήταν αδύνατο να φάνε πάνω από 3 φορές την ημέρα, που είχαν προσβληθεί από Covid-19 οι ίδιοι ή οι συνάδελφοι τους βίωναν σε μεγαλύτερο

ποσοστό αποπροσωποποίηση. Ενώ όσοι μπορούσαν να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα και στα μέτρα πρόληψης και προστασίας ενάντια στον κορωνοϊό παρουσίασαν μικρότερο βαθμό αποπροσωποποίησης-κυνισμού. Στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε αυξημένο ποσοστό αίσθησης προσωπικής επίτευξης των στόχων από τους επαγγελματίες υγείας που συμμορφώθηκαν με τα μέτρα πρόληψης διάδοσης του κορωνοϊού και δέχτηκαν κάποιου είδους ψυχολογική υποστήριξη.

Σε μια άλλη έρευνα στην Ιαπωνία βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης ασθενών με covid-19 και συγκεκριμένα το 50% αυτών ανέπτυξαν burnout σε ποσοστό σημαντικά υψηλότερο συγκριτικά με αυτούς που δούλευαν με non-covid-19 ασθενείς (9.5%)(Nishimura Y, et al., 2021).

Τέλος σε μια έρευνα που αφορούσε νοσηλευτές έδειξε μικρότερες διαφορές υπεροχής όσον αφορά τα ποσοστά εξουθένωσης στις δυο διαστάσεις (αποπροσωποποίηση, προσωπική επίτευξη) σε όσους εργάζονταν σε τμήματα covid συγκριτικά με αυτούς σε non-covid τμήματα και μεγαλύτερη διαφορά στο κομμάτι στις συναισθηματικής εξάντλησης.(75,9% vs 53.2%)(Rivas N et al., 2021).

Η πανδημία του SARS-CoV-2 έχει οδηγήσει σε μια συνολική αύξηση σε νέες περιπτώσεις άγχους, κατάθλιψης και εξάντλησης τους επαγγελματίες υγείας και κυρίως σε όσους εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Δεδομένης της εξαιρετικά μεταδοτικής φύσης του SARS-CoV-2, οι επαγγελματίες κίνδυνοι έχουν συσχετιστεί περισσότερο με συναισθηματική επίδραση σε γιατρούς που εργάζονται στην πρώτη γραμμή της πανδημίας (Elbay et al. 2020). Ωστόσο, μελέτες που συμπεριλάμβαναν επαγγελματίες σε ΜΕΘ για την διαχείριση ασθενών με νόσο COVID-19, δεν επιβεβαίωσε ότι η έκθεση στην ασθένεια που σχετίζονται με το πανδημικό κύμα ήταν ο κύριος παράγοντας για συμπτώματα σοβαρής εξάντλησης, άγχους και κατάθλιψης (Elbay et al. 2020; Morgantini et al. 2020).

Παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης εξουθένωσης δεν αποτελεί μόνο η άμεση επαφή με ασθενείς covid-19 αλλά και η αυξημένη και εντατική φροντίδα βαρέως πασχόντων σε καθημερινή βάση, το παρατεταμένο ωράριο εργασίας, οι υψηλές απαιτήσεις της δουλειάς, η αυξημένη πίεση σε ένα υψηλά στρεσογόνο περιβάλλον. Ειδικευόμενοι γιατροί και νοσηλευτές αντιμετωπίζουν καθημερινά νέες προκλήσεις και τραυματικές

εμπειρίες σχετιζόμενες με τη νόσο Covid-19 και έρχονται συχνά σε επαφή με τον θάνατο (Galanis P,et al.,2020; Lasalvia A et al.,2021).

Οι νεότεροι νοσηλευτές εξαιτίας της απειρίας τους στην αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων και ειδικά υπό συνθήκες φροντίδας με περιορισμένα μέσα κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν burnout. Η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και εξειδικευμένης γνώσης θα αυξήσει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης και απόδοσης στη φροντίδα των ασθενών με covid-19(Galanis P,et al.,2020).

Επίσης ευρήματα αρκετών ερευνών αποδίδουν μεγαλύτερο ποσοστό ψυχικού stress σε νεότερους επαγγελματίες υγείας ιατρούς και νοσηλευτές εξαιτίας του γεγονότος ότι κάνουν συχνή χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και είναι αποδέκτες όλων των πληροφοριών σχετικά με την πανδημική κρίση τις οποίες δεν μπορούν να διαχειριστούν και είναι αυτοί που πλήττονται περισσότερο από τους περιορισμούς και τις απαγορεύσεις στις ατομικές και κοινωνικές τους δραστηριότητες στη διάρκεια του lockdown (Alsulimani LK et al.,2021).

Οι Babamiri et al.2020 δήλωσαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας της εργασίας στις τρέχουσες συνθήκες πανδημίας, δεδομένου ότι η αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση είχε επίσης μακροπρόθεσμες συνέπειες σε προηγούμενες πανδημίες.

Δεδομένου ότι οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν την πρώτη γραμμή επίθεσης και την τελευταία γραμμή άμυνας στη μάχη ενάντια του νέου κορωνοϊού SARS-Covid-2 είναι σημαντικό να μετριάσουμε τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης γνωστό παγκοσμίως ως Burnout Syndrome (BOS)(Zhang X et al.,2021).

Λαμβάνοντας υπόψη τους κινδύνους από την επαγγελματική εξουθένωση για την υγεία των εργαζομένων και κατά συνέπεια την παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει οι κυβερνήσεις και οι φορείς χάραξης πολιτικής να παρέμβουν στοχεύοντας στην πρόληψη του φαινομένου αλλά και στην αντιμετώπιση αυτού. (West C.P et al.,2019; Friganović A.et al.,2019).

Η επίδραση της πανδημίας Covid-19 στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Όπως είδαμε οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν ασθενείς κατά τη διάρκεια επιδημιών όπως του SARS (σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο) , του MERS(αναπνευστικό σύνδρομο της Μέσης Ανατολής) και τώρα της πανδημίας Covid-19 βρίσκονται υπό εξαιρετική πίεση λόγω του αυξημένου κινδύνου μόλυνσης τους από τον νέο κορωνοϊό , του στιγματισμού, της υποστελέχωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και της αβεβαιότητας, με αποτέλεσμα να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία και στρες(Liu S et al.,2020).

Τα αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας της νόσου Covid-19 ενισχύουν την αγωνία και τον φόβο των νοσηλευτών οπότε είναι ζωτικής σημασίας για τους νοσηλευτές να φροντίζουν για την προσωπική ψυχολογική ευημερία εκτός από την προσοχή που δίνουν στους ασθενείς τους (Mo Y et al.,2020). Ο φόβος της νόσου COVID-19 επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών. Ενώ ο φόβος του COVID-19 επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα εργασίας στους νοσηλευτές με χαμηλή ψυχολογική ευημερία, δεν έχει καμία επίδραση στην ποιότητα εργασίας στους νοσηλευτές με υψηλή ψυχολογική ευημερία.(Maslakci A et al.,2021).

Στους επαγγελματίες υγείας πρώτη γραμμής κατά τη διάρκεια της πανδημίας η αβεβαιότητα σχετικά με την εξέλιξη της νόσου και τη θεραπεία, η έλλειψη μέσων ατομικής προστασίας (ΜΑΠ), ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η σωματική εξάντληση, οι ανησυχίες σχετικά με την άμεση έκθεση στο COVID-19 κατά την εργασία, η φροντίδα ασθενών με νόσο covid-19(έμμεσο τραύμα) αποτελούν διάφορες πηγές ψυχολογικής δυσφορίας και αυξάνουν τις πιθανότητες να αναπτύξουν δευτερογενές τραυματικό στρες(Ayanian J.Z.2020; Conversano C et al.,2020). Η ανθεκτικότητα, η αυτοαποτελεσματικότητα και η αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη, μπορεί να είναι σε θέση να μειώσουν τα συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικού στρες και του άγχους(Wu P.E, et al.,2020).

Ένα από τα πιο παράδοξα φαινόμενα που έχουν παρατηρηθεί κατά την διάρκεια της πανδημίας είναι ο φόβος του γενικού πληθυσμού να μολυνθεί από εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης καθώς οι επαγγελματίες υγείας θεωρούνται ως

δυνητικοί φορείς εξάπλωσης της λοίμωξης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο φόβος αυτός ήταν τόσο έντονος ώστε να οδηγήσει τους ανθρώπους να κάνουν διακρίσεις σε βάρος τους, κρατώντας τους σε απόσταση και σε κοινωνική απομόνωση και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και να τους επιτίθενται λεκτικά και σωματικά.(Devil S.2020). Ο "στιγματισμός" των επαγγελματιών υγείας φαίνεται σε μια μελέτη των (Taylor et al.,2020) όπου αναφέρεται ότι πάνω από το ένα τέταρτο ενός δείγματος περισσότερων από 3.500 ενηλίκων στις Η.Π.Α και τον Καναδά πίστευαν ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν σοβαρούς περιορισμούς στην ελευθερία τους και να απομονώνονται από τους άλλους (συμπεριλαμβανομένης και της οικογένειάς τους).

Ο στιγματισμός μπορεί να έχει δυνητικά επιζήμιο αντίκτυπο στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του υγειονομικού προσωπικού. Με βάση έρευνα ο αντιλαμβανόμενος στιγματισμός σχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση από την παροχή φροντίδας στους άλλους και θετικά τόσο με την επαγγελματική εξουθένωση όσο και με το δευτερογενές τραυματικό στρες. Με άλλα λόγια, οι επαγγελματίες υγείας που ανέφεραν ότι είχαν στιγματιστεί ήταν περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες και λιγότερο να είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους(Caricati L et al.,2022). Η αντίληψη του στιγματισμού που σχετίζεται με την Covid-19 έχει συσχετιστεί με αυξημένο άγχος και κατάθλιψη, καθώς και με μειωμένη ψυχολογική ευεξία στους εργαζόμενους του υγειονομικού τομέα (Teksin G et al.,2020).

Η επαγγελματική ταύτιση θα μπορούσε να οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι αισθάνονται δεμένοι με την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Η επαγγελματική ταυτότητα αποτελεί μέρος της κοινωνικής ταυτότητας των ατόμων, δηλαδή της γνώσης που έχουν τα άτομα για τον εαυτό τους ως μέλη συγκεκριμένων ομάδων. Η κοινωνική ταυτότητα, μαζί με την επαγγελματική ταυτότητα, βοηθά τα άτομα να γνωρίζουν ποιοι είναι σε ένα δεδομένο πλαίσιο και κατάσταση και συμβάλλει στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης. Σύμφωνα με την έρευνα των Caricati L et al.,2022 η επαγγελματική ταύτιση μπορεί να αποτελέσει πηγή για την ευημερία των επαγγελματιών υγείας καθώς σχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση και θετικά με την ικανοποίηση από τη συμπόνια. Έτσι, οι επαγγελματίες με ισχυρή ταύτιση ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν συμπτώματα επαγγελματικής

εξουθένωσης και περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ικανοποίηση από την επαγγελματική τους δραστηριότητα.

Παρόλο που οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αισθάνονται ικανοποιημένοι κατά τη θεραπεία των ασθενών, υπόκεινται όμως σε υψηλό επίπεδο εργασιακού στρες λόγω της πανδημίας εξαιτίας των νέων συνθηκών του εργασιακού περιβάλλοντος, της φύσης της εργασίας, της εκ περιτροπής εργασίας σε βάρδιες, του φόρτου της εργασίας, του υψηλότερου κινδύνου έκθεσης και της έλλειψης εμπειρογνωμοσύνης στην αντιμετώπιση μολυσματικών ασθενειών. Τα υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες και η επαγγελματική εξουθένωση κατά την περίοδο της πανδημίας οδηγούν σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής στην εργασία (Liu Q et al.,2020).

Τα ευρήματα μελέτης που διεξήχθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Κορέας και αφορούσε νοσηλευτές έδειξαν ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής συσχετίστηκε αρνητικά με το εργασιακό άγχος και την πρόθεση παραίτησης και αλλαγής δουλειάς. Οι νοσηλευτές, ήταν ιδιαίτερα ανήσυχοι για την πανδημία, τα αυξημένα μέτρα καραντίνας οδήγησαν σε αυξημένο φόρτο εργασίας, σε συγκρούσεις ρόλων για τους νοσηλευτές και η έλλειψη αποζημίωσης οδήγησε σε υψηλό εργασιακό άγχος και, ως εκ τούτου, σε κακή ποιότητα εργασιακής ζωής. Στην ίδια μελέτη φάνηκε ότι η υψηλότερη θέση στην ιεραρχία, το υψηλότερο εισόδημα και η επαγγελματική ικανοποίηση επιδρούν σημαντικά στην ποιότητα της εργασιακής ζωής του υγειονομικού προσωπικού (Hwang E.2022).

Οι Karunakaran και συν.,(2020) ανέφεραν ότι η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των νοσηλευτών επηρεάζεται αρνητικά από την έλλειψη ισορροπίας μεταξύ της προσωπικής και επαγγελματικής τους ζωής κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19. Η καλή ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής προλαμβάνει την κόπωση, την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες.

Οι Diana A και συν (2020) ανέφεραν ότι η ικανοποίηση από την εργασία διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ της ποιότητας της εργασιακής ζωής και της απόδοσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Η ποιότητα της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών επηρέασε σημαντικά την απόδοση και την ικανοποίηση από την εργασία τους.

Η μελέτη ICON(Impact of COVID-19 on Nursing and Midwifery Workforce) η οποία εκπονήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2020, αποκάλυψε ότι το 45% των ερωτηθέντων παρουσίασε συμπτώματα πιθανής διαταραχής μετατραυματικού στρες. Οι δυσμενείς ψυχολογικές επιπτώσεις που εμφάνισαν οι νοσηλευτές αποδόθηκαν τόσο σε προσωπικούς όσο και σε εργασιακούς παράγοντες(Couper et al., 2022). Ποιοτικές συνεντεύξεις με νοσηλευτές αποκάλυψαν επίσης πώς η εργασία κατά τη διάρκεια της COVID-19 επηρέασε τα συναισθήματα των νοσηλευτών σχετικά με την εργασία τους, την υγεία τους και τη συναισθηματική τους ευημερία-συμπεριλαμβανομένου του ηθικού τραυματισμού(Ashley et al., 2021- Goh et al., 2021- Greenberg et al., 2020).

Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου για την κόπωση από τη συμπόνια, οι μελέτες έδειξαν ότι η εργασία με ασθενείς COVID-19 έτεινε να αυξάνει τις βαθμολογίες δευτερογενούς τραύματος (Dobson H et al.,2021).Το να είναι κανείς γυναίκα συσχετίστηκε επίσης με υψηλότερα επίπεδα κόπωσης από τη συμπόνια (Agracioglu S et al,2021). Επιπλέον, η επαγγελματική κατηγορία φάνηκε να επηρεάζει την αντίληψη της κόπωσης, αν και τα αποτελέσματα ήταν ασαφή. Οι ιατροί εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες κόπωσης από τη συμπόνια στη μελέτη των Ruiz-Fernández και συν.2020. Οι Sarbooz T και συν.2020 διαπίστωσαν ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της ψυχικής υγείας είχαν υψηλότερες βαθμολογίες κόπωσης από συμπόνια, ενώ οι νοσηλευτές παρουσίασαν μειωμένη κόπωση από συμπόνια και χαμηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραύματος σε σχέση με τις ομάδες των ιατρών. Όσον αφορά τα επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπόνια, η μελέτη των Buselli και συν. βρήκε μεσαία επίπεδα $38,2 \pm 7,0$ για το δείγμα των ιατρών και των νοσηλευτών, οι Dosil και συν, παρομοίως ανέφεραν υψηλά (33,2%) ή μεσαία (63,1%) επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπόνια στους επαγγελματίες υγείας.

Κατά την περίοδο της πανδημίας, ο συνδυασμός της καθημερινής επαφής με τον σωματικό πόνο και το θάνατο μαζί με την άμεση απειλή για τη δική του ασφάλεια προκαλεί πολλά αρνητικά συναισθήματα στους νοσηλευτές πρώτης γραμμής (φόβος μήπως μεταδώσουν τον ιό στους αγαπημένους τους ή για το δικό τους θάνατο στην απομόνωση και ταφή χωρίς θρησκευτικές τελετές, θλίψη και ενοχή), καθώς και αυξημένες βαθμολογίες ψυχικής υγείας (Ardebili et al., 2021).

Στην Ελλάδα, οι Blekas και συν. (2020) ανέφεραν μέτριο άγχος μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε τμήματα με ασθενείς COVID-19, αλλά δεν έκαναν διάκριση μεταξύ των επαγγελματικών ειδικοτήτων υγείας.

Αποτελέσματα μελέτης που διεξήχθη στην Ισπανία αποκάλυψαν ότι οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας εμφάνισαν μεσαία έως υψηλά επίπεδα κόπωσης συμπόνιας, επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς μετατραυματικού στρες και μάλιστα τα ποσοστά ήταν υψηλότερα σε όσους εργάζονταν με ασθενείς με Covid-19 (Fernández R et al.,2020). Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με εκείνα που βρέθηκαν σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Ασία (Lai J et al., 2020) σχετικά με τη συναισθηματική υγεία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της κατάθλιψης και του στρες.

Η μελέτη τω Wang X et al., (2022) έδειξε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές πρώτης γραμμής ενάντια στην πανδημία στην Κίνα είχαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπόνια, χαμηλά έως μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και χαμηλά έως μέτρια επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες, τα οποία ήταν παρόμοια με μια άλλη μελέτη σχετικά με την κόπωση από τη συμπόνια των νοσηλευτών πρώτης γραμμής στη Wuhan (Jiang W et al.,2021). Σε άλλη έρευνα τα αποτελέσματά υποδηλώνουν ότι οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είχαν υψηλές βαθμολογίες για την κόπωση συμπόνιας Τα επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπόνια ήταν γενικά μέτρια ή υψηλά (Elhadi M et al., 2020).

Οι Dehkordi και συν., (2020) έδειξαν επίσης ότι η νοσηλευτική ποιότητα της εργασιακής ζωής μειώθηκε, ενώ η κόπωση και το άγχος αυξήθηκαν λόγω του αυξανόμενου αριθμού Covid-19 κρουσμάτων.

Τα τμήματα ενός νοσοκομείου όπως το ΤΕΠ και ΜΕΘ αποτελούν περιβάλλοντα υψηλού στρες που συμβάλλουν στην κόπωση από τη συμπόνια. Η εργασία στα αντίστοιχα τμήματα με υψηλό κίνδυνο μόλυνσης και αυξημένο φόρτο εργασίας θέτει τους νοσηλευτές πρώτης γραμμής υπό μεγάλη πίεση, γεγονός που οδηγεί σε ταχύτερη κατανάλωση ψυχικής ενέργειας, μειώνοντας έτσι την ικανοποίηση από τη συμπόνια και ενισχύοντας την κόπωση από τη συμπόνια (Kelly L,2020).

Οι συνθήκες που δημιουργήθηκαν από την πανδημία COVID-19 λαμβάνοντας υπόψη τον ορισμό της επαγγελματικής ποιότητας ζωής, φαίνεται σαφές ότι αποτελούν σαφή απειλή για την ψυχική υγεία των επαγγελματιών και ενδέχεται να έχουν επηρεάσει τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, κόπωσης από τη συμπίνα και ικανοποίησης από τη συμπίνα. Οι παράγοντες αυτοί αποτελούν και το κλειδί για την επίτευξη της επαρκούς ευημερίας των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (Panagioti M et al.,2018) και, με τη σειρά τους, μπορούν να επηρεάσουν έντονα την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους.

Η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Όπως είδαμε μέχρι τώρα η εργασία ενός ατόμου, η συμμετοχή του στην παραγωγική διαδικασία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ψυχική του υγεία και αποτελεί τη βάση για την αυτονομία και την αυτοεκτίμηση του(Agiarogan S.2014). Όταν οι εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις του εργασιακού χώρου είναι συχνές και αδιάκοπες, οδηγούν τελικά στην επαγγελματική εξουθένωση και διαφοροποιούν την ποιότητα της εργασιακής ζωής των επαγγελματιών υγείας (Wu S et al.,2007).

Η επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση χρόνιου εργασιακού στρες, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την προσφερόμενη ποιότητα και αποτελεσματικότητα των εργαζομένων και κατά συνέπεια και των υπηρεσιών υγείας(Zhou et al.,2016). Η ποιότητα της εργασιακής ζωής αναφέρεται στην ικανοποίηση από την εργασία, το εργασιακό άγχος και την οργανωτική δέσμευση(Abbasi et al.,2017). Η επαγγελματική εξουθένωση θα μπορούσε να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα της εργασιακής ζωής του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Παρόλο που υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός μελετών για την επαγγελματική εξουθένωση και την ποιότητα της εργασιακής ζωής των επαγγελματιών υγείας, η έρευνα σχετικά με τη συσχέτισή τους εξακολουθεί να είναι περιορισμένη (Casida J M et al.,2018).

Σε μια μελέτη που περιελάμβανε όλους τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που υπηρετούσαν σε δημόσιο νοσοκομείο της Άγκυρας, πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης για τον προσδιορισμό της συσχέτισης μεταξύ της ποιότητας ζωής στην εργασία στον τομέα της υγείας και των επιπέδων

επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είχαν "καλή" αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής και "μέτριο" επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, υπήρξε στατιστικά σημαντική αλλά ασθενής συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων ποιότητας εργασιακής ζωής και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της εργασιακής ζωής και των υποκλιμάκων MBI, συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να προέρχεται από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αντιλαμβάνονται την ποιότητα της εργασιακής τους ζωής ως "καλή" και τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης δεν είναι πολύ υψηλά. Ωστόσο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, ενώ οι ευκαιρίες συνεχούς ανάπτυξης και βελτίωσης αυξάνονται, η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση μειώνονται, αλλά η προσωπική επίτευξη αυξάνεται. Επιπλέον, καθώς αυξάνεται το εργασιακό άγχος και η πίεση του χρόνου, αυξάνονται η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δείχνουν επίσης ότι όσο μεγαλύτερη είναι η κοινωνική ενσωμάτωση στον οργανισμό, τόσο μεγαλύτερη είναι η προσωπική επίτευξη (Saygili M et al.,2020). Στη μελέτη των Bragard I και συν(2015) η ποιότητα της εργασιακής ζωής συνδέεται με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και εργασιακού άγχους.

Σε περιγραφική μελέτη, σε παιδιατρικές μονάδες των νοσοκομείων του Ιατρικού Πανεπιστημίου του Ισφαχάν το 2014, διαπιστώθηκε ότι η υψηλή μέση βαθμολογία επαγγελματικής εξουθένωσης στον τομέα της προσωπικής απόδοσης είχε άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών παιδιατρικής και ΜΕΘ νεογνών. Η επαγγελματική εξουθένωση δεν επηρεάζει μόνο αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών, αλλά μπορεί επίσης να βλάψει τη σωματική και ψυχική τους υγεία, καθώς και την ποιότητα της εργασιακής ζωής(Marofi M et al.,2016).

Σε μια συγχρονική, περιγραφική μελέτη που διεξήχθη μεταξύ 178 εργαζομένων νοσηλευτών στο ΤΕΠ πέντε εκπαιδευτικών νοσοκομείων στο Qazvin το 2017 τα αποτελέσματα της μελέτης αποκάλυψαν ότι το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού είχε χαμηλό επίπεδο ποιότητας εργασιακής ζωής και βίωνε σημαντικό ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης με μέτριο έως υψηλό επίπεδο απόδοσης. Επιπλέον, η ποιότητα της εργασιακής ζωής αποτέλεσε προγνωστικό δείκτη του 21%

των αποκλίσεων όσον αφορά την εργασιακή απόδοση. Τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης υποστήριξαν την υπόθεση ότι η επαγγελματική εξουθένωση είχε σημαντική επίδραση στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής αλλά και στη σχέση αυτής με την εργασιακή απόδοση των νοσηλευτών(Rafiei S et al.,2019).

Οι Casida J και συν. (2018) τόνισαν επίσης τη συσχέτιση μεταξύ της υψηλής επαγγελματικής εξουθένωσης και της χαμηλής ποιότητας ζωής μεταξύ των νοσηλευτών στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν επίσης τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και τα χαμηλά επίπεδα των διαστάσεων της ποιότητας της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της εργασίας και του νοσοκομείου.

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στη μελέτη Ashrafi Z και συν.(2018) που αφορούσε 134 νοσηλευτές ενός νοσοκομείου στο Ιράν και παρατηρήθηκε αρνητική και σημαντική σχέση μεταξύ της ποιότητας της εργασιακής ζωής και της επαγγελματικής εξουθένωσης, έτσι ώστε με την αύξηση της ποιότητας της εργασιακής ζωής να μειώνεται η επαγγελματική εξουθένωση. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης συνιστώνται παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας της εργασιακής ζωής, τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, την αύξηση του επιπέδου της προσωπικής ολοκλήρωσης και τελικά την παροχή καλύτερων υπηρεσιών στους ασθενείς.

Στην Ελλάδα την περίοδο της πανδημίας Covid-19 δεν υπάρχουν έρευνες που να διερευνούν τη συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας της εργασιακής ζωής του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία της ποιότητας της εργασιακής ζωής και τις προσπάθειες για την ανάπτυξη κατάλληλων συνθηκών για την προώθηση των διαφόρων πτυχών της, θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην παραγωγικότητα των ιατρών και των νοσηλευτών και την επίτευξη των στόχων της απόδοσης τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός της έρευνας

Η διερεύνηση του βαθμού επιρροής της του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού την περίοδο της πανδημίας Covid-19.

Επιμέρους στόχοι είναι :

- Η μελέτη της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας.
- Η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας με βάση τα δημογραφικά, ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους.
- Η διερεύνηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας την περίοδο της πανδημίας Covid-19.
- Η διερεύνηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας την περίοδο της πανδημίας Covid-19.
- Η ανάλυση των παραγόντων εκείνων που προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση
- Η ανάλυση των παραγόντων κινδύνου που εμφανίζονται κατά της διάρκειας της πανδημίας και επιτείνουν την επαγγελματική εξουθένωση και κατά συνέπεια επιβαρύνουν την ποιότητα επαγγελματικής ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.
- Ο προσδιορισμός των μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε εντοπίζονται και αναφέρονται τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποια είναι η επιρροή της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην ποιότητα ζωής αυτών? Υπάρχει μεταξύ τους συσχέτιση?

- Ποιοι παράγοντες συντελούν στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας την περίοδο της πανδημίας Covid-19 ;
- Υπάρχει συσχέτιση της πανδημίας Covid-19 και του συνδρόμου Burnout των υγειονομικών υπαλλήλων που μάχονται στην πρώτη γραμμή και πως επηρεάζεται η ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής ;
- Υπάρχει αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού υγείας που έρχεται αποκλειστικά σε επαφή με ασθενείς με SARS-Covid-2 την περίοδο της πανδημίας ;
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας με ποιόν τρόπο επιδρούν στην ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής αντίστοιχα?
- Τι χαρακτηρίζει την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας την περίοδο της πανδημίας?

Μεθοδολογία έρευνας

Διεξήχθη μια περιγραφική έρευνα (cross-sectional study) στο Γ.Ν.Αθηνών. « Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» κατά το χρονικό διάστημα Νοέμβριος 2022- Ιανουάριος 2023 μετά από έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου. Χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας και η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου.

Δειγματοληπτικό πλαίσιο

Το δείγμα αποτέλεσε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου. Διανεμήθηκαν συνολικά 240 ερωτηματολόγια, επιστράφηκαν συμπληρωμένα 218 από τα οποία τα 8 ήταν ημιτελώς συμπληρωμένα. Έτσι η έρευνα στηρίχθηκε σε 210 ερωτηματολόγια, ποσοστό ανταπόκρισης 87,5%.

Δεοντολογία της έρευνας.

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά

στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα τους καθώς και ότι οι απαντήσεις τους είναι απόλυτα εμπιστευτικές, ότι μόνο η ερευνητική ομάδα θα έχει πρόσβαση σε αυτές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους ερευνητικούς σκοπούς της μελέτης. Τους γνωστοποιήθηκε γραπτά αλλά και προφορικά η έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από τον φορέα απασχόλησης τους, η τήρηση του απόρρητου της διαδικασίας καθώς και ο σκοπός της έρευνας.

Μέσα συλλογής δεδομένων

Ως ερευνητικά εργαλεία της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν

α. Ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική ειδικότητα, θέση ευθύνης, χρόνια προϋπηρεσίας κ.λ.π.)

β. Ένα ερωτηματολόγιο για την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, η Κλίμακα Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory- CBI) . Η Κλίμακα Εξουθένωσης της Κοπεγχάγης [CBI-19] κατασκευάστηκε το 2005 από τον Kristensen και τους συνεργάτες του και αποτελεί βασικό ψυχομετρικό εργαλείο για τη διεξαγωγή μελετών στη μέτρηση του συνδρόμου εξουθένωσης σε διάφορα επαγγέλματα. Η επικύρωση και η απόδοση στα ελληνικά έγινε από τον Παπαευσταθίου Ε και τους συν. το 2019. Η Κλίμακα αποτελείται από 19 προτάσεις, στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν, σε 5-βάθμια κλίμακα Likert, τη συχνότητα εμφάνισης τους ή τον βαθμό εμφάνισης. Κάθε μία απάντηση βαθμολογείται από 0 (ποτέ/σε πολύ μικρό βαθμό) έως 100 (πάντα/σε πολύ μεγάλο βαθμό)

Υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει ψηλότερο βαθμό εξουθένωσης Η πρώτη υποκλίμακα, η οποία περιέχει έξι ερωτήσεις, υπολογίζει την «προσωπική εξουθένωση», η δεύτερη (επτά ερωτήσεις) και υπολογίζει την «επαγγελματική εξουθένωση», ενώ η τρίτη υποκλίμακα (έξι ερωτήσεις) είναι πιο σύγχρονη και εκτιμά την εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ανθρώπους-ασθενείς.

γ. Το ερωτηματολόγιο ποιότητας επαγγελματικής ζωής 5^η έκδοση της BethHudnallStamm 2009 “Ποιότητα επαγγελματικής ζωής”. Αποτελείται από 30

κλειστού τύπου ερωτήσεις για την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής. Ο ερωτώμενος απαντά σε πεντάβαθμη κλίμακα με διαβαθμίσεις : «ποτέ», «σπάνια», «μερικές φορές», «συχνά», «πολύ συχνά». Η κλίμακα μετράει τις τρεις διαστάσεις, την επαγγελματική ικανοποίηση συμπόνιας, την εξουθένωση και το δευτερεύον τραυματικό άγχος. Κάθε διάσταση περιλαμβάνει μια ομάδα ερωτήσεων οι οποίες βαθμολογούνται με τον ίδιο τρόπο εκτός από τις ερωτήσεις 1, 4, 15, 17 και 29 που βαθμολογούνται αντίστροφα. Αν αθροιστικά η βαθμολογία είναι μικρότερη του 22 υποδηλώνει χαμηλό επίπεδο, ενώ αν είναι μεταξύ 23 και 41 δείχνει μέτριο επίπεδο. Τέλος αν η βαθμολογία είναι μεγαλύτερη ή ίση του 42 υποδηλώνει υψηλό επίπεδο. Το δεύτερο μέρος, θα περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με παράγοντες ανησυχίας/ικανοποίησης που σχετίζονται με την πανδημία covid-19 (κατασκευασμένο από τον ερευνητή).

δ. Ένα ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου σχετικά με την πανδημία Covid-19 κατασκευασμένο από τον ερευνητή).

Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης

Τα δεδομένα εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences) όπου και αποτέλεσε το εργαλείο της στατιστικής ανάλυσης. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε σε επίπεδο 0,05.

A) Περιγραφική στατιστική

Η περιγραφική στατιστική βασίστηκε στην παρουσίαση των περιγραφικών αποτελεσμάτων με απόλυτους αριθμούς (N), ποσοστιαίες κατανομές, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις που αφορούσαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας.

B) Επαγωγική Στατιστική

Έλεγχοι Υποθέσεων

Στοχεύοντας στις διαφορές μεταξύ των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας ως προς το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, την Ποιότητα Επαγγελματικής

Ζωής πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας των μεταβλητών. Το ερωτηματολόγιο του Σύνδρομού της Επαγγελματικής Εξουθένωσης κατέληγε σε κλίμακα Likert αλλά και σε ποσοτική μεταβλητή. Αντίστοιχα το ερωτηματολόγιο της Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής κατέληγε σε τρεις ποσοτικές μεταβλητές. Οι μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και έτσι επιλέχθηκαν παραμετρικά τεστ. Στην περίπτωση του ερωτηματολογίου Σύνδρομού της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (που κατέληγε σε κλίμακα Likert) χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Pearson's chi-squared test (χ^2 test).

Ανάλυση Συσχέτισης

Για την αξιολόγηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ του Σύνδρομού της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής των επαγγελματιών υγείας πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης με τη χρήση του συντελεστή Pearson. Για την ερμηνεία του συντελεστή χρησιμοποιήθηκαν οι οδηγίες του Cohen (Cohen 1998), οι όποιες επισημαίνουν πως η συσχέτιση $<0,39$ είναι χαμηλή, έως $0,69$ είναι μέτρια και $>0,70$ υψηλή.

Μοντέλα Πολλαπλής Παλινδρόμησης

Με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης του Σύνδρομού της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στην Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής και αντίστροφα πραγματοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression analysis). Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων ήταν η backward method.

Αποτελέσματα της Έρευνας

1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Η πλειοψηφία του δείγματος των επαγγελματιών υγείας ήταν γυναίκες (69%). Το 24,8% άνηκε στην ηλικιακή ομάδα 30-34 ετών, το 18,1% στην ηλικιακή ομάδα 25-29 ετών και το 17,6% στην 35-39 ετών. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση το 49% ήταν έγγαμοι/σε συμβίωση και το 57,6% είχε παιδιά. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, το 30,5% είχε ολοκληρώσει ή φοιτούσε σε μεταπτυχιακό (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

	Αριθμός	Ποσοστό
Φύλο		
Αντρας	65	31,0
Γυναίκα	145	69,0
Ηλικιακή ομάδα		
18-21	1	,5
22-24	1	,5
25-29	38	18,1
30-34	52	24,8
35-39	37	17,6
40-44	18	8,6
45-49	27	12,9
50-54	19	9,0
55-59	15	7,1
>60	2	1,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος(η)	98	46,7
Έγγαμος(η)/σε συμβίωση	103	49,0
Διαζευγμένος/η	9	4,3
Έχετε παιδιά;		
Ναι	89	42,4
Όχι	121	57,6
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Είμαι απόφοιτος ΙΕΚ /Σχολής Νοσοκομείου / Λυκείου	44	21,0
Έχω τελειώσει ΤΕΙ	43	20,5
Έχω τελειώσει Πανεπιστήμιο	36	17,1
Έχω / κάνω Μεταπτυχιακό	64	30,5
Έχω / κάνω Διδακτορικό	23	11,0

2.Εργασιακά Χαρακτηριστικά

Το 35,7% του δείγματος εργάζονταν ως νοσηλευτές ΤΕ, 22,4% ως βοηθοί νοσηλευτών και το 31,4% ήταν ιατροί. Σχετικά με την θέση το νοσοκομείο, το 47,1% κατείχε μόνιμη θέση. Το 17,6% εργαζόταν σε κλινική Covid 19 και το 13,8% στα ΤΕΠ. Η πλειοψηφία του δείγματος δεν κατείχε θέση ευθύνης. Ως προς τα χρόνια εργασίας συνολικά στο χώρο της Υγείας, το 20,5% εργαζόταν 4 – 5 έτη και το 19% 6 – 10 έτη. Σχετικά με την εργασία στο τμήμα, το 31,9% εργαζόταν έως 1 έτος και το 30,5% 2-3 έτη (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Εργασιακά Χαρακτηριστικά

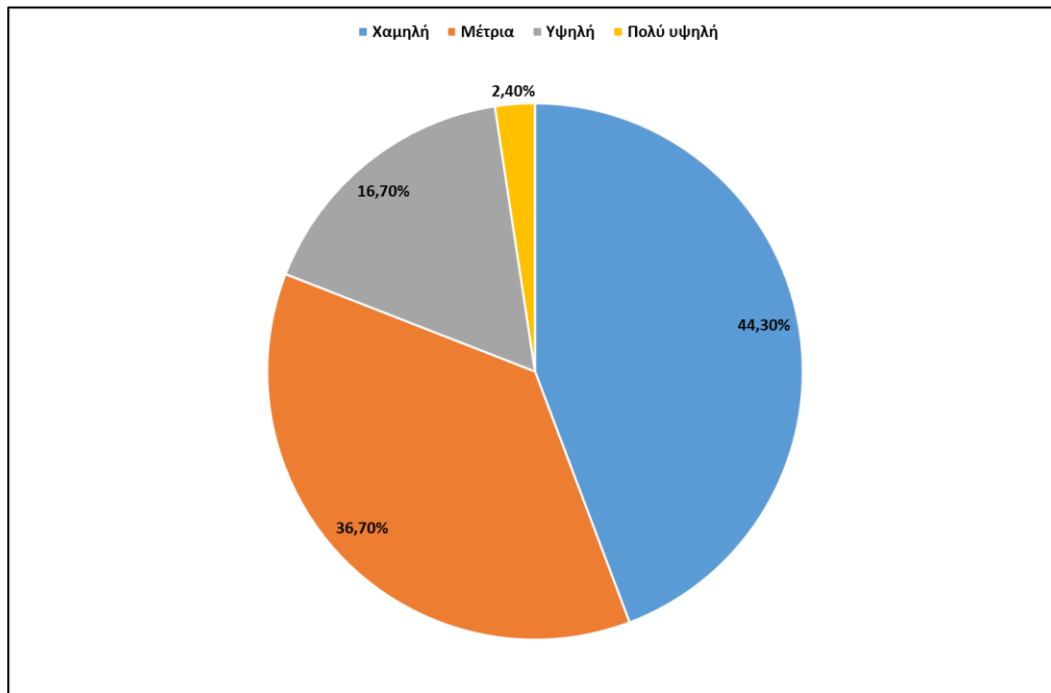
	Αριθμός	Ποσοστό
Επάγγελμα		
Νοσηλευτής/τρια ΠΕ	21	10,0
Νοσηλευτής/τρια ΤΕ	75	35,7
Βοηθός Νοσηλευτή/τρια ΔΕ	47	22,4
Ιατρός	66	31,4
Φυσιοθεραπευτής/τρια	1	0,5
Θέση στο νοσοκομείο		
Μόνιμη	99	47,1
Μη μόνιμη / Με σύμβαση	16	7,6
Επικουρική	46	21,9
Κάνω ειδικότητα	49	23,3
Τμήμα εργασίας		
Κλινική COVID	37	17,6
ΤΕΠ	29	13,8
Νευρολογική	26	12,4
ΜΕΘ	21	10
Θωρακοκαρδιοχειρουργική	19	9
Μονάδα Εμφραγμάτων	17	8,1
Ρευματολογικό	10	4,8
ΜΕΘ/COVID	9	4,3
Παθολογικό	8	3,8
ΩΡΛ	8	3,8
Χειρουργικό	6	2,9
Γαστρεντερολογικό	5	2,4
Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	5	2,4
Πνευμονολογικό	4	1,9
Ογκολογικό	4	1,9
Άλλο	2	1
Θέση ευθύνης		
Καμία	183	88,0
Υπεύθυνο -η Τμήματος	17	8,2
Προϊστάμενος	3	1,4

Τομεάρχης	1	,5
Διευθυντής	4	1,9
Χρόνια εργασίας συνολικά στο χώρο της Υγείας		
Έως 1	9	4,3
2-3	31	14,8
4 – 5	43	20,5
6 – 10	40	19,0
11 – 15	25	11,9
16 – 20	22	10,5
21 – 25	11	5,2
26 – 30	14	6,7
Πάνω από 31	15	7,1
Εργασία στο συγκεκριμένο Τμήμα		
Έως 1	67	31,9
2-3	64	30,5
4 – 5	30	14,3
6 – 10	10	4,8
11 – 15	24	11,4
16 – 20	9	4,3
21 – 25	1	,5
26 – 30	3	1,4
Πάνω από 31	2	1,0

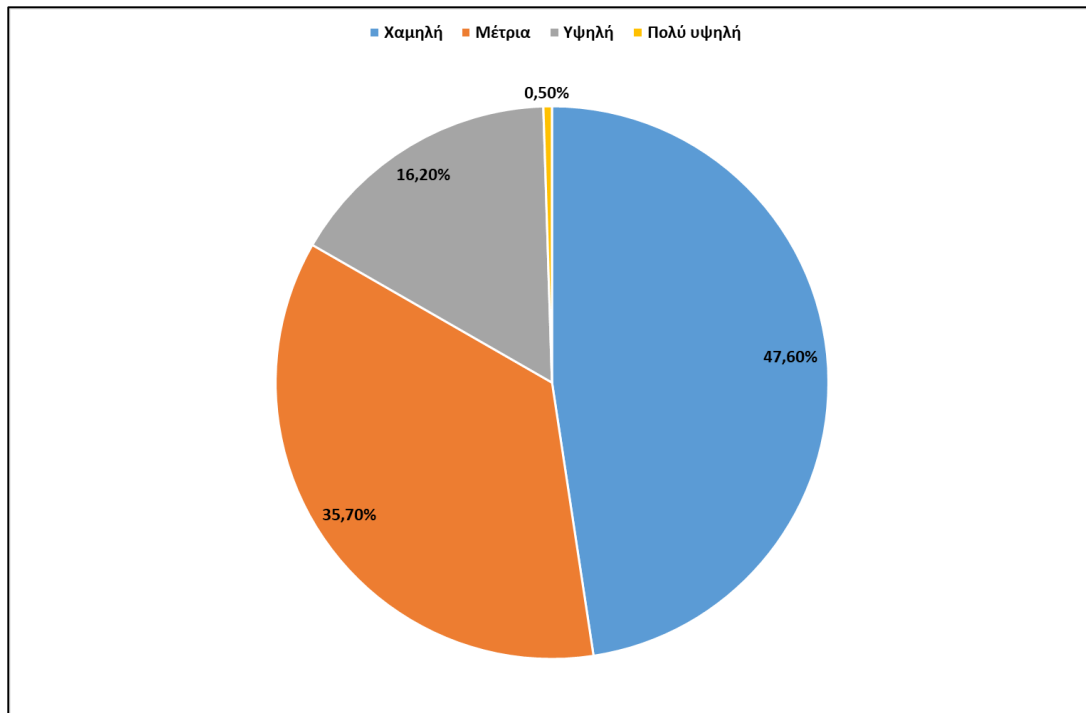
3.Επαγγελματική εξουθένωση

Σχετικά με την εργασιακή εξουθένωση σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο της εργασιακής εξουθένωσης της Κοπενχάγης-Copenhagen burnout inventory (CBI-Gr), το 44,3% είχε χαμηλή προσωπική εξουθένωση, ενώ το 36,7% μέτρια (Διάγραμμα 1). Επίσης, το 47,6% είχε χαμηλή εργασιακή εξουθένωση, ενώ το 35,7% μέτρια (Διάγραμμα 2). Ακόμη το 73,8% είχε χαμηλή εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς, ενώ το 21% μέτρια (Διάγραμμα 3).

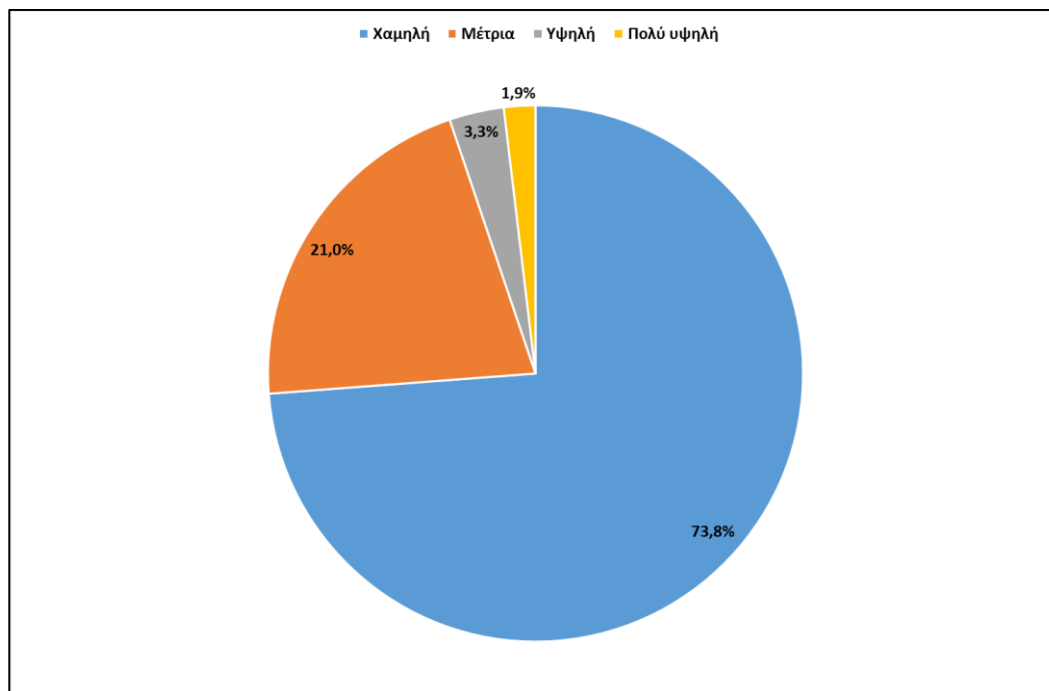
Διάγραμμα 1. Προσωπική εξουθένωση



Διάγραμμα 2. Εργασιακή εξουθένωση



Διάγραμμα 3. Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς



Ο πίνακας 3 παρουσιάζει αναλυτικά τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου της εργασιακής εξουθένωσης της Κοπενγχάγης-Copenhagen burnout inventory ανά ερώτηση.

Πίνακας 3. Επαγγελματική εξουθένωση

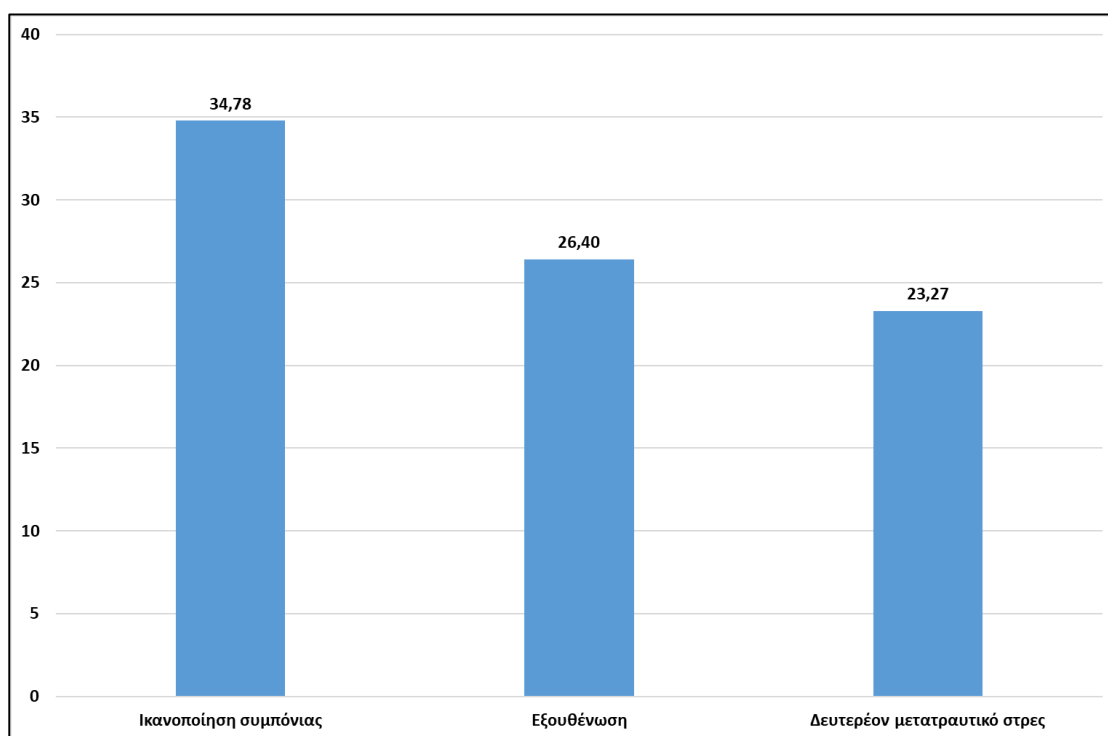
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
A. Προσωπική εξουθένωση		
A1. Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος/η	67,98	19,44
A2. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η σωματικά	61,67	21,34
A3. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξουθενωμένος/η συναισθηματικά	56,90	24,94
A4. Πόσο συχνά σκέφτεστε « δεν αντέχω άλλο»	48,69	27,15
A5. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η- εξουθενωμένος /η	56,19	23,53
A6. Πόσο συχνά αδύναμος/η και ευάλωτος/η σε ασθένειες	43,10	25,76
B. Εργασιακή εξουθένωση		
B1. Η δουλειά σας είναι εξαντλητική συναισθηματικά;	61,90	25,20
B2. Αισθάνεστε εξαντλημένος/η εξαιτίας της δουλειάς σας;	60,12	26,71

B3. Είστε απογοητευμένος/η από τη δουλειά σου;	47,74	29,11
B4. Αισθάνεσαι εξουθενωμένος από τη δουλειά σου στο τέλος της ημέρας;	59,76	23,71
B5. Κουράζετε το πρωί στη ιδέα ότι πρέπει να πάτε στη δουλειά σας;	49,29	31,69
B6. Αισθάνεστε ότι κάθε ώρα στην δουλειά σας είναι κουραστική;	43,81	27,94
B7. Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερο σας χρόνο;	53,33	27,25
Γ. Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς		
Γ1. Το βρίσκετε δύσκολο να εργάζεστε με ασθενείς ;	36,79	26,70
Γ2. Απογοητεύεστε όταν εργάζεστε με ασθενείς;	27,02	26,20
Γ3. Η εργασία με ασθενείς απορροφά την ενέργειά σας;	44,76	29,08
Γ4. Αισθάνεστε ότι προσφέρετε περισσότερα απ' όσα παίρνετε όταν εργάζεστε με ασθενείς;	54,40	30,76
Γ5. Έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς;	31,07	25,22
Γ6. Αναρωτιέστε ποτέ για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς;	39,64	29,60

4. Ποιότητα Εργασιακής Ζωής

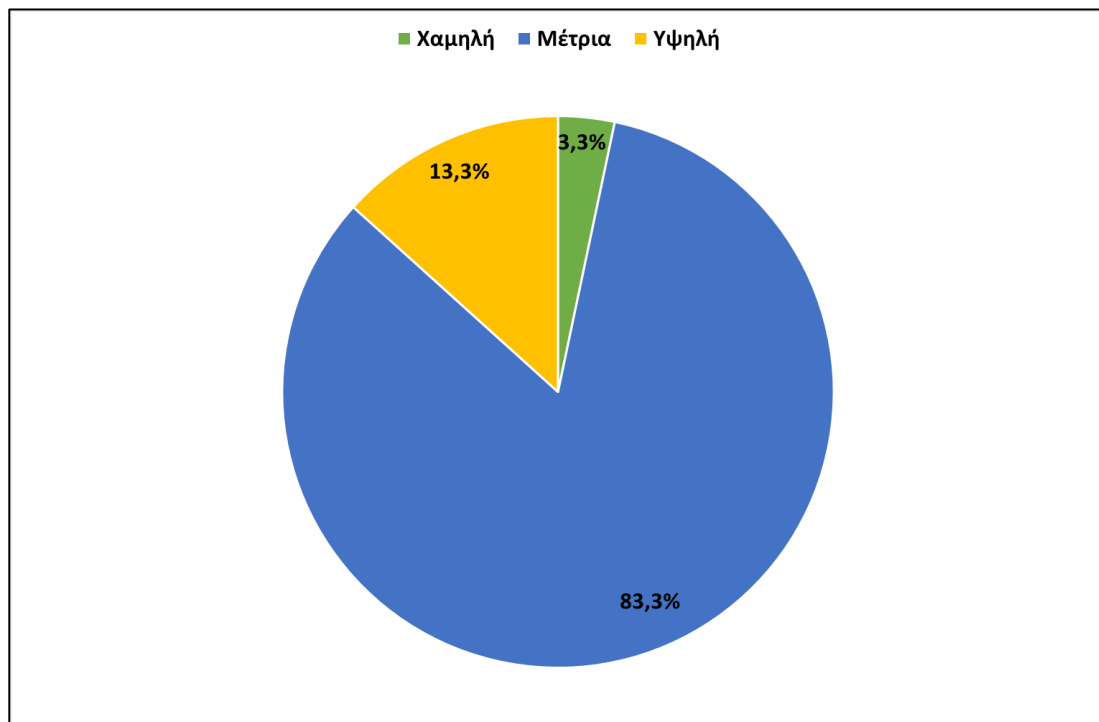
Η ποιότητα εργασιακής ζωής αποδείχθηκε μέτρια (Διάγραμμα 4). Η μέση τιμή της ικανοποίησης συμπόνιας εκτιμήθηκε σε 34,7 αποδεικνύοντας μέτρια συμπόνια, της εξουθένωσης εκτιμήθηκε σε 26,4 αποδεικνύοντας μέτρια εξουθένωση και του δευτερεύοντος μετατραυματικού στρες σε 23,27 αποδεικνύοντας χαμηλό στρες.

Διάγραμμα 4. Ποιότητα Εργασιακής Ζωής

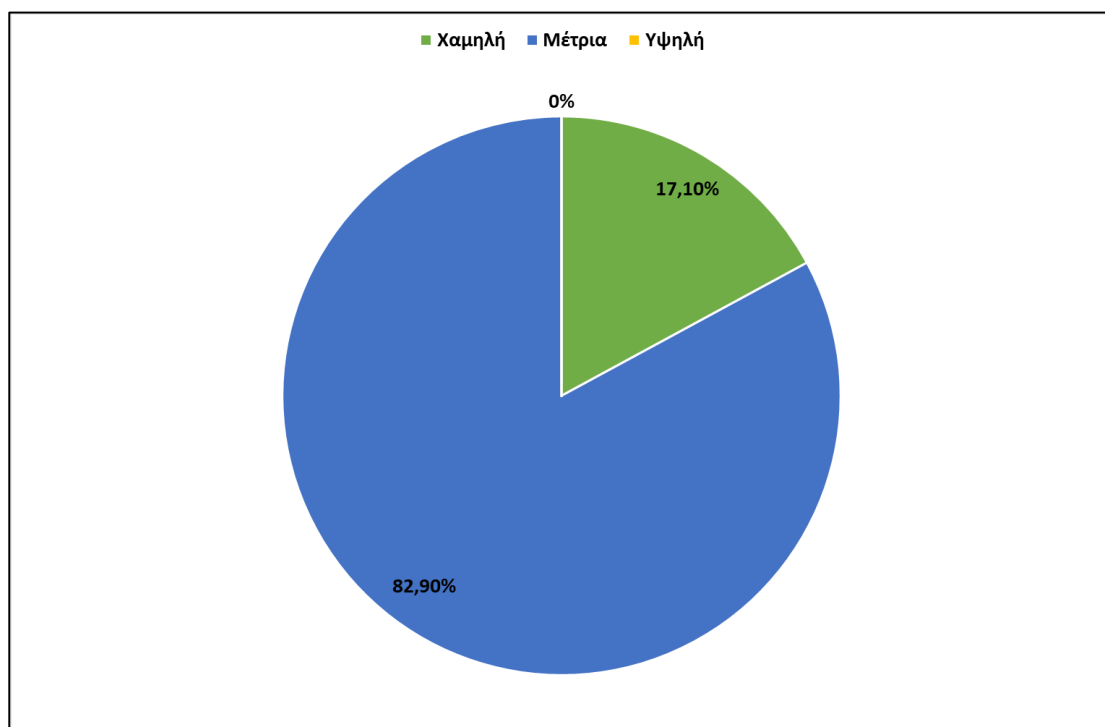


Ειδικότερα, το 83,3% των επαγγελματιών υγείας φάνηκε να έχουν μέτρια ικανοποίηση συμπόνοιας, το 13,3% υψηλή και το 3,3% χαμηλή (Διάγραμμα 5). Επίσης, το 82,9% του δείγματος φάνηκε να έχει μέτρια εξουθένωση και το 17,1% χαμηλή (Διάγραμμα 6). Ακόμη, το 52,9% του δείγματος φάνηκε να έχει μέτριο δευτερέον μετατραυματικό στρες, το 46,7% χαμηλό και μόνο το 0,5% υψηλό (Διάγραμμα 7).

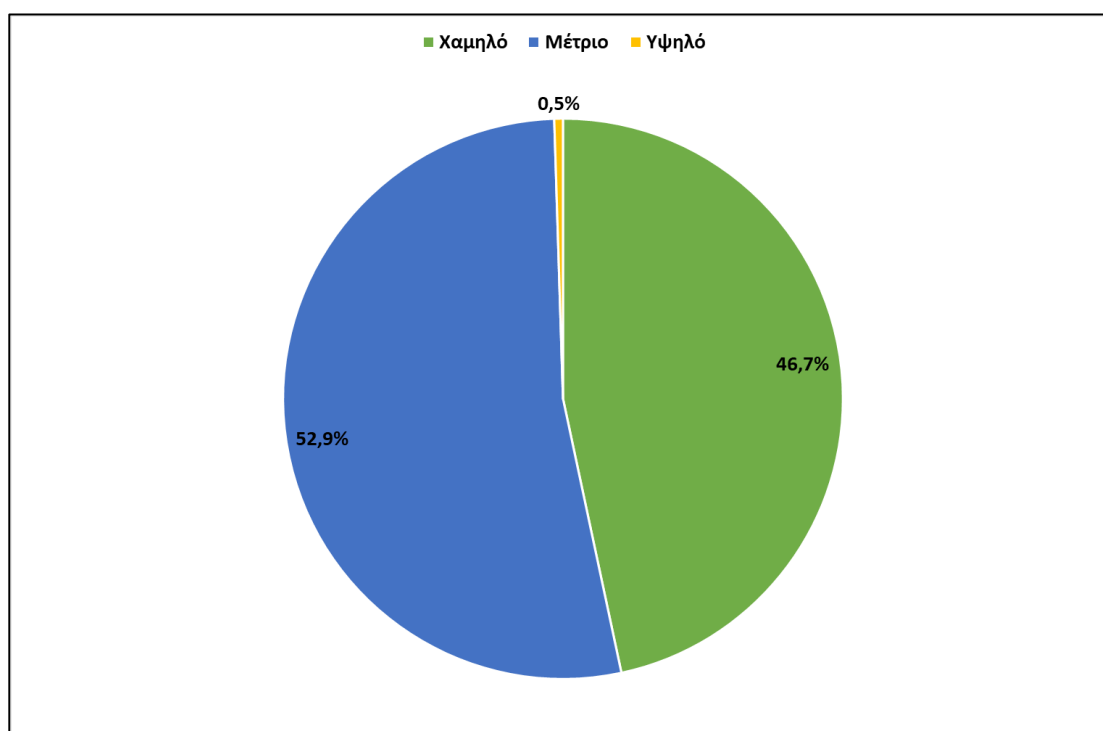
Διάγραμμα 5. Ικανοποίηση συμπόνιας



Διάγραμμα 6. Εξουθένωση



Διάγραμμα 7. Δευτερεύον μετατραυτικό στρες



Ο πίνακας 4 παρουσιάζει αναλυτικά τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου της ποιότητας επαγγελματικής ζωής Professional Quality Of Life (ProQOL) ανά ερώτηση.

Πίνακας 4. Ποιότητα Εργασιακής Ζωής

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
1.Είμαι ευτυχισμένος/η.	3,50	0,91
2. Ανησυχώ έντονα για περισσότερα από ένα άτομο τα οποία υποστηρίζω.	3,36	0,91
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να υποστηρίξω ανθρώπους.	4,11	2,91
4. Νιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους.	3,34	1,00
5. Αναπηδών ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους	2,45	1,09
6.Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω με αυτούς που υποστηρίζω.	3,18	1,01
7. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματίας.	2,23	1,12
8.Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από	1,80	0,82

τα άτομα που φροντίζω/υποστηρίζω.		
9. Νομίζω ότι ίσως να έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που υποστηρίζω	1,90	0,94
10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου.	2,53	1,19
11. Λόγω της βοήθειας που παρέχω , έχω αισθανθεί εκνευρισμένος για διάφορα πράγματα.	2,92	1,10
12. Μου αρέσει η δουλειά μου.	3,86	1,07
13. Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ.	2,12	0,92
14. Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω βοηθήσει.	1,95	0,97
15. Έχω πεπονηθείς οι οποίες με στηρίζουν.	3,45	1,05
16. Είμαι ευχαριστημένος με το πώς καταφέρνω να ακολουθώ τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα.	3,42	0,97
17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.	3,50	1,02
18. Η δουλειά μου κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/η	3,41	0,97
19. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η λόγω της δουλειάς μου.	3,22	1,03
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις συναισθήματα αυτούς που υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τους βοηθήσω.	3,44	0,86
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η επειδή ο φόρτος εργασίας μου φαίνεται ατελείωτος.	3,12	1,04
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου.	3,14	1,01
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που υποστηρίζω.	2,08	2,45
24. Είμαι υπερήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω..	3,75	2,85
25. Ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους άλλους έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις.	1,93	1,07
26. Αισθάνομαι ότι ‘βαλτώνω’ από το σύστημα.	3,29	1,17
27. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος ως επαγγελματίας.	2,98	1,05
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμού.	2,34	1,15
29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ.	3,77	0,96
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά.	3,48	2,24

Οι ερωτήσεις σχετικά με την πανδημία Covid-19 έδειξαν ότι το 98,6% έρχεται σε επαφή στην εργασία του με ασθενείς που θα μπορούσαν να έχουν εκτεθεί στον COVID-19 και να μην έχουν εκδηλώσει συμπτώματα, το 79,5% έρχεται σε επαφή στην εργασία με ασθενείς που έχουν βρεθεί θετικοί στον COVID-19 αλλά δεν απαιτήθηκε νοσηλεία και το 87,6% έρχεται σε επαφή στην εργασία με ασθενείς που είναι θετικοί στον COVID- 19 και νοσηλεύονται (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Ερωτήσεις σχετικά με την πανδημία Covid-19 (1)

	Ναι		Όχι	
	N	%	N	%
Έρχεστε σε επαφή στην εργασία σας με ασθενείς που θα μπορούσαν να έχουν εκτεθεί στον COVID-19 και να μην έχουν εκδηλώσει συμπτώματα;	207	98,6	3	1,4
Έρχεστε σε επαφή στην εργασία σας με ασθενείς που έχουν βρεθεί θετικοί στον COVID-19 αλλά δεν απαιτήθηκε νοσηλεία;	167	79,5	43	20,5
Έρχεστε σε επαφή στην εργασία σας με ασθενείς που είναι θετικοί στον COVID- 19 και νοσηλεύονται;	184	87,6	26	12,4

Επιπλέον, το 44,3% του δείγματος φοβάται λίγο μήπως κολλήσει τον κορωνοϊό COVID-19 και το 36,7% καθόλου. Το 21,4% και 20% φοβάται πολύ/πάρα πολύ μήπως μεταφέρει τον κορωνοϊό COVID-19 στην οικογένεια/φίλους. Το 52,9% δεν φοβάται μήπως μπει σε καραντίνα. Το 29,5% φοβάται μήπως κολλήσει, αν μολυνθεί τους συναδέλφους και το 26,5% φοβάται αρκετά. Τέλος, το 22,5% φοβάται λίγο αν μολυνθεί μήπως κολλήσει τους ασθενείς του, το 23,4% αρκετά και το 22% φοβάται πολύ (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Ερωτήσεις σχετικά με την πανδημία Covid-19 (2)

	Καθόλου		Λίγο		Αρκετά		Πολύ		Παρά πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Φοβάμαι μήπως κολλήσω τον κορωνοϊό COVID-19	77	36,7	93	44,3	26	12,4	10	4,8	4	1,9
Φοβάμαι μήπως μεταφέρω τον κορωνοϊό COVID-19 στην οικογένεια μου/φίλους.	17	8,1	40	19,0	66	31,4	45	21,4	42	20,0
Φοβάμαι μήπως μπω σε καραντίνα.	111	52,9	63	30,0	21	10,0	10	4,8	5	2,4
Φοβάμαι μήπως κολλήσω, αν μολύνω τους συναδέλφους μου.	40	19,0	62	29,5	55	26,2	36	17,1	17	8,1
Φοβάμαι αν μολυνθώ μήπως κολλήσω τους ασθενείς μου.	33	15,8	47	22,5	49	23,4	46	22,0	34	16,3

5. Σύγκριση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με επαγγελματική εξουθένωση

Η σύγκριση της προσωπικής εξουθένωσης με το φύλο έδειξε ότι το 55,4% των ανδρών έχουν χαμηλή προσωπική εξουθένωση, σε σύγκριση με το 42,1% των γυναικών που έχουν μέτρια (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Σύγκριση προσωπικής εξουθένωσης με φύλο

Προσωπική εξουθένωση		Φύλο		P value
		Άντρας	Γυναίκα	
Χαμηλή	Αριθμός	36	57	0,006
	%	55,4%	39,3%	
Μέτρια	Αριθμός	16	61	
	%	24,6%	42,1%	
Υψηλή	Αριθμός	9	26	
	%	13,8%	17,9%	
Πολύ υψηλή	Αριθμός	4	1	
	%	6,2%	0,7%	

Η σύγκριση της προσωπικής εξουθένωσης με το επάγγελμά έδειξε ότι το 52,4% και το 51,1% των νοσηλευτών ΠΕ και βοηθών νοσηλευτών αντίστοιχα έχουν χαμηλή προσωπική εξουθένωση, όπως και το 47% των ιατρών, ενώ το 46,7% των νοσηλευτών ΤΕ έχει μέτρια (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Σύγκριση προσωπικής εξουθένωσης με επάγγελμά

Προσωπική εξουθένωση		Ποιο είναι το επάγγελμά σας;					P value
		Νοσηλεύτης /τρια ΠΕ	Νοσηλεύτης /τρια ΤΕ	Βοηθός Νοσηλεύτη/τρια ΔΕ	Ιατρός	Φυσιοθεραπευτής/τρια	
Χαμηλή	Αριθμός	11	27	24	31	0	0,001
	%	52,4%	36,0%	51,1%	47,0%	0,0%	
Μέτρια	Αριθμός	7	35	13	22	0	
	%	33,3%	46,7%	27,7%	33,3%	0,0%	
Υψηλή	Αριθμός	2	13	10	10	0	
	%	9,5%	17,3%	21,3%	15,2%	0,0%	
Πολύ υψηλή	Αριθμός	1	0	0	3	1	
	%	4,8%	0,0%	0,0%	4,5%	100,0%	

Η σύγκριση της εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς και το φύλο έδειξε ότι το 70,8% των ανδρών έχουν χαμηλή προσωπική εξουθένωση, σε σύγκριση με το υψηλότερο 75,2% των γυναικών (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Σύγκριση εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς με φύλο

Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς		Φύλο		P value
		Άντρας	Γυναίκα	
Χαμηλή	Αριθμός	46	109	0,028
	%	70,8%	75,2%	
Μέτρια	Αριθμός	13	31	
	%	20,0%	21,4%	
Υψηλή	Αριθμός	2	5	
	%	3,1%	3,4%	
Πολύ υψηλή	Αριθμός	4	0	
	%	6,2%	0,0%	

Η σύγκριση της εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς και το επάγγελμα έδειξε ότι το 95,2% των νοσηλευτών ΠΕ έχουν χαμηλή εξουθένωση, ενώ χαμηλότερα ήταν τα αντίστοιχα ποσοστά των νοσηλευτών ΤΕ, βοηθών νοσηλευτών και ιατρών (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Σύγκριση εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς με επάγγελμα

Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς		Ποιο είναι το επάγγελμά σας;					P value
		Νοσηλευτής/τρια ΠΕ	Νοσηλευτής/τρια ΤΕ	Βοηθός Νοσηλευτή/τρια ΔΕ	Ιατρός	Φυσιοθεραπευτής/τρια	
Χαμηλή	Αριθμός	20	51	35	49	0	0,001
	%	95,2%	68,0%	74,5%	74,2%	0,0%	
Μέτρια	Αριθμός	1	19	10	14	0	
	%	4,8%	25,3%	21,3%	21,2%	0,0%	
Υψηλή	Αριθμός	0	4	2	1	0	
	%	0,0%	5,3%	4,3%	1,5%	0,0%	
Πολύ υψηλή	Αριθμός	0	1	0	2	1	
	%	0,0%	1,3%	0,0%	3,0%	100,0%	

Η σύγκριση της εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς και τα χρόνια εργασίας στο τμήμα έδειξε ότι το 90% και το 82,1% των

επαγγελματιών υγείας με 6-10 έτη και έως 1 έτος εργασιακή εμπειρία στο τμήμα αντίστοιχα είχαν χαμηλή εξουθένωση, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται 2-5 έτη και 11+ έτη (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Σύγκριση εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους

Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς		Πόσα χρόνια εργάζεστε στο συγκεκριμένο Τμήμα;						P value
		Έως 1	2-3	4 – 5	6 – 10	11 – 15	16+	
Χαμηλή	Αριθμός	55	48	20	9	13	10	0,017
	%	82,1%	75,0%	66,7%	90,0%	54,2%	66,7%	
Μέτρια	Αριθμός	12	13	5	0	9	5	
	%	17,9%	20,3%	16,7%	0,0%	37,5%	33,3%	
Υψηλή	Αριθμός	0	2	2	1	2	0	
	%	0,0%	3,1%	6,7%	10,0%	8,3%	0,0%	
Πολύ υψηλή	Αριθμός	0	1	3	0	0	0	
	%	0,0%	1,6%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	

ασθενείς με χρόνια εργασίας στο τμήμα

6. Σύγκριση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με ποιότητα εργασιακής ζωής

Οι νοσηλεύτριες ΤΕ φαίνεται να έχουν την χαμηλότερη ικανοποίηση από συμπόνια σε σύγκριση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Σύγκριση ικανοποίησης από την συμπόνια με επάγγελμα

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Νοσηλεύτης/τρια ΠΕ	21	51,67	8,49	<i>0,027</i>
Νοσηλεύτης/τρια ΤΕ	75	48,04	9,00	
Βοηθός Νοσηλεύτη/τρια ΔΕ	47	50,12	11,08	
Ιατρός	66	51,93	10,16	

Τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει ΤΕΙ φαίνεται να έχουν την υψηλότερη εξουθένωση, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες εκπαιδευτικές βαθμίδες (Πίνακας 13).

Πίνακας 13. Σύγκριση εξουθένωσης με επίπεδο εκπαίδευσης

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Είμαι απόφοιτος ΙΕΚ /Σχολής Νοσοκομείου / Λυκείου	44	49,92	9,01	<i>0,024</i>
Έχω τελειώσει ΤΕΙ	43	54,03	9,63	
Έχω τελειώσει Πανεπιστήμιο	36	49,51	9,18	
Έχω / κάνω Μεταπτυχιακό	64	49,00	10,18	
Έχω / κάνω Διδακτορικό	23	46,16	11,55	

7. Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης με ποιότητα εργασιακής ζωής

- Όσο αυξάνει η προσωπική εξουθένωση, μειώνεται η ικανοποίηση από συμπόνια ($r=-0.292$) και αυξάνεται η εξουθένωση ($r=0.481$) και το δευτερεύον μετατραυτικό στρες ($r=0.263$) και αντίστροφα.
- Όσο αυξάνει η εργασιακή εξουθένωση, μειώνεται η ικανοποίηση από συμπόνια ($r=-0.377$) και αυξάνεται η εξουθένωση ($r=0.583$) και το δευτερεύον μετατραυτικό στρες ($r=0.239$) και αντίστροφα.
- Όσο αυξάνει η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς, μειώνεται η ικανοποίηση από συμπόνια ($r=-0.472$) και αυξάνεται η εξουθένωση ($r=0.491$) και το δευτερεύον μετατραυτικό στρες ($r=0.266$) και αντίστροφα.

Πίνακας 14. Σύγκριση επαγγελματικής εξουθένωσης με ποιότητα εργασιακής ζωής

		Ικανοποίηση από συμπόνια	Εξουθένωση	Δευτερεύον μετατραυτικό στρες
Προσωπική εξουθένωση	Pearson Correlation	-,292**	,481**	,263**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	210	210	210
Εργασιακή εξουθένωση	Pearson Correlation	-,377**	,583**	,239**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	210	210	210
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Pearson Correlation	-,472**	,491**	,266**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	210	210	210

8. Σύγκριση του φόβου της Πανδημίας με την επαγγελματική εξουθένωση

- Αν αυξηθεί ο φόβος των επαγγελματιών υγείας μήπως μεταφέρουν τον κορωνοϊό COVID-19 στην οικογένεια μου/φίλους θα αυξηθεί η προσωπική εξουθένωση, ($r=0.189$).
- Αν αυξηθεί ο φόβος των επαγγελματιών υγείας μήπως μεταφέρουν τον κορωνοϊό COVID-19 στην οικογένεια μου/φίλους, θα αυξηθεί η εργασιακή εξουθένωση, ($r=0.221$).
- Αν μειωθεί ο φόβος των επαγγελματιών υγείας μήπως κολλήσουν τους ασθενείς τους θα αυξηθεί η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς, ($r=-0.152$).

Πίνακας 15. Σύγκριση του φόβου της Πανδημίας με την επαγγελματική εξουθένωση

		Εργασιακή εξουθένωσης της Κοπενγάγης		
		Προσωπική εξουθένωση	Εργασιακή εξουθένωση	Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή ή με τους ασθενείς
Φοβάμαι μήπως κολλήσω τον κορωνοϊό COVID-19.	Correlation Coefficient	,050	,129	-,054
	Sig. (2-tailed)	,469	,062	,436
	N	210	210	210
Φοβάμαι μήπως μεταφέρω τον κορωνοϊό COVID-19 στην οικογένεια μου/φίλους.	Correlation Coefficient	,189**	,221**	,020
	Sig. (2-tailed)	,006	,001	,768
	N	210	210	210
Φοβάμαι μήπως μπω σε καραντίνα.	Correlation Coefficient	,085	,099	-,026
	Sig. (2-tailed)	,222	,153	,708
	N	210	210	210
Φοβάμαι μήπως κολλήσω, αν μολυνθώ από τους συναδέλφους μου.	Correlation Coefficient	,080	,026	-,082
	Sig. (2-tailed)	,250	,707	,235
	N	210	210	210
Φοβάμαι αν μολυνθώ μήπως κολλήσω τους ασθενείς μου.	Correlation Coefficient	-,059	-,067	-,152*
	Sig. (2-tailed)	,397	,338	,028
	N	209	209	209

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

**. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

9. Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης

9.1 Μοντέλο παλινδρόμησης Προσωπικής εξουθένωσης

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την προσωπική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 15). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η διάσταση της προσωπικής εξουθένωσης και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι διαστάσεις του ProQoI και οι υπόλοιπες διαστάσεις του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Κοπενγχάγης.

Το μοντέλο κατέδειξε:

- Αν αυξηθεί η εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας κατά 1 μονάδα θα αυξηθεί και η προσωπική εξουθένωση κατά $b=0,743$.

Πίνακας 16. Μοντέλο παλινδρόμησης Προσωπικής εξουθένωσης

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	15,849	2,385		6,646	,000	11,148	20,551
Εργασιακή εξουθένωση	,743	,042	,778	17,849	,000	,661	,825

9.2 Μοντέλο παλινδρόμησης Εργασιακής εξουθένωσης

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 16). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η διάσταση της εργασιακής εξουθένωσης και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι διαστάσεις του ProQoI και οι υπόλοιπες διαστάσεις του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Κοπενγχάγης.

Το μοντέλο κατέδειξε:

- Αν αυξηθεί η εξουθένωση, η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς και η προσωπική εξουθένωση των

επαγγελματιών υγείας κατά 1 μονάδα τότε θα αυξηθεί και η εργασιακή εξουθένωση κατά $b=0,897$, $b=0,145$ και $b=0,641$ αντίστοιχα.

Πίνακας 17. Μοντέλο παλινδρόμησης Εργασιακής εξουθένωσης

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	-11,375	4,515		-2,519	,013	-20,278	-2,473
Εξουθένωση	,897	,203	,215	4,427	,000	,498	1,296
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	,145	,045	,150	3,224	,001	,056	,233
Προσωπική εξουθένωση	,641	,049	,613	13,226	,000	,546	,737

9.3. Μοντέλο παλινδρόμησης εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 17). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η διάσταση της εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι διαστάσεις του ProQol και οι υπόλοιπες διαστάσεις του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Κοπενχάγης.

Το μοντέλο κατέδειξε:

- Αν αυξηθεί το δευτερεύον μετατραυτικό στρες και η εργασιακή εξουθένωση κατά 1 μονάδα τότε θα αυξηθεί και η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς κατά $b=0,595$ και $b=0,362$ αντίστοιχα.
- Αν αυξηθούν τα έτη εργασίας κατά 5, τότε θα αυξηθεί και η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς κατά $b=1,794$

- Αν αυξηθεί η ικανοποίηση από συμπόνια κατά 1 μονάδα τότε θα μειωθεί η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς κατά $b = -0,917$.

Πίνακας 18. Μοντέλο παλινδρόμησης εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	33,005	8,570		3,851	,000	16,108	49,901
Δευτερεύον μετατραυτικό στρες	,595	,181	,186	3,288	,001	,238	,952
Εργασία στο συγκεκριμένο Τμήμα	1,794	,716	,138	2,504	,013	,381	3,207
Ικανοποίηση από συμπόνια	-,917	,161	-,334	-5,687	,000	-1,236	-,599
Εργασιακή εξουθένωση	,362	,063	,349	5,763	,000	,238	,486

9.4. Μοντέλο παλινδρόμησης ικανοποίησης από συμπόνια

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση από συμπόνια των επαγγελματιών υγείας, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 18). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η διάσταση της ικανοποίησης από συμπόνια και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι υπόλοιπες διαστάσεις του ProQoI και οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Κοπενγχάγης.

Το μοντέλο κατέδειξε:

- Αν αυξηθεί η εξουθένωση, το δευτερεύον μετατραυτικό στρες και η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς κατά 1 μονάδα τότε θα μειωθεί η ικανοποίηση από συμπόνια κατά $b = -0,709$, $b = -0,231$ και $b = -0,111$ αντίστοιχα.

Πίνακας 19. Μοντέλο παλινδρόμησης ικανοποίησης από συμπόνια

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	52,433	2,493		21,035	,000	47,518	57,347
Εξουθένωση	-,709	,105	-,449	-6,773	,000	-,915	-,503
Δευτερεύον μετατραυτικό στρες	-,231	,070	,198	3,305	,001	-,093	-,369
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	-,111	,023	-,304	-4,757	,000	-,157	-,065

10.1 Μοντέλο παλινδρόμησης Εξουθένωσης

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 19). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η διάσταση της εξουθένωσης και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι υπόλοιπες διαστάσεις του ProQol και οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Κοπενγχάγης.

Το μοντέλο κατέδειξε:

- Αν αυξηθεί το δευτερεύον μετατραυτικό στρες και η εργασιακή εξουθένωση κατά 1 μονάδα τότε θα αυξηθεί η εξουθένωση κατά $b=0,192$ και $b=0,092$ αντίστοιχα.
- Αν αυξηθεί η ικανοποίησης από συμπόνια κατά 1 μονάδα τότε θα μειωθεί η εξουθένωση κατά $b=-0,233$.

Πίνακας 20. Μοντέλο παλινδρόμησης Εξουθένωσης

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	25,111	1,688		14,879	,000	21,784	28,439
Δευτερεύον μετατραυτικό στρες	,192	,037	,260	5,190	,000	,119	,265
Ικανοποίηση από συμπόνια	-,233	,033	-,368	-7,000	,000	-,299	-,167
Εργασιακή εξουθένωση	,092	,013	,383	7,078	,000	,066	,117

10.1 Μοντέλο παλινδρόμησης Δευτερεύον μετατραυτικό στρες

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν το δευτερεύον μετατραυτικό στρες των επαγγελματιών υγείας, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 20). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε το δευτερεύον μετατραυτικό στρες και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι υπόλοιπες διαστάσεις του ProQol και οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου εξουθένωσης της Κοπενγχάγης.

Το μοντέλο κατέδειξε:

- Αν αυξηθεί η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς και η εξουθένωση τότε θα αυξηθεί το μετατραυματικό στρες κατά $b=0,192$ και $b=0,092$ αντίστοιχα.
- Αν αυξηθεί η ικανοποίηση από συμπόνια κατά 1 μονάδα τότε θα μειωθεί η εξουθένωση κατά $b=-0,218$.

Πίνακας 21. Μοντέλο παλινδρόμησης Δευτερεύον μετατραυτικό στρες

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	-1,307	4,297		-,304	,761	-9,780	7,165
Ικανοποίηση από συμπόνοια	-,218	,066	,254	3,305	,001	-,088	-,348
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	,057	,023	,183	2,429	,016	,011	,103
Εξουθένωση	,560	,106	,413	5,304	,000	,352	,768

Συζήτηση

Κύριος σκοπός της εργασίας μας ήταν να διερευνήσουμε την επιρροή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής ιατρών και νοσηλευτών την περίοδο πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα.

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτη μας η επαγγελματική εξουθένωση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό χαρακτηρίζεται από χαμηλή έως μέτρια για το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων ($\approx 81\%$) ενώ υψηλή σε ποσοστό ($\approx 16,5\%$) και στις τρεις υποκλίμακες της, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο της εργασιακής εξουθένωσης της Κοπενχάγης –Copenhagen burnout inventory (CBI-Gr) δηλαδή της προσωπικής, της εργασιακής και της εξουθένωσης που προέρχεται από την συναναστροφή με τους ασθενείς. Ο παραπάνω βαθμός εξουθένωσης ίσως μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι η μελέτη μας έγινε στα τέλη του 2022 και στις αρχές του 2023, όπου η πανδημία θα λέγαμε βρισκόταν σε "αποδρομή", και το υγειονομικό προσωπικό, ελαφρώς ενισχυμένο με νέες προσλήψεις και με τα κατάλληλα πλέον μέσα (προστατευτικός εξοπλισμός, εμβολιασμοί, πρωτόκολλα αντιμετώπισης του νέου κορωνοϊού κλπ) αντιμετώπιζε τη νέα συνθήκη έχοντας την απαραίτητη γνώση και εμπειρία και λιγότερο το αίσθημα ανασφάλειας και του φόβου. Σε αντίθεση με άλλες έρευνες νωρίτερα κατά τη διάρκεια της πανδημίας τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν μεγαλύτερα εξαιτίας της ταχείας μετάδοσης της νόσου και της υψηλής θνησιμότητας, της έλλειψης κατανόησης της δυναμικής της πανδημίας, της ανεπαρκούς ψυχολογικής υποστήριξης και του συντριπτικού φόρτου εργασίας.(Neto MLR et al.,2020; Muller AE et al.,2020).

Παρόμοια με την έρευνα μας χαμηλά σχετικά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσίασαν σε έρευνα που διεξήχθη στην Κίνα επαγγελματίες υγείας της πρώτης γραμμής. Το εθνικό σύστημα υγείας της Κίνας ήταν πιο έτοιμο στην αντιμετώπιση της πανδημίας από άλλες χώρες έχοντας ήδη αναπτύξει υγειονομικά πρωτόκολλα και διαδικασίες διαχείρισης της νόσου covid-19 έγκαιρα και με την εμπειρία από προηγούμενες πανδημίες (SARS, H1NI).(Wu Y, et al.,2020). Σε άλλη έρευνα φάνηκε ότι η εργασία σε νοσοκομεία που είναι σχεδιασμένα για την αντιμετώπιση ασθενών με covid-19 έχοντας προετοιμαστεί κατάλληλα, εκπαιδεύοντας το προσωπικό του και εφοδιάζοντας με τον απαραίτητο εξοπλισμό και τα μέσα προστασίας, ενέχει μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης burnout(Jalili M et al.,2021). Αρκετές προηγούμενες

μελέτες, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, έχουν επισημάνει την εμφάνιση σε μεγάλο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, γεγονός που απαιτεί άμεση προσοχή (Duarte I et al., 2020), ενώ άλλες, ωστόσο, έχουν εντοπίσει μέτρια ή ελάχιστη επαγγελματική εξουθένωση (Dinibutun SR 2020; Matsuo T et al., 2020).

Να αναφέρουμε ότι η εργασιακή εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς βρέθηκε σε χαμηλότερα επίπεδα από αυτά της προσωπικής εξουθένωσης και της εξουθένωσης που σχετίζεται με την εργασία. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην μελέτη Žutautienė R και συν. 2020 όπου η συνολική επαγγελματική εξουθένωση και η επαγγελματική εξουθένωση στους τρεις τομείς σχετίζονταν κυρίως, με τον υψηλό φόρτο εργασίας, την έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης και το αίσθημα της εργασιακής ανασφάλειας.

Συγκρίνοντας τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά με την επαγγελματική εξουθένωση η μελέτη μας έδειξε όσον αφορά το φύλο ότι οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν σε μεγαλύτερο βαθμό εργασιακή εξουθένωση συγκριτικά με τους άνδρες. Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να αποδοθούν στον αυξημένο φόρτο εργασίας των γυναικών όπως αυτός πηγάζει από τον διπλό τους ρόλο στην κοινωνία μέσω της συνεισφοράς τους τόσο στο εργασιακό περιβάλλον όσο και στο σπίτι. Τα αυξημένα καθήκοντα και οι πολλαπλές ευθύνες θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη αντίληψη προσωπικής εξουθένωσης. Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν κι από προγενέστερες έρευνες που διεξήχθησαν στην Κίνα (Liu N et al., 2020; Wang C et al., 2020).

Στη μελέτη μας οι γυναίκες επίσης παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά εξουθένωσης που προέρχονται από την συναναστροφή αυτών με τους ασθενείς πράγμα που εξηγείται εύκολα καθώς αποτελούν την πλειοψηφία του δείγματος της μελέτης μας (69%), και επιπλέον αναλογιζόμενοι ότι πρόκειται για νοσηλεύτριες στο μεγαλύτερο ποσοστό με μεγαλύτερη φυσική και χρονική παρουσία δίπλα στους ασθενείς.

Παρόλο που το μεγαλύτερο ποσοστό 42,9% των επαγγελματιών υγείας ήταν ηλικίας 25-34 ετών και συνεπώς με λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας αυτό δεν φάνηκε να έπαιξε ρόλο στο βαθμό εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε αντίθεση με άλλες μελέτες όπου ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών και συναισθηματικής εξάντλησης σε άτομα μικρότερης ηλικίας και εργασιακής εμπειρίας

είναι μεγαλύτερος(Ferry A et al.,2021). Οι νεότεροι νοσηλευτές εξαιτίας της απειρίας τους στην αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων και ειδικά υπό συνθήκες φροντίδας με περιορισμένα μέσα κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν burnout(Galanis P,et al.,2020).

Όσον αφορά τη σύγκριση της προσωπικής εξουθένωσης με βάση το επάγγελμα στη μελέτη μας δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, η εξουθένωση κυμάνθηκε σχεδόν στα ίδια επίπεδα. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι γιατροί και νοσηλευτές συμμετείχαν με την ίδια ένταση στην αντιμετώπιση της νόσου. Σε αντίθεση με εμάς στην έρευνα των Duarte I και συν.,2020 και Matsuo T και συν., 2020 διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν υψηλότερος στους νοσηλευτές από ότι στους γιατρούς. Σε έρευνα που διεξήχθη στην Τουρκία ενώ οι νοσηλευτές και οι γιατροί δεν διέφεραν ως προς την συναισθηματική εξάντληση , όσον αφορά την αποπροσωποποίηση ήταν σημαντικά υψηλότερη στους γιατρούς σε σύγκριση με τους νοσηλευτές. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να σχετίζεται με μεγαλύτερη απευαισθητοποίηση επειδή οι γιατροί συμμετέχουν περισσότερο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων ως επικεφαλής της ομάδας. Ο γιατρός μπορεί να χρησιμοποιεί την απευαισθητοποίηση περισσότερο ως μηχανισμό άμυνας για να μπορεί να συνεχίσει με ηρεμία τα επαγγελματικά του καθήκοντα και να είναι πιο αντικειμενικός στις αποφάσεις του χωρίς να κατακλύζεται από το έντονο άγχος της αβεβαιότητας(Sagaltici, Eser et al.2022).

Στην μελέτη μας χρήζει να αναφέρουμε ότι η εργασία στα τμήματα αποκλειστικά με Covid ασθενείς δεν φάνηκε να επηρέασε σε μεγαλύτερο βαθμό την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συγκριτικά με την εργασία στα άλλα τμήματα. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι το 87,6% του προσωπικού υγείας έρχεται σε επαφή με ασθενείς που είναι θετικοί στον Covid-19. Πιθανολογείται επίσης ότι η εναλλαγή του προσωπικού κατά διαστήματα μεταξύ των τμημάτων συνετέλεσε στα παραπάνω. Αντίθετα σε έρευνα στην Ιαπωνία βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης ασθενών με covid-19 και συγκεκριμένα το 50% αυτών ανέπτυξαν burnout σε ποσοστό σημαντικά υψηλότερο συγκριτικά με αυτούς που δούλευαν με non-covid-19 ασθενείς (9.5%)(Nishimura Y,et al.,2021).

Ο φόβος που γεννάται κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας είναι αναμενόμενος και πρόκειται για μια ψυχολογική αντίδραση απέναντι σε μια πραγματική ή αφηρημένη απειλή, που εξασφαλίζει την επιβίωση. (Ahorsu DK et al.,2020; Harper et al.,2020). Η ψυχολογική δυσφορία για τους επαγγελματίες υγείας την περίοδο της πανδημίας έχει αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες, όπως ο φόβος της μόλυνσης, η πιθανότητα καραντίνας-η διαπροσωπική απομόνωση , ο φόβος μετάδοσης του νέου κορωνοϊού Covid-19 σε φίλους και την οικογένεια, η ανησυχία για τους ασθενείς και τους συναδέλφους , το εργασιακό άγχος, , το αντιληπτό στίγμα κ.α (Maunder R et al.,2006). Σε συμφωνία με τα παραπάνω στη μελέτη μας ποσοστό 44,3% φοβάται λίγο μήπως κολλήσει τον νέο κορωνοϊό, ανησυχεί αρκετά για να μην κολλήσει τους συναδέλφους του σε ποσοστό 26,5% και πολύ σε ποσοστό 22% μην κολλήσει τους ασθενείς. Η μεγαλύτερη όμως ανησυχία τους είναι να μην μεταφέρουν τον ιο Covid-19 στην οικογένεια και τους φίλους τους σε ποσοστό 20%. Σε αντίστοιχη μελέτη στην Ινδία, οι επαγγελματίες υγείας φοβόντουσαν τη μόλυνση COVID-19 κατά τη διάρκεια της εργασίας (1.120, 55,3%) και τη μεταφορά της μόλυνσης στα μέλη της οικογένειας (1.357, 66,9%).(Khasne R W et al.,2020). Αυτό ήταν παρόμοιο με τα ευρήματα της έρευνας SCCM COVID-19 Rapid-Cycle Survey 2, που διεξήχθη τον Απρίλιο του 2020 όπου από τους 9.492 επαγγελματίες υγείας σε ΜΕΘ, σχεδόν 6.500 έψαχναν να βρουν μέτρα για να μη μεταφέρουν τον ιό στα μέλη των οικογενειών τους. Έχει βρεθεί ότι το υψηλό επίπεδο φόβου που σχετίζεται με το COVID-19 αυξάνει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των ανθρώπων. Στους επαγγελματίες υγείας βρέθηκε ότι ο φόβος του Covid-19 συνεπάγεται μείωση της ικανοποίησης από την εργασία, εγκατάλειψη της εργασίας και αντικατάσταση αυτών και αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης(Çağış Z.G, Yıldırım M,2020).

Στη μελέτη μας φάνηκε πως αν αυξηθεί ο φόβος των επαγγελματιών υγείας μήπως μεταφέρουν τον κορωνοϊό COVID-19 στην οικογένεια μου/φίλους θα αυξηθεί η προσωπική εξουθένωση, ($r=0.189$), θα αυξηθεί και η εργασιακή εξουθένωση, ($r=0.221$). Κατά αντιστοιχία μελέτη που διενεργήθηκε στην Τουρκία διαδικτυακά έδειξε την ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης μεταξύ του φόβου του COVID-19 και του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης. Η μελέτη έδειξε ότι όταν στην οικογένεια των επαγγελματιών υγείας υπάρχουν ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών ή άτομα με χρόνια ασθένεια αυξάνει το επίπεδο φόβου για τον COVID-19. Η μεγάλη ηλικία και η παρουσία χρόνιων νοσημάτων αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης από τον SARS-

CoV-2 και στις περισσότερες των περιπτώσεων αυξάνουν την ανάγκη για εντατική θεραπεία καθώς και τον κίνδυνο θνησιμότητας(Çalışkan E, Kargin M.2022). Έτσι λοιπόν θα μπορούσε να εξηγηθεί και ο μεγάλος φόβος μετάδοσης της νόσου στην οικογένεια και στη δική μας μελέτη.

Τα αποτελέσματα της εργασίας μας κατέγραψαν μέτρια την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού την περίοδο της πανδημίας Covid-19 . Πιο αναλυτικά το μεγαλύτερο ποσοστό φάνηκε να έχει μέτρια ικανοποίηση συμπόνιας , μέτρια εξουθένωση και μέτριο προς χαμηλό δευτερεύον μετατραυματικό στρες. Ανάλογα ήταν τα ευρήματα σε έρευνα που διεξήχθη στο ίδιο νοσοκομείο 2 χρόνια πριν τη μελέτη μας.(Latsou D et al.,2022). Η μελέτη τω Wang X και συν,. (2022) έδειξε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές πρώτης γραμμής ενάντια στην πανδημία στην Κίνα είχαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπόνια, χαμηλά έως μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και χαμηλά έως μέτρια επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες, τα οποία ήταν παρόμοια με μια άλλη μελέτη σχετικά με την κόπωση από τη συμπόνια των νοσηλευτών πρώτης γραμμής στη Wuhan (Jiang W et al.,2021). Παρόμοια αποτελέσματα σε αρκετές μελέτες μπορούν ίσως να αποδοθούν στο γεγονός ότι η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας προσφέροντας τη βοήθεια τους στους ασθενείς κάτω από ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες είναι τόσο μεγάλη που μετριάζει την σωματική και συναισθηματική τους εξάντληση και το δευτερεύον τραυματικό άγχος.

Στην παρούσα μελέτη γιατροί και νοσηλευτές φαίνεται να έχουν την ίδια ικανοποίηση από συμπόνια , ενώ όσον αφορά την εξουθένωση υψηλότερη παρουσιάζουν οι νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης μιας και αποτελούν και την πλειοψηφία του δείγματος μας. Οι ιατροί εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες κόπωσης από τη συμπόνια στη μελέτη των Ruiz-Fernández και συν.2020. Αντίθετα αποτελέσματα είχαμε και σε έρευνα όπου βρέθηκε ότι οι γιατροί είχαν υψηλότερα επίπεδα κόπωσης συμπόνιας και επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με τους νοσηλευτές οι οποίοι με τη σειρά τους παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίηση συμπόνιας. Οι γιατροί αντιμετωπίζουν σημαντικές ηθικές και δεοντολογικές αποφάσεις και πρωτοφανείς προκλήσεις κατά τη διάρκεια αυτής της πανδημίας όπως η φροντίδα βαρέως πασχόντων ασθενών με ανεπαρκή μέσα και η επιλογή των ασθενών που θα δώσουν προτεραιότητα με βάση αυτά τα μέσα όπως π.χ αναπνευστήρες. Η τελική απόφαση σχετικά με τη χορήγηση της θεραπείας,

εναπόκειται στον υπεύθυνο ιατρό κάθε φορά γεγονός που τον βρίσκει απροετοίμαστο και ως αποτέλεσμα ορισμένοι ιατροί να βιώνουν ηθική βλάβη ή/και προβλήματα ψυχικής υγείας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας διατρέχουν κίνδυνο ηθικής βλάβης, δηλαδή ψυχολογικής δυσφορίας που προέρχεται από ενέργειες (ή την αδυναμία υλοποίησης ενεργειών) που παραβιάζουν τους προσωπικούς ηθικούς και δεοντολογικούς κώδικες τους (Greenberg et al., 2020). Στην δική μας έρευνα όπως προαναφέρθηκε το πανδημικό κύμα είχε κοπάσει, με σαφώς λιγότερα κρούσματα και κατάλληλη και οργανωμένη πλέον αντιμετώπιση αυτών και οι γιατροί δεν αντιμετώπιζαν ηθικά διλήμματα.

Σε άλλη έρευνα στην Ελλάδα ευρήματα έδειξαν ότι το 23% των συμμετεχόντων ανέφεραν υψηλό κίνδυνο για κόπωση συμπόνιας και το 77% εξέφρασαν υψηλό έως μέτριο δυναμικό για ικανοποίηση συμπόνιας. Οι νοσηλευτές με υψηλότερες βαθμολογίες στην πίστη και το νόημα για την παροχή φροντίδας ασθενών με Covid-19 ανέφεραν σε υψηλότερο ποσοστό ικανοποίηση συμπόνιας, ενώ οι νοσηλευτές με τραυματικά γεγονότα στην πορεία της ζωής τους σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στο δευτερογενές μετατραυματικό στρες. Στη μελέτη αυτή η ικανοποίηση των συμμετεχόντων προέρχεται από το οργανωτικό κλίμα στο πλαίσιο εργασίας τους, ενώ τα αποτελέσματα της υποδεικνύουν την στρατηγική αντιμετώπισης της νοσηλευτικής διοίκησης στην προετοιμασία και την εκπαίδευση των νοσηλευτών για την προστασία των ασθενών και των ίδιων σε περιόδους κρίσης (Missouridou E και συν., 2021).

Θέλοντας να εξηγήσουμε τα μέτρια επίπεδα που παρατηρήθηκαν και στις τρεις διαστάσεις της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, θα λέγαμε ότι οφείλονται στην ταυτόχρονη εμπειρία θετικών και αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας την περίοδο της πανδημίας. Από τη μία αισθάνονται εξαντλημένοι από τον υψηλό φόρτο εργασίας και βιώνουν έντονο τραυματικό άγχος από αυτά που αντιμετωπίζουν (βαριά ασθενείς-θάνατος) και από την άλλη, όλο αυτό εξισορροπείται, μετριάζεται, από την ικανοποίηση που αισθάνονται για τις υπηρεσίες που προσφέρουν στους συνανθρώπους τους που βρίσκονται στη δίνη της νόσου Covid-19 (Latsou D et al., 2022).

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας μας διαπιστώνεται η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας επαγγελματικής ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Αύξηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης συνεπάγεται αρνητική επίδραση στην εργασιακή ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και των διαστάσεων της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής. Όσο αυξάνεται η επαγγελματική εξουθένωση, μειώνεται η ικανοποίηση από συμπίνα και αυξάνεται η εξουθένωση και το δευτερεύον μετατραυματικό στρες(ή διαφορετικά αυξάνεται η κόπωση από συμπίνα).

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε μια συγχρονική μελέτη που διεξήχθη στην Ανατολική Κίνα και περιλάμβανε 2504 νοσηλευτές καταδεικνύοντας σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας της εργασιακής τους ζωής. Οι νοσηλευτές με σοβαρή επαγγελματική εξουθένωση είχαν χαμηλή ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Η επαγγελματική εξουθένωση βρέθηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας που επιδρά στην ποιότητας της εργασιακής ζωής, ακολουθούμενος από το επίπεδο του νοσοκομείου(τριτοβάθμιο- δευτεροβάθμιο), την ηλικία, το εισόδημα, τη νυχτερινή βάρδια και την αναλογία ασθενών προς νοσηλευτές(Wang Q et al.,2019).

Σε μια μελέτη που το δείγμα της αποτέλεσαν 432 νοσηλευτές από 10 νοσοκομεία στην Μαλαισία είχε ως στόχο να εξετάσει τον διαμεσολαβητικό ρόλο της ψυχολογικής ενδυνάμωσης και της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής στις εμπειρίες επαγγελματικής εξουθένωσης αυτών. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η πρόβλεψη υψηλής ποιότητας της εργασιακής ζωής (επαρκής και δίκαιη αποζημίωση, συγκρότηση στον εργασιακό οργανισμό, ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες εργασίας, κοινωνική ενσωμάτωση στον εργασιακό οργανισμό, κοινωνική συνάφεια της εργασιακής ζωής, εργασία και διάρκεια ζωής) θα μπορούσε να προωθήσει την ψυχολογική ενδυνάμωση των νοσηλευτών και κατά συνέπεια τη μείωση των επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης(Perमारupan PY et al.,2020).

Μια μελέτη που διεξήχθη στο Ιράν ,τον καιρό της Πανδημίας, αποσκοπούσε στην αξιολόγηση ενός μοντέλου που συνδέει την ποιότητα της εργασιακής ζωής με την ανθεκτικότητα και τις διάφορες διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ νοσηλευτών με βάση το μοντέλο (HSWERM) περιβαλλοντικής ανθεκτικότητας στο

χώρο εργασίας των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ένα υποστηρικτικό και αναπτυξιακό εργασιακό περιβάλλον ενδυναμώνει τους επαγγελματίες νοσηλευτές και τους επιτρέπει να αντέχουν τις πιέσεις στο χώρο εργασίας που συμβάλλουν στην ψυχολογική τους ανθεκτικότητα. Η αντίληψη υψηλής ποιότητας εργασιακής ζωής μπορεί να ενισχύσει την ανθεκτικότητα των νοσηλευτών και να έχει σημαντικές δυνατότητες να αυξήσει τα αποτελέσματα στο χώρο εργασίας, όπως η ασφάλεια των ασθενών, η ποιότητα της φροντίδας, η επαγγελματική ικανοποίηση και να μειώσει την επαγγελματική εξουθένωση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι διοικήσεις μπορούν να αυξήσουν την ανθεκτικότητα και να μειώσουν την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών νοσηλευτών υιοθετώντας πολιτικές που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής (Zahednezhad H et al.,2021).

Το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης που εφαρμόστηκε μεταξύ όλων των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής δείχνει την αλληλεπίδραση και τη ύπαρξη συσχέτισης έχοντας κάθε φορά μια διάσταση ως εξαρτημένη μεταβλητή και τις υπόλοιπες διαστάσεις, τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά ως ανεξάρτητες. Για παράδειγμα αν αυξηθεί η εξουθένωση, το δευτερεύον μετατραυματικό στρες και η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς τότε θα μειωθεί η ικανοποίηση από συμπόνια. Αν αυξηθεί η ικανοποίηση από συμπόνια τότε θα μειωθεί η εξουθένωση. Η μελέτη μας ανέδειξε επίσης ότι αν αυξηθούν τα έτη εργασίας κατά 5 θα αυξηθεί και η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς.

Αν και περιορισμένες σε αριθμό έρευνες και πριν την εμφάνιση της πανδημίας Covid-19 αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ευάλωτοι στην ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και κατά συνέπεια στην μείωση του επιπέδου της ποιότητας της επαγγελματικής τους ζωής(Casida J et al.,2018; Ashrafi Z et al.,2018).

Στην Ελλάδα την περίοδο της πανδημίας Covid-19 δεν υπάρχουν αντίστοιχες έρευνες που να διερευνούν τη συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ποιότητας της εργασιακής ζωής του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Περιορισμοί της έρευνας

Υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί στη μελέτη μας. Πρόκειται για μια έρευνα διατομεακού σχεδιασμού οπότε δεν επιχειρείται η απόδοση αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών που εξετάζονται παρά μόνο υποθετικές ερμηνευτικές προσεγγίσεις. Η δειγματοληψία ευκολίας που πραγματοποιήθηκε και το μικρό μέγεθος του δείγματος δεν επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα υπόλοιπα νοσοκομεία της χώρας την περίοδο της πανδημίας Covid-19. Παράγοντες που δεν εξετάστηκαν στην έρευνά μας μπορεί επίσης να επηρέασαν τα ευρήματα. Προοπτικές διαχρονικές μελέτες μεγαλύτερης κλίμακας με μεγαλύτερα αντιπροσωπευτικά δείγματα θα μπορούσαν να δώσουν αντικειμενικότερα αποτελέσματα και πληροφορίες σχετικά με τις αιτιώδεις μακροχρόνιες επιδράσεις του COVID-19 στους επαγγελματίες υγείας. Καθώς το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή τίθεται θέμα μεροληψίας και υποκειμενικότητας των απαντήσεων του δείγματος.

Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της έρευνας μας πιστοποιούν την ύπαρξη μέτριας επαγγελματικής εξουθένωσης και μέτριας επαγγελματικής ποιότητας ζωής μεταξύ του συνόλου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με μικρή απόκλιση βάση των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών τους. Φάνηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των δυο παραπάνω μεταβλητών, με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής να φθίνει καθώς αυξάνεται η επαγγελματική εξουθένωση. Υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση συνεπάγεται υψηλότερη κόπωση συμπόνιας και χαμηλότερη ικανοποίηση συμπόνιας. Τα αποτελέσματα αυτά φέρνουν στην επιφάνεια την ανάγκη άμεσων παρεμβάσεων και εφικτών στρατηγικών από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών υγείας αναβάθμισης του υγειονομικού συστήματος της χώρας και κατά συνέπεια μείωσης της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και βελτίωσης της ποιότητας της εργασιακής τους ζωής με αντίκτυπο στην παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας. Οι οργανωσιακές αλλαγές, η συνεχιζόμενη επιμόρφωση, η εξατομικευμένη αντιμετώπιση των αναγκών και προβλημάτων των επαγγελματιών υγείας και η δημιουργία ψυχοθεραπευτικών ομάδων, από πλευράς της διοίκησης των νοσοκομείων, μειώνουν το φόβο και το

άγχος που προέρχεται από την πανδημία, την εξουθένωση η οποία είτε έχει να κάνει με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, είτε προέρχεται από το εργασιακό περιβάλλον, είτε από την συναναστροφή με τους ασθενείς. Τέλος η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ενίσχυσης της ανθεκτικότητας έναντι στην κόπωση συμπίονιας , ενίσχυσης της ενσυνειδητότητας, και η υποστήριξη από συγγενείς και φίλους θα αυξήσει την ικανοποίηση από συμπίονια, θα μειώσει την εξουθένωση και το δευτερεύον μετατραυματικό άγχος.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbasi M, Zakerian A, Mehri A, et al., Investigation into effects of work-related quality of life and some related factors on cognitive failures among nurses. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*,2017; **23**(3), 386– 392.
- Abendroth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*,2006; 8(6), 346-356.
- Acker, G.M. Role conflict and ambiguity: Do they predict burnout among mental health service providers? *Soc. Work. Ment. Health* 2003, 1, 63–80. [CrossRef]
- Adams R, Boscarino J, Figley C. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*,2006; 76(1), 103-108.
- Adriaenssens, J.; De Gucht, V.; Maes, S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *Int. J. Nurs. Stud.* 2015, 52, 649–661
- Aguayo R, Vargas C, De la Fuente E. I, Lozano L. M. A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*,2011; 11, 343–631
- Ahola, K., Honkonen, T., Virtanen, M., Aromaa, A., Lovvovist, J. (2008) Burnout in Relation to Age in the Adult Working Population. *Journal Occupation Health* 50:362-365
- Ahola, K.; Toppinen-Tanner, S.; Seppänen, J. Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burn. Res.* 2017, 4, 1–11. [CrossRef]
- Ahorsu DK, Lin CY, Pakpour AH. The Association Between Health Status and Insomnia, Mental Health, and Preventive Behaviors: The Mediating Role of Fear of COVID-19. *Gerontol Geriatr Med.* 2020 Oct 26;6:2333721420966081
- Alharbi J, Jackson D, Usher K. Compassion fatigue in critical care nurses. An integrative review of the literature. *Saudi Med. J.*, 40 (11) (2019), pp. 1087-1097
- Amofo E.; Hanbali N.; Patel, A.; Singh, P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup. Med.* **2015**, 65, 117–121.

Ang, S.Y.; Dhaliwal, S.S.; Ayre, T.C.; Uthaman, T.; Fong, K.Y.; Tien, C.E.; Zhou, H.; Della, P. Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *Biomed. Res. Int.* **2016**, *2016*, 6960184.

Antoniou A, Polychroni F et al. Sources of stress and professional burnout of teachers of special educational needs in Greece. Presented at ISEC .Manchester , July 24

Antoniou A.-S. Personal traits and professional burnout in health professionals. *Archives of Hellenic Medicine*,1999; 16 (1), 20-28.

Antoniou Alexander-Stamatios, Fotini Polychroni Fotini, and Kotroni Christina. "Working with Students with Special Educational Needs in Greece: Teachers' Stressors and Coping Strategies." *International journal of special education* 24.1 (2009): 100-111.

Ardebili M. E, Naserbakht M et al., Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *American Journal of Infection Control*, 2021;**49**(5), 547–554.

Ariapooran S. Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014;**19**(3):279-84.

Armstrong, M. (2006). *A Handbook of Human resource Management Practice*, Tenth Edition, Kogan Page Publishing, London, , p. 264

Arpacioglu S, Gurler M, Cakiroglu S. Secondary Traumatization Outcomes and Associated Factors among the Health Care Workers Exposed to the COVID-19. *Int. J. Soc. Psychiatry* **2021**, *67*, 84–89.

Arts, E. J., Kerksta, J., Van der Zee (2001). Quality of working life and workload in home help. *Nordic College of Caring Sciences*, p. 12-22.

Aryankhesal A, Mohammadibakhsh R, Hamidi Y, Alidoost S, Behzadifar M, Sohrabi R, Farhadi Z. Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran.* 2019 Jul 31;**33**:77. doi: 10.34171/mjiri.33.77. PMID: 31696071; PMCID: PMC6825380.

Ashley C, James S, Williams A et al., The psychological well-being of primary healthcare nurses during COVID-19: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*,2021; **77**(9), 3820–3828

Ashrafi Z, et al. The relationship between quality of work life and burnout: A linear regression structural-equation modeling. *Health Scope*, 2018, 7.1.

Aughterson H, Mckinlan R.A, Fancourt D, Burton A. Psychosocial impact of frontline health and social care professionals in the UK during the covid-19 pandemic: a qualitative interview study. *BMJ Open* 2021, 1-10

Ayanian J.Z. Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. *JAMA Health Forum* 2020, 1,

Aydin Sayilan, A. , Kulakaç, N. , & Uzun, S. (2020). Burnout levels and sleep quality of COVID-19 heroes. *Perspectives in Psychiatric Care*, 10.1111/ppc.12678

Aziri, B. (2011). Job satisfaction: A literature review. *Management research & practice*, 3(4)

Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al.; Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine: Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: The conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180:853–860

Babamiri M , Alipour N , Heidarimoghadam R , Research on reducing burnout in health care workers in critical situations such as the COVID-19 outbreak. *WORK* 2020;66(2):379–80.

Bacha AM, Grassioto OR, Gonçalves SP, Higa R, Carvasan GAF, Machado HC, et al. Job satisfaction of nursing staff in a university hospital. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(6):1130-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680619i>

Bagtasos M R. Quality of work life: A review of literature. *DLSU Business & Economics Review*, 2011, 20.2: 1-8.

Bakker, A.B.; Schaufeli, W.B. Burnout contagion processes among teachers. *J. Appl. Soc. Psychol.* 2000, 30, 2289–2308. [CrossRef]

Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *J Occup Health Psychol.* 2017 ;Jul;22(3):273-285. doi: 10.1037/ocp0000056. Epub 2016 Oct 10.

Batayneh A and Nashwan AJ (2019): “The burnout among Multinational Nurses in Saudi Arabia” *Open Journal of Nursing*, vol.9, No 7, pp: 603-619

Baydin A, Erenler AK. Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff. *Int J Emerg Mental Health.* 2014;16(2):66–68.

Beinum, H. V. (1974), Interim Report on International Summer School, Plevoord, Holland.

Bellolio M. Fernanda, et al. "Compassion fatigue is similar in emergency medicine residents compared to other medical and surgical specialties." *Western Journal of Emergency Medicine* 15.6 (2014): 629.

Bernstrøm VH. Long working hours and sickness absence-a fixed effects design. *BMC Public Health* 2018;**18**:578

Binmadi NO, Alblowi JA. Prevalence and policy of occupational violence against Oral healthcare workers: systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):279. doi: 10.1186/s12903-019-0974-3.

Blekas A, Voitsidis P, Athanasiadou M., Parlapani E, Chatzigeorgiou A et al., COVID-19: PTSD symptoms in Greek health care professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2020;**12**(7), 812–819.

Boisvert, M. 1977, La qualite' de vie au travail (E' cole des Hautes E' tudes Commerciales, Montre' al).

Boland, L.L.; Mink, P.J.; Kamrud, J.W.; Jeruzal, J.N.; Stevens, A.C. Social support outside the workplace, coping styles, and burnout in a cohort of EMS providers from Minnesota. *Workplace Health Saf.* 2019, 67, 414–422. [CrossRef]

Borges, E. M. D. N., Fonseca, C. I. N. D. S., Baptista, P. C. P., Queirós, C. M. L., Baldonado-Mosteiro, M., & Mosteiro-Diaz, M. P. Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 2019;27.

Boyle Deborah A. Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 2011, 16.1.

Bragard I, Fleet R, et al.,. Quality of work life of rural emergency department nurses and physicians: A pilot study. *BMC Research Notes*,2015; 8(116), 1–9.

Bragard Isabelle, et al. "Quality of work life of rural emergency department nurses and physicians: a pilot study." *BMC Research Notes* 8.1 (2015): 1-9.

Brezniak N, Ben Ya'ir S: Patient Burnout Behavior of Young Adults Undergoing Orthodontic Treatment. *Stress Med.* 1989;5:183-187

Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J (2018): “Burnout syndrome among healthcare professionals”, *American Journal of Health-System Pharmacy*, vol.75, issue 3, pp: 147- 152,

Brill P (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and community health*. 6;12-24

Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. *Nurs Econ*. 2005;23(6):319–26. 279.

Bryan, C.; Goodman, T.; Chappelle, W.; Thompson, W.; Prince, L. Occupational stressors, burnout, and predictors of suicide ideation among US Air Force remote warriors. *Mil. Behav. Health* 2018, 6, 3–12. [CrossRef]

Bryan, C.; Goodman, T.; Chappelle, W.; Thompson, W.; Prince, L. Occupational stressors, burnout, and predictors of suicide ideation among US Air Force remote warriors. *Mil. Behav. Health* 2018, 6, 3–12. [CrossRef]

Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (1993). Work stress, role conflict, social support, and psychological burnout among teachers. *Psychological Reports*, 73, 371–380

Bush N.J. Compassion fatigue: Are you at risk? *Oncology Nursing Forum*, 2009;36(1), 24-28.

Çağış Z. G, Yıldırım M. Understanding the effect of fear of COVID-19 on COVID-19 burnout and job satisfaction: a mediation model of psychological capital. *Psychology, Health & Medicine*,2023; 28(1), 279-289.

Çalışkan E, Kargın M. The relationship between coronavirus 19 fear and occupational fatigue, burnout and recovery levels in healthcare professionals in Turkey. *Archives of Environmental & Occupational Health*,2022 ;77(9), 711-720.

Caricati L et al,. A study on COVID-19-related stigmatization, quality of professional life and professional identity in a sample of HCWs in Italy. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 2022, 93.Suppl 2.

Carlson, H. C. (1981). Quality of work life model. *Education + Training*, 23(4), 99–100. <http://doi.org/10.1108/eb002061>

Casida J M, Combs P, Schroeder S. E, Johnson C. Burnout and quality of work life among nurse practitioners in ventricular assist device programs in the United States. *Progress in Transplantation*,2018; **29**(1), 67– 72.

Cavry, J., Wakefield, D., Price I, Mueller, C., Mcloskey, J. (1995). Determinants of turnover among nursing department employees. *Res Nurs Health*, 8, 397-411.

Certo S. C. (2004). *Modern Management: quality, Ethics and the Global Environment*. Boston: Allyn and Bacon

Chang, H.T.; Chou, Y.J.; Liou, J.W.; Tu, Y.T. The effects of perfectionism on innovative behavior and job burnout: Team workplace friendship as a moderator. *Personal. Individ. Differ.* **2016**, *96*, 260–265.

Che Rose, R., LooSee, B., Jegak, U., & Khairuddin, I. (2006). Quality of work life: Implications of career dimensions. *Journal of Social Sciences*, 2(2), 61-67.

Chemiss C. Professional burnout in human service organization. Publisher: New York, Preager, *Advances in Physical Education*,1980; 5(1):207-325.

Chen, X. , Chen, Z. , Azman, A. S. , Deng, X. , Chen, X. , Lu, W. , Zhao, Z. , Yang, J. , Viboud, C. , Ajelli, M. , Leung, D. T. , & Yu, H. (2020b). Serological evidence of human infection with SARS-CoV-2: A systematic review and meta-analysis [Preprint]. *Epidemiology*, 10.1101/2020.09.11.20192773 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Cho, Ho Jin, and Myun Sook Jung. "Effect of empathy, resilience, self-care on compassion fatigue in oncology nurses." *Journal of Korean Academy of Nursing Administration* 20.4 (2014): 373-382.

Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY. Burnout in the intensive care unit professionals:A systematic review. *Medicine (Baltimore)* 2016;95:e5629

Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control.* 2012 Aug;40(6):486-90. doi: 10.1016/j.ajic.2012.02.029. Erratum in: *Am J Infect Control.* 2012 Sep;40(7):680.

Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum;1988

Conversano C, Marchi L, Miniati, M. Perspective article Psychological distress among healthcare professionals involved in the Covid-19 emergency: Vulnerability and resilience factors
Ciro Conversano, Laura Marchi, Mario Miniati. *Clin. Neuropsychiatry* **2020**, *17*, 94–96.

Couper K, Murrells T, Sanders J et al., The impact of COVID-19 on the wellbeing of the UK nursing and midwifery workforce during the first pandemic wave: A longitudinal survey study. *International Journal of Nursing Studies*,2022;**127**

Danna, K. and Griffin, R.W. (1999), "Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature", *Journal of Management*, Vol.25, No.3, 357-384

Dargahi H, Changizi V, Jazayeri Gharabagh E. Radiology employees' quality of work life. *Acta Med Iran*. 2012;50(4):250–6

Dargahi H, Changizi V, Jazayeri Gharabagh E. Radiology employees' quality of work life. *Acta Med Iran*. 2012;50(4):250–6

Dasan S et al. "Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants." *Emergency Medicine Journal* 32.8 (2015): 588-594.

Dasan Sunil, et al. "Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants." *Emergency Medicine Journal* 32.8 (2015): 588-594.

De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth*. 2020 Oct 28;13:171-183. doi: 10.2147/LRA.S240564. PMID: 33149664; PMCID: PMC7604257.

De Simone, S.; Vargas, M.; Servillo, G. Organizational strategies to reduce physician burnout: A systematic review and metaanalysis. *Aging Clin. Exp. Res*. 2021, 33, 883–894.

De Villers M, DeVon H .Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units *Nurs. Ethics*, 20 (5) (2013), pp. 589-603

Dekker S. W. A., & Schaufeli, W. B. The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian Psychologist*, 1995;30 (1), 57-63.

Delgoshyii B, Riahi L, Motaghi M. [Relationship of quality of working life in Kashan teaching and non-teaching hospitals with knowledge management according to the top and middle manager's point of view]. *J Hospital*. 2010;9(1& 2):67–74

Dembe AE, Erickson JB, Delbos RG, Banks SM. The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses: new evidence from the United States. *Occupational and Environmental Medicine*. 2005;62:588–597

Demerouti E, BAKKER AB. The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. *Handbook of stress and burnout in health care*, 2008, 65.7.

Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud*. 2003 Nov;40(8):807-27. doi: 10.1016/s0020-7489(03)00077-4. PMID: 14568363.

Devi S. COVID-19 exacerbates violence against health workers. *Lancet* (London, England) 2020;396

Diana AE, Mukhtadi APE. Quality of Work Life and Nurse Performance: The Mediation of Job Satisfaction in Pandemic Era. *Systematic Reviews in Pharmacy*. 2020:1739-45.

Dinibutun SR. Factors associated with burnout among physicians: an evaluation during a period of COVID-19 pandemic. *J Healthc Leadersh*.2020;12:85

Dobson H, Malpas C.B, Burrell A.J et al., Burnout and Psychological Distress amongst Australian Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Australas. Psychiatry Bull. R. Aust. N. Z. Coll. Psychiatr*. **2021**, 29, 26–30.

Drobnic, S., Behan, B., & Prag, P. (2010). Good job, good life? Working conditions and quality of life in Europe. *Social Indicators Research*, 99(2), 205-225.

Duarte I, Teixeira A, Castro L, Marina S, Ribeiro C, Jácome C et al (2020) Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*.2020; 20(1):1885

Easton S, and Van Laar D, “Qowl (quality of working life): what, how, and why?,” *Psychology Research*, vol. 3, no. 10, pp. 596-605, 2013.

Edelwich J, Brodsky A. *Burn-Out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Sciences Press, 1980. <https://doi.org/10.1177/019263658106544520>

Edwards J.A, Webster S, Van Laar, D.L, Easton S. Psychometric Analysis of the Health & Safety Executive Management Standards WorkRelated Stress Indicator Tool. *Work & Stress*,2008; 22.2.96-107

Ekedahl M., Wengstrom, Y. Nurses in cancer care-stress when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 2007 ;11, 228-237

Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacıoğlu S, Karadere E. 2020. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Res.*;290:113130.

Elhadi M, Msherghi A, Elgzairi M, Alhashimi A, Bouhuwaish A, Biala M, Abuelmeda S, Khel S, Khaled A, Alsoufi A, Elmabrouk A, Alshiteewi FB, Hamed TB, Alhadi B, Alhaddad S, Elhadi A, Zaid A. Burnout Syndrome Among Hospital Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic and Civil War: A Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry*. 2020 Dec 11;11:579563.

Elhadi M, Msherghi A, et al.,. Burnout Syndrome among Hospital Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic and Civil War: A Cross-Sectional Study. *Front. Psychiatry* **2020**, *11*, 1426.

Ellis, N., & Pompli, A. (2002). Quality of working life for nurses. Commonwealth Dept of Health and Ageing. Canberra.

Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007 Oct;13(5):482-8.

Etzion D. Annual vacation: Duration of relief from job stressors and burnout. *Journal of anxiety, stress and coping*. 2003;16(2):213-226

Evers W. J. G., Tomic W., & Brouwers A. Burnout among Teachers: Students' and Teachers' Perceptions Compared. *School Psychology International*, 2004;25(2), 131–148. <https://doi.org/10.1177/0143034304043670>

Farber, B. A. (1991). *Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher*. Jossey-Bass.

Fernades R B, et al. Quality of work life: An evaluation of Walton model with analysis of structural equations. *Espacios*, 2017, 38.3: 5.

Fernández R, Dolores M, et al. "Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain." *Journal of clinical nursing* 29.21-22 (2020): 4321-4330.

Ferry A V., et al. Predictors of UK healthcare worker burnout during the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 2021, 114.6: 374-380.

Figley C. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. 1;995New York, NY: Brunner-Routledge.

Figley R .Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care.J C Clin Psychol, 58 (2002), pp. 1433-1441

Fred HL, Scheid MS. Physician Burnout: Causes, Consequences, and (?) Cures. *Tex Heart Inst J*. 2018 Aug 1;45(4):198-202.

Freudenberger H.J, Richelson G. (1980). *Bourn – Out. The High Cost of High Achievement*. New York : Ancor Press.

Freudenberger H.J. (1974). Staff Burnout, *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166.

Friganović A., Selič P., Ilić B., Sedić B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: A literature review. *Psychiatr. Danub*. 2019;31:21–31.

Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, et al. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care* 2017; 7:71

Galanis P, Vraika I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D . Nurses’ burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis
edRxiv 2020.11.24.20237750; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.11.24.20237750>Now published in *Journal of Advanced Nursing* doi: [10.1111/jan.14839](https://doi.org/10.1111/jan.14839)

Gerber, M., Brand, S., Elliot, C., Holsboer-Trachsler, E., Pühse, U. & Beck, J. (2013). Aerobic exercise training and burnout: a pilot study with male participants suffering from burnout. *BMC research notes*, 6(1), 78.

Giorgi, G.; Arcangeli, G.; Perminiene, M.; Lorini, C.; Ariza-Montes, A.; Fiz-Perez, J.; Di Fabio, A.; Mucci, N. Work-related stress in the banking sector: A review of incidence, correlated factors, and major consequences. *Front. Psychol*. 2017, 8, 2166. [CrossRef] [PubMed]

Goode D. A. (1989). Quality of life, quality of work life. In W. E. Kiernan & R. Schalock (Eds.), *Economics, industry and disability. A look ahead* (pp. 337-349). Baltimore: Paul H. Brookes.

Gordon H, Demerouti E, Le Blanc P, Bakker A, Bipp T Verhagen . Individual job redesign: Job crafting interventions in healthcare

Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *The British Medical Journal*, 368.

Guitart, A.A. El síndrome del burnout en las empresas. In Proceedings of the Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anahuac, Mérida, Mexico, 26–27 April 2007; pp. 1–7.

Han, S.J.; Bonn, M.A.; Cho, M. The relationship between customer incivility, restaurant frontline service employee burnout and turnover intention. *Int. J. Hosp. Manag.* 2016, 52, 97–106. [CrossRef]

Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *Int J Ment Health Addict.* 2021;19(5):1875-1888

Harrison R. The person environment –fit model and the study of job stress. In T.A Beehr and R. S Bagat (Eds) *Human stress and cognition in organizations*. New York; Willey.1985;22-35

Hegney D G., et al. "Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in A ustralia: study 1 results." *Journal of nursing management* 22.4 (2014): 506-518.

Hinderer K. A, Von Rueden K.T, et al,. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing JTN*,2014; 21(4), 160-169.

Hock, R.R. (1988). Professional Burnout among Public School Teachers. *Public Personnel Management*, 17(2), 167 – 189.

Hu, D. , Kong, Y. , Li, W. , Han, Q. , Zhang, X. , Zhu, L. X. , Wan, S. W. , Liu, Z. , Shen, Q. , Yang, J. , He, H.-G. , & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424. 10.1016/j.eclinm.2020.100424

Hudek-Knežević J, Kalebić Maglica B, Krapić N. Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croat Med J* 2011;52:538–49

Huggard P. Caring for the carers: compassion fatigue and disenfranchised grief. Science with feeling: animals and people. Australia and Royal Society of New Zealand Anzccart Conference Proceedings, vol. 28 (2016)

Humborstad, S.I.; Humborstad, B.; Whitfield, R. Burnout and service employees' willingness to deliver quality service. *J. Hum. Resour. Hosp. Tour.* 2007, 7, 45–64. [CrossRef]

Hwang E. Factors Affecting the Quality of Work Life of Nurses at Tertiary General Hospitals in the Context of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022; 19(8):4718.

International Council of Nurses (ICN). 2020. More than 600 nurses die from COVID-19 worldwide. <https://www.icn.ch/news/more-600-nurses-die-covid-19-worldwide>

International Council of Nurses . (2020). *ICN confirms 1,500 nurses have died from COVID-19 in 44 countries and estimates that healthcare worker COVID-19 fatalities worldwide could be more than 20,000.*

Iserson K. (2020). Augmenting the disaster healthcare workforce. *West/EM* 21(3), 490-496.

IsHak WW, Lederer S, Mandili C, et al.: [Burnout during residency training: a literature review](#). *J Grad Med Educ.* 2009, 1:236-242.

Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M, et al. . Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ.* (2009) 1:236–42. 4300/JGME-D-09-00054.1

Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M, et al. . Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ.* (2009) 1:236–42.

Izedi, R.; Bahrami, M.A. The correlation of nurses' job burnout and their social responsibility considering the role of control locus. *Bali Med. J.* **2016**, 5, 330–334.

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

Jakimowicz S, Perry L. A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *J. Adv. Nurs.*, 71 (7) (2015), pp. 1499-1517

Jalili M, Niroomand M, Hadavand F, Zeinali K, Fotouhi A. Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2021;94(6):1345-1352

Jaracz K, Górna K, Konieczna J. Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Rocz Akad Med Bialymst.* 2005;50 Suppl 1:216-9. PMID: 16119670.

Jarrad R, Hammad, S. (2020). Oncology nurses' compassion fatigue, burn out and compassion satisfaction. *Annals of general psychiatry*, 2020; 19(1), 1-8.

Jeung, D.Y.; Lee, H.O.; Chung, W.G.; Yoon, J.H.; Koh, S.B.; Back, C.Y.; Hyun, D.S.; Chang, S.J. Association of Emotional Labor, Self-efficacy and Type A Personality with Burnout in Korean Dental Hygienists. *J. Korean Med. Sci.* **2017**, *32*, 1423–1430

Jiang W, Zhao X, Jiang J et al., Hospital ethical climate associated with the professional quality of life among nurses during the early stage of COVID-19 pandemic in Wuhan, China: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Sciences*, 2021; 8(3), 310–317.

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing* 1992; 22(4), 116-122.

Jones John W. *A Measure of Staff Burnout among Health Professionals [microform]* / John W. Jones Distributed by ERIC Clearinghouse [Washington, D.C.] 1980

Journal of Vocational Behavior, 104 (2018), pp. 98-114

[Kain, J.](#) and [Jex, S.](#) (2010), "Karasek's (1979) job demands-control model: A summary of current issues and recommendations for future research", [Perrewé, P.L.](#) and [Ganster, D.C.](#) (Ed.) *New Developments in Theoretical and Conceptual Approaches to Job Stress (Research in Occupational Stress and Well Being, Vol. 8)*, Emerald Group Publishing Limited, Bingley, pp. 237-268. [https://doi.org/10.1108/S1479-3555\(2010\)0000008009](https://doi.org/10.1108/S1479-3555(2010)0000008009)

Kanai-Pak M, Aiken LH, Sloane DM, Poghosyan L. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *J Clin Nurs.* 2008 Dec; 17(24):3324-9

Kanter J. Compassion fatigue and secondary traumatization: A second look. *Clinical Social Work Journal*, 2007; 35(4), 289-293.

Karanikola M, Giannakopoulou M, Mpouzika M, Kaite CP, Tsiaousis G.Z, Papathanassoglou E.D. Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature *Rev. Esc. Enferm. USP*, 49 (5) (2015), pp. 847-857

Karanikola MN, Papathanassoglou EE. Exploration of the burnout syndrome occurrence among mental health nurses in Cyprus. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013 Dec;27(6):319-26. doi: 10.1016/j.apnu.2013.08.004. Epub 2013 Oct 3. PMID: 24238013.

Karasek R. Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign, *Administrative Science Quarterly*,1979; 24: 285-308.

Karunagaran ARK, Lee P, Raju H, Rebekah G, Durai S. Work-life Balance of Nurses during Pandemic. 2020;9((6)):45-8.

Kashani M, Eliasson A, et al., Taking aim at nurse stress: a call to action *Mil Med*, 175 (2010), pp. 96-100

Kelly L. Burnout, compassion fatigue, and secondary trauma innurses: Recognizing the occupational phenomenon and personal consequences of caregiving. *Critical Care Nursing Quarterly*,2020;43(1),73–80.

Khasne R W., et al. Burnout among healthcare workers during COVID-19 pandemic in India: results of a questionnaire-based survey. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 2020, 24.8: 664.

Kiernan, W. E. and K.Knutson: 1990, 'Quality of work life', in R. L. Schalock, M. J. Begab (eds.), *Quality of Life: Perspectives and Issues* (American Association of Mental Retardation, Washington, DC, US: xii).

Kim, H.; Kim, J.S.; Choe, K.; Kwak, Y.; Song, J.S. Mediating effects of workplace violence on the relationships between emotional labour and burnout among clinical nurses. *J. Adv. Nurs*. 2018, 74, 2331–2339. [CrossRef] [PubMed]

Korunka C, Hoonakker P, and Carayon P, "Quality of working life and turnover intention in information technology work," *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, vol. 18, no. 4, pp. 409–423, 2008, doi:10.1002/hfm.20099.

Koustelios A, Tsigilis N. (2005). The relationship between burnout and job satisfaction among physical education teachers : a multivariate approach. *European Physical Education Review*, 11(2), 189 – 203.

Kristensen T, Borritz M., Villadsen E, & Christensen K. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & stress*, 2005,19(3), 192-207.

Kristensen T.S., Hannerz H., Hogh A., Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a Tool for the Assessment and Improvement of the Psychosocial Work Environment, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2005; 31(6): 438-449

Kristensen TS , Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005;19:192–207.

Kumar S (2016): “Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention”, *Healthcare*, 4(3)37,

Kyriacou C. Teacher stress: Directions for future research. *Educational Review*, 2001;53(1), 27–35. <https://doi.org/10.1080/00131910120033628>

Lai J, Ma S, Wang Y et al,. Factors associated with mental health outcomes among health care work-ers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 2020;3(3),

Langfred, Claus W. & Moyer Neta, A. (2004). Effects of Task Autonomy on Performance: An Extended Model Considering Motivational, Informational and Structural Mechanisms. *Journal of Applied Psychology*, Vol.89, No.6, 934-945

Laschinger, H.K.S.; Borgogni, L.; Consiglio, C.; Read, E. The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses’ burnout and mental health: A cross-sectional study. *Int. J. Nurs. Stud.* 2015, 52, 1080–1089. [CrossRef]

Laschinger, H.K.S.; Borgogni, L.; Consiglio, C.; Read, E. The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses’ burnout and mental health: A cross-sectional study. *Int. J. Nurs. Stud.* 2015, 52, 1080–1089. [CrossRef]

Latsou D, et al. Professional quality of life and occupational stress in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in Greece. *Health Services Insights*, 2022, 15: 11786329221096042.

Lau, R. S. M., & Bruce, E. M. (1998). A win-win paradigm for quality of work life and business performance. *Human Resource Development Quarterly*, 9(3), 211-26.

Lau, T., Wong, Y. H., Chan, K. F., & Law, M. (2001). Information technology and the work environment—does IT change the way people interact at work? *Human systems management*, 20(3), 267-279.

Lau, T., Wong, Y. H., Chan, K. F., & Law, M. (2001). Information technology and the work environment—does it change the way people interact at work. *Human Systems Management*, 20(3), 267-280.

Lee YJ, Yun J, Kim T. Stress- and Work-Related Burnout in Frontline Health-Care Professionals During the COVID-19 Pandemic [published online ahead of print, 2021 Aug 31]. *Disaster Med Public Health Prep*. 2021;1-8.

Lee, H., Hwang, S., Kim, J., et al.(2004). Prediction of Life Satisfaction of Korean Nurses. *Journal of Advanced Nursing* , 48(6), 632- 641.

Leiter MP, Maslach C: [Nurse turnover: the mediating role of burnout](#). *J Nurs Manag*. 2009, 17:331-339

Leiter, M. & Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. In A.-S.Antoniou & C.L. Cooper (Eds.): *Research Companion to Organizational Health Psychology*. Edward Elgar: Northampton, MA

Levine, M., Taylor, J. and Davis, L. (1984), “Defining quality of work life”, *Human Relations*, Vol.37, No.1, 81-104.

Lindwall M, Gerber M, Jonsdottir IH, Börjesson M, Ahlborg G. The relationship of change in physical activity with change in depression, anxiety, and Burnout: a longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychol*. 2014;33(11):1309-18. doi: <https://doi.org/10.1037/a0034402>

Lindwall, M., Gerber, M., Jonsdottir, I. H., Börjesson, M. & Ahlborg J.G. (2014). The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: A longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychology*, 33(11), 1309-1318

Lippitt, G. (1978), “Quality of Work Life: Organizational Renewal in Action”, *Training and Development Journal*, No.7, 4-10

Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, Wu L, Sun Z, Zhou Y, Wang Y, Liu W. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*. 2020;287:112921.

- Liu Q, Luo D, Haase J.E et al.,The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study*The Lancet. Glob health*, 8 (6) (2020), pp. e790-e798
- Liu S, Yang L, Zhang C. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak). *Lancet Psychiatry*. 2020;7:e17–e18.
- Lloyd M, Carson A. Making compassion count: equal recognition and authentic involvement in mental health care. *Int J Consum Stud*, 35 (2011), pp. 616-621
- Lown B, Rosen J, Marttila J.An agenda for improving compassionate care: a survey shows about half of patients say such care is missing *Health Aff (Millwood)*, 30 (2011), pp. 1772-1778
- Lundgren-Nilsson Å, Jonsdottir I.H, Pallant J., *et al.* Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health*;2012 **12**, 1
- Mangoulia P, et al. "Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece." *Archives of psychiatric nursing* 29.5 (2015): 333-338.
- Markwell A L., Wainer Z. The health and wellbeing of junior doctors: Insights from a national survey. *Medical Journal of Australia*,2009; **191**(8), 441–444.
- Marofi M, Mousaviasl F, Hemati Z. The relationship between burnout and Quality of work life in pediatrics and NICU nurse. *JPEN* 2016; 3 (1) :11-20
- Martel, J. P., & Dupuis, G. (2006). Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social indicators research*, 77(2), 333-368.
- Martel, J.P. and Dupuis, G. (2006), “Quality of Work Life: Theoretical and Methodological Problems and Presentation of a New Model and Measuring Instrument”, *Social Indicators Research*, Vol.77, No.2, 333-368.
- Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout inventory manual*. 2nd ed. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press, 1986
- Maslach C, Schaufeli W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Eds), *Series in applied psychology : Social issues and questions. Professional burnout : Recent developments in theory and research* (pp. 1 – 16). United Kingdom : Taylor & Francis.

Maslach, C.; Leiter, M.P. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016, 15, 103–111. [CrossRef]

Maslach C, Jackson E. Maslach burnout inventory Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA (1981)

Maslach C. Burnout: The cost of caring. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1982

Maslach, C., & Jackson, S. E. Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 1984;5; 133–153.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.R. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001; (52), 397 – 422.

Maslach, C.; Leiter, M.P. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med. Teach.* 2017, 39, 160–163. [CrossRef] [PubMed]

Maslach, C.; Leiter, M.P. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med. Teach.* 2017, 39, 160–163.

Maslach, C.; Leiter, M.P. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med. Teach.* 2017, 39, 160–163.

Maslach, C.; Leiter, M.P. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016, 15, 103–111. [CrossRef]

Maslakçı A, Sürücü L & Sesen, H. Fear of COVID-19 and work-quality of life among nurses: The mediating role of psychological well-being. *Management Science Letters* ,2021; 11(7), 1985-1990.

Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N et al Prevalence of healthcare worker burnout during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *JAMA Netw Open*.2020; 3(8).

Maunder R, Lancee W, Balderson K, Bennett J, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(12):1924–1932.

Maya Romani & Khalil Ashkar. Burnout among physicians, *Libyan Journal of Medicine*,2014, 9:1, 23556, DOI: 10.3402/ljm.v9.235

Mc Vicar A. (2003) Workplace, stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 44(6), 633–642.

Medeiros-Costa ME, Maciel RH, Rêgo DPD, Lima LL, Silva MEPD, Freitas JG. Occupational Burnout Syndrome in the nursing context: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2017 Jul 20;51:e03235. English, Portuguese. doi: 10.1590/S1980-220X2016023403235. PMID: 28746557

[Medscape Lifestyle Report 2017: race and ethnicity, bias and burnout.](#) (2017). Accessed: May 31, 2018

Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner Shapira: Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*. 2006, 132 (3): 327-353.

Melamed, S.; Shirom, A.; Toker, S.; Shapira, I. Burnout and risk of type 2 diabetes: A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom. Med*. 2006, 68, 863–869. [CrossRef]

Meltem S, Sokmen M. Quality of nursing work life scale: the psychometric evaluation of the Turkish version. *International Journal of Caring Sciences*, 2015, 8.3: 543.

Meretoja OA . We should work less at night. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;**53**:277–9

Metin, U.B.; Taris, T.W.; Peeters, M.C.W. Measuring procrastination at work and its associated workplace aspects. *Personal. Individ. Differ*. 2016, 101, 254–263. [CrossRef]

Mirvis, P. H. & Lawler, E. E. (1984). Accounting for the Quality of Work Life. *Journal of Occupational Behaviour*, 5, 197-212.

Missouridou E, et al,. "Wounded healers during the COVID-19 syndemic: Compassion fatigue and compassion satisfaction among nursing care providers in Greece." *Perspectives in Psychiatric Care* (2021).

Mitchell G. (2020). Nurses among confirmed deaths from COVID-19 around the world. *Nursing Times*, accessed May 2020

Mo Y, Deng L, Zhang L et al,.Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management Advanced Online Publication*,2020; 28(5), 1002–1009

Mojifur M, Rizwanul F, Alam Md A, et al,. Impact of COVID-19 on the social, economic, environmental and energy domains: Lessons learnt from a global pandemic. *Sustainable Production and Consumption*. 2021 (26) 343-359

Molero, M.M.; Pérez-Fuentes, M.C.; Gázquez, J.J.; Simón, M.M.; Martos, Á. Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2018**, *15*, 1116.

Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Gomez-Urquira JL, Albeudin-Garcia L, Aguayo R, Canadas-De la Fuente GA (2018): "Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis" *BMC Family Practice* 19,59

Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H. T., & Weine, S. M. (2020). Factors Contributing to Healthcare Professional Burnout During the COVID-19 Pandemic: A Rapid Turnaround Global Survey. *medRxiv : the preprint server for health sciences*, 2020

Muller AE , Hafstad EV , Himmels JPW , Smedslund G , Flottorp S , Stensland SØ , et al., The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res* 2020;293:113441.

Mustafa, M.; Santos, A.; Chern, G.T. Emotional intelligence as a moderator in the emotional labour-burnout relationship: Evidence from Malaysian HR professionals. *Int. J. Work. Organ. Emot.* 2016, *7*, 143–164. [CrossRef]

Nabirye RC, Brown KC, Pryor ER, Maples EH. Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala, Uganda. *J Nurs Manag.* 2011;19(6):760–8.

Nadler, D. A., & Lawler, E. E. (1983). Quality of work life: perspectives and directions. *Organizational Dynamics*, *11*(3), 20–30. [http://doi.org/10.1016/0090-2616\(83\)90003-7](http://doi.org/10.1016/0090-2616(83)90003-7)

Nanjundeswaraswamy, T. S., & Swamy, D. R. (2013). QUALITY OF WORKLIFE OF EMPLOYEES IN PRIVATE TECHNICAL INSTITUTIONS. *International journal for quality research*, *7*(3).

Nanjundeswaraswamy, T. S., and Devappa Renuka Swamy. "Review of literature on quality of worklife." *International journal for quality research* 7.2 (2013): 201-214.

Narehan, H., Hairunnisa, M., Norfadzillah, R. A., & Freziamella, L. The Effect of Quality of Work Life (QWL) Programs on Quality of Life (QOL) among Employees at Multinational Companies in Malaysia. *Procedia- Social and Behavioural Sciences*, 2014;112,24-34

Neto MLR , Almeida HG , Esmeraldo JD , Nobre CB , Pinheiro WR , de Oliveira CRT , et al., When health professionals look death in the eye: The mental health of professionals who deal daily with the coronavirus outbreak. *Psychiatry Res* 2020;288:112972.

Nishimura Y, Miyoshi T, Hagiya H, Kosaki Y, Otsuka F. Burnout of Healthcare Workers amid the COVID-19 Pandemic: A Japanese Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 2;18(5):2434

Ntantana, A.; Matamis, D.; Savvidou, S.; Giannakou, M.; Gouva, M.; Nakos, G.; Koulouras, V. Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive Crit. Care Nurs.* **2017**, *41*, 11–17.

Nunn K, Isaacs D. Burnout. *J Paediatr Child Health*. 2019 Jan;55(1):5-6. doi: 10.1111/jpc.14331. PMID: 30637873.

O'Connor, K.; Neff, D.M.; Pitman, S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur. Psychiatry* 2018, *53*, 74–99.

Panagioti M, Geraghty K, et al., Association between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Intern. Med.* **2018**, *178*, 1317–1331

Papaefstathiou E, Tsounis A, Malliarou M., Sarafis, P. Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *Health Psychology Research*, 2019;7(1). <https://doi.org/10.4081/hpr.2019.7678>

Pappa S, Ntella V, Giannakas T, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* 2020; **88**: 901–907

Penz, M.; Stalder, T.; Miller, R.; Ludwig, V.M.; Kanthak, M.K.; Kirschbaum, C. Hair cortisol as a biological marker for burnout symptomatology. *Psychoneuroendocrinology* 2018, *87*, 218–221. [CrossRef]

Pérez-Fuentes, M.D.C.; Molero Jurado, M.D.M.; Martos Martínez, Á.; Gázquez Linares, J.J. Burnout and engagement: Personality profiles in nursing professionals. *J. Clin. Med.* 2019, *8*, 286.

Permarupan PY, Al Mamun A, Samy NK, Saufi RA, Hayat N. Predicting Nurses Burnout through Quality of Work Life and Psychological Empowerment: A Study Towards Sustainable Healthcare Services in Malaysia. *Sustainability*. 2020; *12*(1):388.

Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press.

Pines, A.M., Keinan, G. Stress and burnout : The significant difference. *Personality and Individual Differences*. 2005;(39), 625 – 635.

Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs*. 2006 Jun;20(3):135-43. doi: 10.1016/j.apnu.2005.12.002. PMID: 16716857.

Quinal L, Harford S, Rutledge D. Secondary traumatic stress in oncology staff .*Cancer Nursing*, 32 (2009), pp. E1-E7

Rafiei S, et al,. Assessing the moderating role of job burnout on the relationship between quality of working life and job performance among nursing staff of teaching hospitals affiliated to Qazvin University of Medical Sciences. *Hospital*, 2019, 17.4: 47-55.

Rana R, K'aol G, Kirubi: "Influence of supportive and participative path-goal leadership styles and the moderating role of task structure on employee performance", *Research in Business & Social Science*, 2019, 8(5); 76-87

Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2020; **34**: 553–560.

Reddy L. "quality of work life of employees: Edimensions," *Asian Journal of Management Research*, 2010; pp. 827-839.

Reed, T. (1981). *Burn-Out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. By Jerry Edelwhich and Archie Brodsky. New York: Human Sciences Press, 1980. *NASSP Bulletin*, 65(445),106 <https://doi.org/10.1177/019263658106544520>

Reith, Thomas P. "Burnout in United States healthcare professionals: a narrative review." *Cureus* 10.12 (2018).

Rekhi, S., & Sharma, P. (2019). A study on quality of work life (QWL) in PSPCL. *South Asian Journal of Marketing & Management Research*, 9(2), 14-21.

Rethinam, G. S. (2008). Constructs of Quality of Work Life: A Perspective of Information and Technology Professionals. *European Journal of Social Sciences*, 7(1), 58-70

Rethinam, G. S., & Maimuhan, I. (2008). Constructs of Quality of Work Life: A Perspective of Information and Technology Professionals. *European Journal of Social Sciences*, 7(1), 58- 70.

Rivas N, López M, Castro MJ, Luis-Vian S, Fernández-Castro M, Cao MJ, García S, Velasco-Gonzalez V, Jiménez JM. Analysis of Burnout Syndrome and Resilience in Nurses throughout the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 5;18(19):10470.

Rohr SM, Von Essen SG, Farr LA. Overview of the medical consequences of shift work. *Clinics in Occupational and Environmental Medicine*. 2003;3:351–361.

Ross R.R., Altmaier E.M. (1994). *Intervention in occupational stress : A handbook of counseling for stress at work*. London : Sage Publications.

Rössler, W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 2012, 262, 65–69. [CrossRef] [PubMed]

Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018 Sep 18;320(11):1131-1150. doi: 10.1001/jama.2018.12777. PMID: 30326495; PMCID: PMC6233645.

RUŽEVIČIUS, Juozas. Quality of Life and of Working Life: Conceptions and research. In: *17th Toulon-Verona International Conference, Liverpool John Moores University, England*. 2014. p. 28-29.

Sabo B. M. Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 2006;12, 136-142.

Sachdeva S, Jamshed N, Aggarwal P, Kashyap SR. Perception of workplace violence in the emergency department. *J Emerg Trauma, Shock*. 2019;12(3):179–184.

Sagaltici, Eser et al. ‘Burnout and Psychological Symptoms in Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: Comparisons of Different Medical Professions in a Regional Hospital in Turkey’. 1 Jan. 2022 : 1077 – 1085.

Salvagioni, D.A.J.; Melanda, F.N.; Mesas, A.E.; González, A.D.; Gabani, F.L.; de Andrade, S.M. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE* 2017, 12, e0185781. [CrossRef]

Saraji, G. N. & Dargahi, H. (2006). Study of Quality of work life (QW L), *Iranian Journal of Public Health*, 35(4), 8-14.

Saraji, G. N., Dargahi, H. (2006). Study of Quality of Work Life (QWL). *Iranian Journal of Public Health*, 35(4), 8-14.

Sarbooz Hoseinabadi T, Kakhki S, Teimori G, Nayyeri, S. Burnout and Its Influencing Factors between Frontline Nurses and Nurses from Other Wards during the Outbreak of Coronavirus Disease -COVID-19- in Iran. *Investig. Educ. Enferm.* **2020**, 38, 1–12

Saygili M, Avci K, Sönmez S. Quality of Work Life and Burnout in Healthcare Workers in Turkey. *Journal of Health Management*. 2020;22(3):317-329.

Schaufeli W. B., Buunk B.P. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*. 2003,2nd edition (19):383-425 <http://www.al-edu.com/wp-content/uploads/2014/05/Handbook-of-Work-and-HealthPsychology-2Ed-2003.pdf>

Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)-Development, Validity, and Reliability. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 18;17(24):9495.

Schaufeli, W., & Enzmann, D.(1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis: A Critical Analysis* (1st ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003062745>

See, K. C., Zhao, M. Y., Nakataki, E., Chittawatanarat, K., Fang, W.-F., Faruq, M. O., the Asian Critical Care Clinical Trials, G. (2018). Professional burnout among physicians and nurses in Asian intensive care units: a multinational survey. *Intensive Care Medicine*, 44(12), 2079-2090. doi: 10.1007/s00134-018-5432-1

Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al.: [Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population](#). *Arch Intern Med*. 2012, 172:1377-1385. [10.1001/archinternmed.2012.3199](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199)

Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA: [Potential impact of burnout on the US physician workforce](#). *Mayo Clin Proc*. 2016, 91:1667-1668.

Shanafelt, T.D.; Noseworthy, J.H. Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin. Proc*. 2017, 92, 129–146.

Sharhraky Vahed A, Mardani Hamuleh M, Asadi Bidmeshki E, Heidari M, Hamed shahraky S. [Assessment of the Items of SCL90 Test with Quality of Work Life among Amirmomenin Hospital Personnel of Zabol City]. *Sci J Hamdan Univ Med Sci*. 2011;18(2):50–55

Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review. *West J Emerg Med.* 2020 Aug 17;21(5):1059-1066.

Siegrist J., Peter R., Cremer P., Seidel D. Chronic Work Stress is Associated with Atherogenic Lipids and Elevated Fibrinogen in Middle-Aged Men, *Journal of Internal Medicine*, 1997 ;242(2): 149-156.

Simon C, Pryce J et al,. Secondary traumatic stress and oncology social work: protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *J Psychosoc Oncol*, 23 (2005), pp. 1-14

Simon E, Van Laar D. *User manual for the Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale: a measure of quality of working life.* University of Portsmouth, 2018.

Simpson C. When hope makes us vulnerable: A discussion of patient-healthcare provider interactions in the context of hope. *Bioethics*, 2004; 18(5), 428-447.

Sirgy, M. J, Efraty, D., Siegel, P., & Lee, D. (2001). A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social Indicators Research.* 55, 241-302

Soares, J.J.F., Grossi, G. & Sundin, Ö. Burnout among women: associations with demographic/ socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives of Women's Mental Health*, 2007 10, 61-71.

Society of critical care medicine COVID-19 rapid cycle survey work group: SCCM COVID-19 rapid-cycle survey 2 report globally. *Soc Crit Care Med.* 2020:1–8

Sørensen, O.H.; Holman, D. A participative intervention to improve employee well-being in knowledge work jobs: A mixed methods evaluation study. *Work. Stress* 2014, 28, 67–86.

Spector P. E. Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American journal of community psychology*, 1985;13(6), 693- 713

Stamm B H. (2005). *The ProQOL manual: The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales.* Baltimore, MD: Sidran.

Stamm B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). Pocatello: ProQOL.org

Stamm B. *The concise manual for the professional quality of life scale* (2nd ed.).2010; Pocatello, ID: ProQOL.org.

Stephen, A. (2012). Quality of Work Life in Small Scale Industrial Units. *Employers and Employees Perspectives*, 28(2), 262–271.

Stephen, A. (2012). Quality of Work Life in Small Scale Industrial Units. *Employers and Employees Perspectives*, 28(2), 262–271

Stordeur S., D'hoore W. & Vandenberghe C. (2001) Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among nursing staff. *Journal of Advanced Nursing* 35(4), 533–542.

Sturgess J, Poulsen A.: The Prevalence of Burnout in Occupational Therapists. *Occupational Therapy in Mental Health*, 1983; 3(4): 47-60

Sun T, Gao L, Li F, Shi Y, Xie F, Wang J et al .Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. *BMJ Open*, 2017;7(12).

Sutherland, V.J., Cooper, C.L (2003), *De-Stressing Doctors: A Self-Management Guide*, Betterworth-Heinemann, London.

Suwandi G. F, Tentama F. The Quality of Work Life Scale: A Psychometric Study and its Application for the Employee. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*,2020: 50(1), 68–81. Retrieved from <https://www.gssrr.org/index.php/JournalOfBasicAndApplied/article/view/10767>

Swamy, Devappa Renuka, T. S. Nanjundeswaraswamy, and Srinivas Rashmi. "Quality of work life: scale development and validation." *International Journal of Caring Sciences* 8.2 (2015): 281.

Taylor S, Landry CA, Rachor GS, Paluszek MM, Asmundson GJG. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *J Anxiety Disord* 2020;75.

Tekin, A.; Montenegro, H.; Yayla, S. The relationship between burnout symptoms and Type D personality among health care professionals in Turkey. *Arch. Environ. Occup. Health* 2017, 72, 173–177

Teksin G, Uluyol OB, Onur OS, Teksin MG, Ozdemir HM. Stigma-related factors and their effects on health-care workers during COVID-19 pandemics in Turkey: a multicenter study. *SiSli Etfal Hastan Tip Bul / Med Bull Sisli Hosp* 2020;54(3):281-290.

Thompson, Cynthia A., & David J. Prottas (2005). Relationship Among Organizational Family Support, Job Autonomy, Perceived Control, and Employee Well-Being. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 10, No. 4, pg. 100-118

Truzzi A et al., Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Rev Bras Psiquiatr*, 34 (2012), pp. 405-412

Tucker JD, Cheng Y, Wong B, Gong N, Nie JB, Zhu W et al .Patient-physician mistrust and violence against physicians in Guangdong Province, China: a qualitative study. *BMJ Open*,2015; 5(10). 10.1136/bmjopen-2015-008221

Ugwu, L.I.; Enwereuzor, I.K.; Fimber, U.S.; Ugwu, D.I. Nurses' burnout and counterproductive work behavior in a Nigerian sample: The moderating role of emotional intelligence. *Int. J. Afr. Nurs. Sci.* 2017, 7, 106–113. [CrossRef]

Van de Looij, F., Benders, J (1995). Not just money: quality of working life as employment strategy. *Health Manpower Management*, Vol. 21, p. 27-33.

Van der Hulst M, van Veldhoven M, Beckers D. Overtime and need for recovery in relation to job demands and job control. *Journal of Occupational Health*. 2006;48:11–19.

VanMol M, Kompanje E et al.,The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review *PLoS One*, 10 (8) (2015), Article e0136955

Vargas C, Cañadas GA, Aguayo R, Fernández R, De la Fuente EI. Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *Int J Clin Health Psychol*. 2014;14(1):28–38.

Verghese A. How tech can turn doctors into clerical workers [Internet] 2018 May 16; Available from: <https://www.nytimes.com/interactive/2018/05/16/magazine/health-issue-what-we-lose-with-data-driven-medicine.html>. cited 2018 Sep 4.

Vidotti V, Ribeiro RP, Galdino MJQ, Martins JT. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018 Aug 9;26:e3022. doi: 10.1590/1518-8345.2550.3022. PMID: 30110099; PMCID: PMC6091368.

Walton, R. E. (1975). Criteria for Quality of Working Life' in Davis, L. & Cherns, A. (eds) (1975) *The Quality of Working Life Vol 1*, Free Press, New York, 91-10.

Wang C, Pan R, Wan X, Xu L, Ho CS, Ho R. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-

19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729.

Wang Qing-Qing et al., "Job burnout and quality of working life among Chinese nurses: A cross-sectional study." *Journal of nursing management* 27.8 (2019): 1835-1844.

Wang X, et al. Compassion satisfaction and compassion fatigue in frontline nurses during the COVID-19 pandemic in Wuhan, China. *Journal of Nursing Management*, 2022.

Weintraub A.S Geithner E.M., Stroustrup A, Waldman, E. D. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in neonatologists in the US. *Journal of Perinatology*, 2016;36(11), 1021–1026

West C.P., Dyrbye L.N., Shanafelt T.D. Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *J. Intern. Med.* 2018;283:516–529.

West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018 Jun;283(6):516-529. doi: 10.1111/joim.12752. Epub 2018 Mar 24. PMID: 29505159.

Wisetborisut A, [Chaisiri Angkurawaranon](#) C et al., Shift work and burnout among health care workers February 2014 [Occupational Medicine](#) 64(4)

Włodarczyk, D.; Pawliszewska, A. Type a behaviour as a predictor of burnout and job satisfaction in intensive care unit nurses. *Med. Pr.* **2015**, *66*, 213–224

Wu P.E, Styra R, Gold, W.L. Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers. *Can. Med. Assoc. J.* **2020**, *192*, E459–E460.

Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *J Adv Nurs.* 2007;**59**(3):233-9.

Wu Y , Jiang F , Wu S , *et al* .Sleep duration and satisfaction among physicians in tertiary public hospitals in China: a large sample national survey. *J Occup Med Toxicol* 2021;**16**:8

Wu Y, Wang J, Luo C, *et al* . A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage* 2020;**60**:e60–5

Yoder E.A. Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*,2010; 23(4), 191-197.

Yoon J D, Rasinski K A., Curlin, F. A. Conflict and emotional exhaustion in obstetrician-gynaecologists: A national survey. *Journal of Medical Ethics*, 2009; **36**(12), 731–735.

Zahednezhad H, Zareiyan A, Zargar Balaye Jame S. Relationship between quality of work-life, resilience and burnout among nursing professionals during COVID-19 pandemic in Iran: A cross-sectional study. *Belitung Nursing Journal*, 2021;7(6), 508–515.

Zhang X, Wang J, Hao Y, Wu K, Jiao M, Liang L, Gao L, Ning N, Kang Z, Shan L, He W, Wang Y, Wu Q, Yin W. Prevalence and Factors Associated With Burnout of Frontline Healthcare Workers in Fighting Against the COVID-19 Pandemic: Evidence From China. *Front Psychol*. 2021 Aug 16;12:680614.

Zhang XJ, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi TY. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Jun 26;99(26)

Zhou J, Yang Y, Qiu X, et al.,. Relationship between anxiety and burnout among Chinese physicians: A moderated mediation model. *PLoS ONE*, 2016; **11**(8)

Žutautienė R, Radišauskas R, Kaliniene G, Ustinaviciene R. The prevalence of burnout and its associations with psychosocial work environment among Kaunas region (Lithuania) hospitals' physicians. *Int J Env Res Public Heal*. 2020;17(10):3739.

Γούλα Α.(2014) Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση.

Δημητρόπουλος Χ. ,Φιλίππου Ν. Η Επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*.2008, 25(5):642-647

Διαμαντόπουλος Δ.(2005)Σύγχρονο λεξικό των βασικών εννοιών του υλικού, τεχνικού, πνευματικού και ηθικού πολιτισμού. Εκδ. Πατάκη Αθήνα.

Διομήδους Μ, Ζήκος Δ, Λιάσκος Ι, Ρουμελιώτου Ι, Φωκά Α, Πιστόλης Ι. Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. *Νοσηλευτική*, 2009; 48(2), 190 – 199.

Ε.Α. Παππά,1 Φ. Αναγνωστόπουλος,1,2 Δ. Νιάκας1Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας *αρχεία ελληνικής ιατρικής* 2008 (25)1:94-101

Καντάς Α. Οργανωτική- Βιομηχανική Ψυχολογία. Μέρος Γ. Αθήνα 1995. Ελληνικά Γράμματα.

Καρύδας Σ, Χατζόπουλος Π, Γιοβάνη Μ. Βαθμός ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού. Επιθεώρηση Υγείας 2004, 15:23–28

Κασελάκη Ε. Covid-19. Πως επηρεάστηκε η ψυχική υγεία των εργαζομένων στην Ελλάδα. (2021) https://www.ey.com/el_gr/workforce/covid19-pos-epireastike-i-psyxiki-ugeia-ton-ergazomenon-stin-ellada

Κοΐνης, Α., Σαρίδη, Μ. (2014). Εργασιακό στρες και η επίδρασή τους στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 13, Τεύχος 4, σσ. 300-315.

Κουτελέκος Ι, Πολυκανδριώτη Μ. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2007; 1: 1-7.

Μάρκου Π. Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. Επιθεώρηση Υγείας 2005; 16:21–25

Μαυρατζά, Θ., και συν. "Ίκανοποίηση και κόπωση συμπόνιας επαγγελματιών υγείας που εργάζονται με μετανάστες και πρόσφυγες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2020, 37(6):746-751

Μόσιαλος Η. Όσα γνωρίζουμε για την κλινική εικόνα των ασθενών. Οκτώβριος 2021 [https:// tovima.gr](https://tovima.gr)

Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Σαράφης, Π., Μαλλιάρου, Μ., Κουβέλα, Θ.Ο. (2010), Η Χαμηλή Κοινωνική Αναγνώριση του νοσηλευτικού Επαγγέλματος ως Παράγοντας Εργασιακού Στρες του Νοσηλευτικού Προσωπικού, . Υγεία και Εργασία, 2010, 1(2), 65-76

Σούλης Σ. «Για την αποτελεσματική Αντιμετώπιση της Πανδημικής Κρίσης: ΜΕΘ ή Αλλαγή Συμπεριφοράς;». Από Politisonline 25 Νοεμβρίου 2020

Σούλης Σ. Η μεταcovid-19 εποχή: Μια ελπιδοφόρος περίοδος;. Αναρτημένο στις 27 Φεβρουαρίου 2021 στην ιστοσελίδα του ΠΜΣ Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του ΠΑΔΑ.(2)

Σταχτέας Π, Σταχτέας Φ. Η πανδημία Covid-19 ως παράγοντας επιδείνωσης και ανισοτήτων υγείας. The Greek Review of Social Research. 2020, (154) 129-148

Ψωμιάδη Μ.Ε, Πλατής Χ, Γκοκόσης Κ, και συν. Η αντιμετώπιση του πρώτου κύματος της Covid-19 στην Ελλάδα ως ευκαιρία υιοθέτησης καλών πρακτικών. Πρόταση σύστασης εθνικής ομάδας επικοινωνιακής διαχείρισης κρίσεων. Αρχές Ελληνικής Ιατρικής 2021, 38(5):683-69



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
«Γ.Ν.Α.Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ: 9-11-2022
ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. : 384

Προς: Τον κ. Θεούλη Ιωάννης

ΘΕΜΑ: Μεταπτυχιακή εργασία.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην 10^η Τακτική Συνεδρίαση της 8-11-2022 συζήτησε και εγκρίνει, ομόφωνα, την διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας στο πλαίσιο ΠΜΣ με τίτλο ερευνητικού πρωτοκόλλου: «**Διερεύνηση επιρροής του Συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης την περίοδο της πανδημίας COVID-19 στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας**», του κ. Θεούλη Ιωάννη, που θα διεξαχθεί με την μορφή ερωτηματολογίου στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου.

Σημειώνεται ότι η μελέτη θα πραγματοποιηθεί χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου και θα τηρηθεί η προστασία προσωπικών δεδομένων. Επίσης υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του Δ.Ι.Υ. κ.Γ.Μάντζαρη και Δ.Ν.Υ. κ.Δ.Πιστόλα.

Ο Πρόεδρος του Ε.

Β. Παπασταμόπουλος

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
«Γ.Ν.Α.Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Ερευνητικά εργαλεία :

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ
ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗΝ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

**ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ : ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο
«ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»**

Το Νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε συμμετέχει σε μία ερευνητική μελέτη. Η έρευνα αυτή συντονίζεται από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής στα πλαίσια του Π.Μ.Σ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» για την απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, οι απαντήσεις που δίνονται θα παραμείνουν εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση των απαντήσεων υπολογίζεται στα 10 - 15 λεπτά περίπου. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις, γι' αυτό μπορείτε να επιλέξετε ελεύθερα την απάντηση που εκφράζει καλύτερα τις δικές σας εμπειρίες και απόψεις.

Η συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων που ακολουθούν, είναι σημαντική για την ορθή διεξαγωγή της έρευνας και θα βοηθήσει στη συγκέντρωση αξιόπιστων δεδομένων.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για το ενδιαφέρον και τη συνεργασία σας!

1. Κοινωνικό- Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο

Άντρας

Γυναίκα

Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;

18-21 22- 25- 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 Άνω των 60

Οικογενειακή κατάσταση;

Αγαμος(η)	Έγγαμος(η)/σε συμβίωση	Διαζευγμένος/η	Χήρος(α)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Έχετε παιδιά;

Ναι Όχι

Ποιες είναι οι γραμματικές σας γνώσεις;

Είμαι απόφοιτος ΙΕΚ /Σχολής Νοσοκομείου Λυκείου	/ Έχω τελειώσει ΤΕΙ	Έχω τελειώσει Πανεπιστήμιο	Έχω / κάνω Μεταπτυχιακό	Έχω / κάνω Διδακτορικό
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Νοσηλεύτης/τρια ΠΕ

Νοσηλεύτης/τρια ΤΕ

Βοηθός Νοσηλεύτη/τρια ΔΕ

Ιατρός

Κοινωνικός/η Λειτουργός/

Επισκέπτης/τρια Υγείας

Ψυχολόγος

Φυσιοθεραπευτής/τρια

Άλλο:

.....

.....

Η θέση σας στο νοσοκομείο είναι

Μόνιμη	Μη μόνιμη / Με σύμβαση	Επικουρική	Κάνω ειδικότητα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σε ποιο Τμήμα εργάζεστε;

Σε ποια θέση ευθύνης υπηρετείτε;

Υπεύθυνο -
η

Καμία	Τμήματος	Προϊστάμενος	Τομεάρχης	Διευθυντής
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Πόσα χρόνια εργάζεστε συνολικά στο χώρο της Υγείας;

Έως 1	2-3	4-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	Πάνω από 31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Πόσα χρόνια εργάζεστε στο συγκεκριμένο Τμήμα;

Έως 2-3	4-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	Πάνω από 31
---------	-----	------	-------	-------	-------	-------	-------------

1 10 15 20 25 31

□ □ □ □ □ □ □ □

**2.Ερωτηματολόγιο της εργασιακής εξουθένωσης της Κοπενχάγης-
Copenhagen burnout inventory (CBI-Gr) (Κυκλώστε μια από τις
απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις)**

A. Προσωπική εξουθένωση	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
A1. Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος/η	1	2	3	4	5
A2. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η σωματικά	1	2	3	4	5
A3. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξουθενωμένος/η συναισθηματικά	1	2	3	4	5
A4. Πόσο συχνά σκέφτεστε « δεν αντέχω άλλο»	1	2	3	4	5
A5. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η- εξουθενωμένος /η	1	2	3	4	5
A6. Πόσο συχνά αδύναμος/η και ευάλωτος/η σε ασθένειες	1	2	3	4	5
B. Εργασιακή εξουθένωση	Σε πολύ μεγάλο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Έτσι και έτσι/ σχετικά	Σε μικρό βαθμό	Σε πολύ μικρό βαθμό
B1. Η δουλειά σας είναι εξαντλητική συναισθηματικά;	1	2	3	4	5
B2. Αισθάνεστε εξαντλημένος/η εξαιτίας της δουλειάς σας;	1	2	3	4	5

B3. Είστε απογοητευμένος/η από τη δουλειά σου;	1	2	3	4	5
	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σε μικρό βαθμό	Σε πολύ μικρό βαθμό
B4. Αισθάνεσαι εξουθενωμένος από τη δουλειά σου στο τέλος της ημέρας;	1	2	3	4	5
B4. Κουράζεστε το πρωί στη ιδέα ότι πρέπει να πάτε στη δουλειά σας;	1	2	3	4	5
B5. Αισθάνεστε ότι κάθε ώρα στην δουλειά σας είναι κουραστική;	1	2	2	3	3
B6. Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερο σας χρόνο;	1	2	3	4	5
B7. Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερο σας χρόνο;	1	2	3	4	5
Γ. Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς	Σε πολύ μεγάλο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Έτσι και έτσι/σχετικά	Σε μικρό βαθμό	Σε πολύ μικρό βαθμό
Γ1. Το βρίσκετε δύσκολο να εργάζεστε με ασθενείς ;	1	2	3	4	5
Γ2. Απογοητεύεστε όταν εργάζεστε με ασθενείς;	1	2	3	4	5
Γ3. Η εργασία με ασθενείς απορροφά την	1	2	3	4	5

ενέργειά σας;					
Γ4. Αισθάνεστε ότι προσφέρετε περισσότερα απ' όσα παίρνετε όταν εργάζεστε με ασθενείς;	1	2	3	4	5
	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Γ5. Έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς;	1	2	3	4	5
Γ6. Αναρωτιέστε ποτέ για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς ;	1	2	3	4	5

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής

Όταν υποστηρίζεις ανθρώπους, έχεις άμεση επαφή με τις ζωές τους. Όπως ίσως έχετε διαπιστώσει η συμπόνια σας για αυτούς που βοηθάτε μπορεί να σας επηρεάσει με θετικούς και αρνητικούς τρόπους. Παρακάτω υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας, και θετικές και αρνητικές, ως επαγγελματίας. Σκεφτείτε την κάθε μια από τις ακόλουθες ερωτήσεις σε σχέση με σας και την τρέχουσα εργασιακή σας κατάσταση. Επιλέξτε τον αριθμό που ειλικρινά αντικατοπτρίζει το πόσο συχνά βιώσατε αυτά τα πράγματα τις τελευταίες 30 μέρες.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
1.Είμαι ευτυχισμένος/η.	1	2	3	4	5
2. Ανησυχώ έντονα για περισσότερα από ένα άτομο τα οποία υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να υποστηρίξω ανθρώπους.	1	2	3	4	5

4. Νιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους.	1	2	3	4	5
5. Αναπηδών ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους	1	2	3	4	5
6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω με αυτούς που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
7. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
8. Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω/υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
9. Νομίζω ότι ίσως να έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που υποστηρίζω	1	2	3	4	5
10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου.	1	2	3	4	5
11. Λόγω της βοήθειας που παρέχω, έχω αισθανθεί εκνευρισμένος για διάφορα πράγματα.	1	2	3	4	5
12. Μου αρέσει η δουλειά μου.	1	2	3	4	5
13. Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ.	1	2	3	4	5
14. Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω βοηθήσει.	1	2	3	4	5
15. Έχω πεπονηθείς οι οποίες με στηρίζουν.	1	2	3	4	5
16. Είμαι ευχαριστημένος με το πώς καταφέρνω να ακολουθώ τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα.	1	2	3	4	5
17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.	1	2	3	4	5
18. Η δουλειά μου κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/η	1	2	3	4	5
19. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η λόγω της δουλειάς μου.	1	2	3	4	5
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις συναισθήματα αυτούς που υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τους βοηθήσω.	1	2	3	4	5
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η επειδή ο φόρτος εργασίας μου	1	2	3	4	5

φαίνεται ατελείωτος.					
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου.	1	2	3	4	5
23 Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
24. Είμαι υπερήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω..	1	2	3	4	5
25. Ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους άλλους έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις.	1	2	3	4	5
26. Αισθάνομαι ότι “βαλτώνω” από το σύστημα.	1	2	3	4	5
27. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμού.	1	2	3	4	5
29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ.	1	2	3	4	5
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά.	1	2	3	4	5

4. Ερωτήσεις σχετικά με την πανδημία Covid-19

1. Έρχεστε σε επαφή στην εργασία σας με ασθενείς που θα μπορούσαν να έχουν εκτεθεί στον COVID-19 και να μην έχουν εκδηλώσει συμπτώματα; ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Έρχεστε σε επαφή στην εργασία σας με ασθενείς που έχουν βρεθεί θετικοί στον COVID-19 αλλά δεν απαιτήθηκε νοσηλεία; ΝΑΙ ΟΧΙ

3. Έρχεστε σε επαφή στην εργασία σας με ασθενείς που είναι θετικοί στον COVID-19 και νοσηλεύονται; ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Ποιες από τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με την πανδημία σας ανησυχεί και σε ποιο βαθμό:

4.1. Φοβάμαι μήπως κολλήσω τον κορωνοϊό COVID-19.

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Παρά πολύ

4.2. Φοβάμαι μήπως μεταφέρω τον κορωνοϊό COVID-19 στην οικογένεια μου/φίλους.

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Παρά πολύ

4.3. Φοβάμαι μήπως μπω σε καραντίνα.

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Παρά πολύ

4.4 Φοβάμαι μήπως κολλήσω, αν μολυνθώ, τους συναδέλφους μου.

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Παρά πολύ

4.5 Φοβάμαι αν μολυνθώ μήπως κολλήσω τους ασθενείς μου.

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Παρά πολύ

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗ
ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

